

2(22) `2008

YAKUT MEDICAL JOURNAL



ЯКУТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Учредитель
Якутский научный центр
Сибирского отделения
Российской академии медицинских наук

Соучредители:
Министерство здравоохранения РС(Я),
Медицинский институт ЯГУ им. М.К. Аммосова,
НПЦ «Фтизиатрия» МЗ РС(Я), Республиканский
центр по профилактике и борьбе со СПИД
МЗ РС(Я), ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии
в РС(Я)», ОАО ГСМК «Сахamedстрах»

Главный редактор
Томский М.И.

Редакционная коллегия:
Заместители главного редактора:
Аргунов В.А., Петрова П.Г.

Научный редактор
Платонов Ф.А.
Зав. редакцией и ответственный секретарь
Николаев В.П.

Редакционный совет:
Александров В.Л., Алексеев В.П., Гусев Е.И.
(Москва), Иванов П.М., Ивашкин В.Т. (Москва),
Игнатьев В.Г., Измеров Н.Ф. (Москва), Лугинов Н.В.,
Миронова Г.Е., Михайлова Е.И., Никитин Ю.П.
(Новосибирск), Пальшин Г.А., Пузырёв В.П.
(Томск), Тихонов Д.Г., Тырылгин М.А.,
Ханды М.В., Хуснутдинова Э.К. (Уфа)

Редактор
Чувашова И.И.

Перевод
Семенов Т.Ф.

Обложка Игнатьева В.Н.

Компьютерная верстка
Николашкиной А.А.

Адрес редакции:
677019, г. Якутск, Сергеляхское шоссе, 4,
ЦОМид НЦМ, корпус С1-01,
тел. (4112) 32-17-48; 32-19-81
телефакс (4112) 32-19-81
e-mail: ysc@sacha.ru

НАУЧНО - ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ЯКУТСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА
СИБИРСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК

Выходит 4 раза в год

*Зарегистрирован Саха-Якутским
территориальным управлением
Министерства Российской Федерации по делам печати,
телевещания и средств массовых коммуникаций
от 30 октября 2003 г.*

Регистрационный номер ПИ №19-0465

*Подписной индекс: 78781
Цена свободная*

*«Якутский медицинский журнал» включен в утвержденный ВАК РФ
«Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий,
в которых рекомендуется публикация основных научных результатов
диссертаций на соискание ученой степени кандидата медицинских
наук» (пересмотр от июля 2007 г.)*

СОДЕРЖАНИЕ

Передовая статья

Яковлева С.Я., Бурцева Т.Е., Томский М.И., Данилова Г.И.,
Часнык В.Г., Николаева Л.А., Шадрин В.П.
Врожденная дисфункция коры надпочечников у детей Якутии

Оригинальные исследования

- Олесова Л.Д., Миронова Г.Е., Гармаева Д.К.
Биохимическая и морфологическая оценка воздействия пыли,
выделяемой при ручной огранке алмазов, на организм
(экспериментальное исследование)
Рудая Н.С.
Диагностика и лечение хронических эрозий желудка: новый
взгляд на старую проблему
Жерлов Г.К., Кошель А.П., Воробьев В.М., Медведев А.С.
Выбор тактики лечения больных с гастродуоденальными
кровотечениями язвенной этиологии
Винокуров М.М., Савельев В.В., Аммосов В.Г.
Опыт использования различных тактических режимов
хирургического вмешательства при инфицированных формах
панкреонекроза
Жарникова Т.Н., Иванов П.М., Игнатьев В.Г., Дягилева Т.С.
Динамика и прогноз заболеваемости населения Якутии
колоректальным раком
Максимов А.В.
Скротоскопия - новый метод диагностики и лечения синдрома
отечной мошонки у детей
Алексеева Г.И., Черных М.В., Павлов Н.Г.
Способ прямого определения лекарственной
чувствительности микобактерий туберкулеза
к противотуберкулезным препаратам
Николаева Л.А., Часнык В.Г., Бурцева Т.Е.
Особенности артериального давления у детей Республики
Саха (Якутия)

Организация здравоохранения, медицинской науки
и образования

- Алексеев Д.А., Васильева С.Г.
О подготовке средних медицинских кадров в Республике Саха
(Якутия)
Сотников В.А., Аргунов С.С.
Проблема медицинского обеспечения дорожно-транспортных
происшествий
Макарова У.Е.
Некоторые проблемы медико-демографической ситуации
и медицинского обслуживания в местах компактного
проживания коренных малочисленных народов Севера
в Республике Саха (Якутия)

Официальная информация

Успехи отрасли – результат усилий каждого лечебного
учреждения

Гигиена, санитария, эпидемиология и медицинская экология

- Никифорова З.С., Агеев П.О., Чернявский В.Ф.
Опыт юридического сопровождения защиты прав потребите-
лей единой системой Госсанэпиднадзора в Республике Саха
(Якутия) (Сообщение I)
Щелчкова М.В., Находкина М.С.
Химическая и микробиологическая характеристика воды озе-
ра Мюрю и водохранилища Куосагас (Усть-Алданский район)

CONTENTS

The editorial

Yakovleva S.Ya., Burtseva T.E., Tomskii M.I., Danilova G.I., Chasnyuk V.G.,
Nikolaeva L.A., Shadrin V.P.
4 Adrenal hyperplasia in a children's population of Republic Sakha (Yakutia)

Original researches

- Olesova L.D., Mironova G.E., Garmayeva D.K.
7 Biochemical and morphological estimation of influence of the
dust allocated at the manual facet of diamonds on the organism
(experimental research)
Rudaja N.S.
10 Diagnostics and treatment of chronic stomach erosion: a new sight
at the old problem
Zherlov G.K., Koshel A.P., Vorobjev V.M., Medvedev A.S.
13 Choice of treatment tactics of patients with the gastroduodenal
bleedings of the ulcer etiology
Vinokurov M.M., Savelyev V.V., Ammosov V.G.
16 The experience of use of various tactic modes of surgical intervention
at the pancreonecrosis infected forms
Zharnikova T.N., Ivanov P.M., Ignatiev V.G., Dyagileva T.S.
19 Dynamics and prognosis of colorectal morbidity in the population
of Republic Sakha (Yakutia)
Maksimov A.V.
23 Scrotoscopy - a new method of diagnostics and treatment of a hydropic
scrotum syndrome in children
Alexseeva G.I., Chernyukh M.V., Pavlov N.G.
25 Way of direct definition of medicinal sensitivity of tuberculosis
mycobacteria to antitubercular preparations
Nikolaeva L.A., Chasnyuk V.G., Burtseva T.E.
27 Features of arterial pressure in children of Republic Sakha (Yakutia)

Organizing public health care, medical science and education

- Alexseev D.A., Vasilieva S.G.
29 About preparation of the medical staff with a secondary education
in the Republic Sakha (Yakutia)
Sotnikov V.A., Argunov S.S.
31 Problem of medical maintenance of road and transport incidents
Makarova U.E.
33 Problems of health, demographic situation and health services
of indigenous small in numbers people of the Republic Sakha (Yakutia)

Official information

- 37 Successes of branch are the results of efforts of each medical
establishment

Hygiene, sanitary, epidemiology and medical ecology

- Nikifirova Z.S., Ageev P.O., Chernyavskii V.F.
42 Experience of legal support of the consumers rights protection by
uniform system of the State sanitary-and-epidemiologic supervision
in the Republic Sakha (Yakutia) (Report I)
Shelchikova M.V., Nakhodkina M.S.
46 Estimation of the quality of water of the lake "Myuryu" and water basin
"Kuosagas" on the basis of chemical and microbiological parameters

Иванова О.Н., Петрова П.Г., Тарасов М. Ю.
Анализ заболеваемости вирусными инфекциями верхних
дыхательных путей у детей Республики Саха (Якутия)

Актуальная тема

Иванов И.А.
Отдаленные последствия черепно-мозговых травм
и их психиатрический аспект
Донская А.А., Морозов С.Н., Морозова Е.А.
Артериальная гипертония на Севере

Обмен опытом

Сивцев В.В.
Практическое значение исследования микробной флоры
при слононости половых органов
Малогулов Р.Ш., Ушницкий И.Д., Андросов М.В., Вознюк В.А.
Дентальная имплантология в регионе Якутии вчера, сегодня
и завтра

Научные обзоры и лекции

Уварова Т.Е., Бурцева Т.Е., Самсонова М.И., Томский М.И.,
Козлов В.К., Баишева Г.М.
Основные принципы и закономерности интеграции
нейроэндокринной и иммунной систем
Кононова С.К.
Евгеническая проблематика и медицинская генетика (часть I)

Точка зрения

Ботулу А.Д.
Медицина духовности – альтернатива ортодоксальной
медицине
Шамаев П.П., Григорьева А.С.
О возможности расширения области применения алмазных
ножей в хирургических клиниках Якутии

В помощь практическому врачу

Махарова Н.В., Лютова Ф.Ф.
Электрокардиографический зубец Осборна в практике врачей
Якутии
Салахова Н.Г., Иванова О.Н.
Врожденные пороки сердца у новорожденного ребенка

Случай из практики

Третьякова В.А., Третьяков И.И.
Случай доказательности выздоровления от внебольничной
лобарной пневмонии при соблюдении стандартов лечения
Радь Я.Г., Аргунова А.А., Колесова О.М., Павлова Н.Л.,
Кривошапкин П.Б., Бугаев Г.Д.
Современные возможности в лечении шейной беременности

Из хроники событий

Страницы истории

П. Миронов
Якутские страницы

Наши юбилары

Мой учитель

Память

Династия врачей Любимовых

48 Ivanova O.N., Petrova P.G., Tarasov J.M.
The analysis of virus infections morbidity of the upper air passages
in children of the Republic Sakha (Yakutia)

Actual subject

50 Ivanov I.A.
The remote consequences of craniocerebral traumas and their
psychiatric aspect
Donskaya A.A., Morozov S.N., Morozova E.A.
54 Arterial hypertension on the North

Exchange of experience

56 Sivtsev V.V.
Practical value of microbe flora study at elephantiasis of genitals.
Malogulov R.Sh, Ushnitskij I.D., Androsov M.V., Voznjuk V.A.
57 Dental implantology in region of Yakutia yesterday, today and tomorrow

Scientific reviews and lectures

Uvarova T.E., Burtseva T.E., Samsonova M.I., Tomskii M.I., Kozlov V.K.,
Baisheva G.M.
59 Main principles and laws of integration of the neuroendocrine and
immune systems
Kononova S.K.
62 Eugenic problematic and medical genetics (Part I)

Point of view

64 Botulu A.D.
Medicine of spirituality - alternative to orthodox medicine (Part I)
Shamaev P.P., Grigorieva A.S.
68 About an opportunity of expansion of diamond knives usage in surgical
clinics of the Republic Sakha (Yakutia)

Help to the practical doctor

Makharova N.V., Lyutova F.F.
69 Electrocardiographic Osborn wave in the practice of the doctors
of Yakutia
Salakhova N.G., Ivanova O.N.
72 Congenital heart diseases in the newborn child

A case from practice

Tretjakova V.A., Tretjakov I.I.
74 Case of the evident recover from the out-of-hospital lobar pneumonia
at observance of treatment standards
Rad Ya.G., Argunova A.A., Kolosova O.M., Pavlova N.L.,
Krivoschapkin P.B., Bugaev G.D.
75 Modern opportunities in treatment of cervical pregnancy

77 From chronicle of year events

Pages of history

79 Mironov P.S.
Yakut pages

Whose anniversary is celebrated

86 My teacher

Memory

88 Doctors Lyubimovs dynasty



ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ

С.Я. Яковлева, Т.Е. Бурцева, М.И. Томский, Г.И. Данилова,
В.Г.Часнык, Л.А. Николаева, В.П. Шадрин

ВРОЖДЕННАЯ ДИСФУНКЦИЯ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ У ДЕТЕЙ ЯКУТИИ

Введение. Врожденная дисфункция коры надпочечников (ВДКН – самое распространенное наследственное заболевание [8-10]. Врожденная гиперплазия надпочечников в 90% случаев обусловлена дефицитом фермента 21-гидроксилазы [7-9] и ее частота имеет определенную зависимость от этнических факторов.

Неклассическая форма врожденной дисфункции коры надпочечников зарегистрирована в общей популяции с частотой 1:1000 [14]. По результатам исследований частота малых неклассических форм составила 0,1% [18], частота в популяции Нью-Йорка составила 1:100 [10, 12], в популяции евреев ашкенази – 1:27 [20].

На рис.1 представлена сравнительная распространенность классической и неклассической форм ВДКН. Распространенность неклассической формы ВДКН выше распространенности таких известных наследственных заболеваний, как: серповидноклеточная анемия, кистозный фиброз и фенилкетонурия, а также выше классической формы ВДКН (особенно у евреев ашкенази и испанцев). Наиболее высока распространенность классических форм ВДКН у юппи-эскимосов – коренных народов Севера Аляски [16].

У большинства пациентов с неклассической формой ВДКН в период детства и в пубертатный период ошибочно диагностировались идиопатическое преждевременное половое созревание, кисты яичников, опухоли яичек, опухолевые образования коры надпочечников, яичниковая гиперандрогения.

Причины неудовлетворительной диагностики неклассической формы, ассоциированной с дефицитом 21-ОН, в частности у женщин, на наш взгляд, следующие: не проводится дифференциальная диагностика эндокринопатий, приводящих к бесплодию с данной патологией, а также в том, что она попадает на стык классической и гинекологической эндокринологии [3].

В современной отечественной литературе есть единичные работы о роли неклассической формы ВДКН как первопричины комплекса мультиэндокринных расстройств, хотя в западной литературе отмечено, что врожденная дисфункция коры надпочечников – это континуум эндокринно-метаболических нарушений [16]. Исходя из вышеизложенного, недопустимо рассматривать врожденную дисфункцию коры надпочечников как частную моноэндокринопатию, ибо при любой ее форме наблюдается искажение баланса как минимум прогестерона, эстрогенов, андрогенов, т.е. стероидов, активно участвующих в регуляции высших звеньев репродуктивной системы. [3, 9-11]

Пациенты с неклассической формой дефицита 21-ОН имеют чрезмерную развитость тела и высокий рост в раннем детстве [6], далее происходит раннее эпифизарное окостенение, которое ставит под угрозу конечный рост [9, 10, 20]. И является достаточно интересным влияние данной патологии

на конечный рост детей, поскольку в исследованной популяции саха считается довольно высокой распространенность неутонченной низкорослости [1].

Распространенность врожденной дисфункции коры надпочечников в детской популяции Республики Саха (Якутия) до настоящего времени не была изучена.

Материалы и методы. Подвергнуты анализу пробы крови с использованием аллель-специфичной PCR [17] с положительным контролем для всех проб в лаборатории Школы медицины Маунт Синай (Нью-Йорк, США), взятые при скрининговом исследовании у детей от 3 до 17 лет, проживающих в местах компактного проживания коренных народов Севера.

С 2003 г. в Якутском научном центре СО РАМН совместно с Санкт-Петербургской педиатрической медицинской академией и клиникой Маунт-Синай (Нью-Йорк, США) начались исследования по выявлению распространенности неклассической формы ВДКН у детей малочисленных народов Крайнего Севера. В качестве модельных популяций исследованы детские популяции, проживающие в местах компактного проживания коренных народов Республики Саха (Якутия). В группу детей коренных национальностей вошли эвены, эвенки, чукчи, якуты, долганы, ненцы. Отдельно взята группа детей саха. За период с 2003 по



Рис.1. Сравнительная распространенность классической и неклассической форм ВДКН [10]

ЯКОВЛЕВА Светлана Яновна – зав. Консультативной поликлиникой Педиатрического центра РБ №1-НЦМ; **БУРЦЕВА Татьяна Егоровна** – к.м.н., зав. лаб. ЯНЦ СО РАМН; **ТОМСКИЙ Михаил Иннокентьевич** – д.м.н., проф., директор ЯНЦ СО РАМН; **ДАНИЛОВА Галина Ивановна** – к.м.н., зав. эндокринологическим отделением ПЦ РБ №1-НЦМ; **ЧАСНЫК Вячеслав Григорьевич** – д.м.н., проф., зав. кафедрой Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии; **НИКОЛАЕВА Людмила Алексеевна** – директор ПЦ РБ №1-НЦМ; **ШАДРИН Виктор Павлович** – к.м.н., начальник информационно-аналитического отдела ЯДГБ.



Рис. 2. Обследованные населенные пункты в Республике Саха (Якутия)

2007 г. были проведены клиническое и генетическое обследования 483 детей в возрасте от 3 до 17 лет, проживающих в населенных пунктах Крайнего Севера Республики Саха (Якутия) и Ямало-Ненецкого автономного округа (табл.1).

Было обследовано в Республике Саха (Якутия) 315 детей по двум локусам: интрон 2 (маркер классической формы ВДКН) и экзон 7 (маркер неклассической формы ВДКН) (табл.2).

Результаты и обсуждение. Результаты исследования оказались неожиданными. Всего было выявлено 12 гетерозигот по мутациям в гене CYP21. Из них сплайсинг-мутация по 659AC→G была найдена в 1 хромосоме, мутация по V281L – в 11 хромосомах. Распространенность мутаций в проведенном исследовании среди различных этнических групп составила: мутация 659AC→G (Intron 2 g), ответственная за классическую форму ВДКН, у эвенов - 1:41 (распространенность 2,4:100). В общей популяции она определяется с частотой 0,2:100. В других этнических группах данная мутация не выявлена. Мутация V281L, обуславливающая возникновение неклассической формы врожденной гиперплазии надпочечников: у чукчей – 2:39 (5,1:100), у якутиров – 2:40 (5:100), у эвенов – 2:48 (4,2:100), у саха – 1:49 (2:100), у эвенков – 2:106 (1,9:100). В общей детской популяции регионов Крайнего Севера данная мутация определена с частотой 2,3:100.

Таким образом, выявленная нами частота мутации маркера неклассической формы ВДКН сопоставима с данными, полученными ранее (у эскимосов юппи 1,7:100, [13]). Для оценки наличия ассоциированных генетически обуслов-

ленных заболеваний в 2 случаях проводили определение панели мутаций, характерных для: синдрома Bloom, болезни Canavan, болезни Gaucher, болезни Niemann Pick, болезни Tay Sachs, семейной дизавтономии, муко-

Таблица 1

Использованные методы исследования

Вид исследования	Количество исследований
Формализованный сбор анамнеза	864
Выяснение родословной для уточнения этнической принадлежности	864
Формализованный осмотр	864
Взвешивание	864
Фотографирование	398
Генетические исследования:	483
Исследование праймера экзон 7	315
Исследование праймера интрон 2	253

Таблица 2

Распределение обследованных детей по этнической принадлежности

Населенный пункт	Юка-гирь	Чукчи	Эвены	Эвенки	Дол-ганы	Нен-цы	Саха	Сел-куп	Дру-гие	Всего
Колымское	7	31	5	-	-	-	-	-	-	43
Черский	4	3	4	-	-	-	-	-	-	11
Походск	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Андрюшкино	25	4	62	-	1	2	35	-	2	131
Жиганск	-	-	-	33	-	-	-	-	-	33
Оленек	-	-	-	48	-	-	-	-	-	48
Иенгра	-	-	1	15	-	-	-	-	-	16
Нерюнгри	4	-	3	10	-	-	1	-	-	18
Якутск	-	-	-	-	1	-	13	-	-	14
Всего по РС(Я)	40	39	75	106	2	2	49	-	2	315
Толка	-	-	-	-	-	-	-	39	-	39
Красноселкап	-	-	-	-	-	-	-	37	-	37
Ямал	-	-	-	-	-	-	-	92	-	92
По ЯНО	-	-	-	-	-	-	-	168	-	168
Всего	40	39	75	106	2	2	49	168	2	483

Таблица 3

**Клинические формы ВДКН в Республике Саха (Якутия)
(по данным эндокринологического отделения ПЦ РБ №1-НЦМ)**

Показатели	Сольтерияющая форма			Вирильная форма			Неклассическая форма	Итого
	М	F	m+f	М	f	m+f	m+f	
Под наблюдением	0	5	5	4	3	7	0	12
Живые	0	4	4	4	3	7	0	11
Умершие	0	1	1	0	0	0	0	1
Генетически исследовано	0	2	2	1	1	2	0	4

липидоза, анемии Фанкони (все исследования проведены в Jewish Genetic Disease Center (директор - Dr. Robert Desnick)).

Все дети, у которых в результате наших исследований были выявлены мутации в гене CYP21, не имели клинических признаков нарушений полового развития и эндокринных заболеваний. Показатели их физического развития (рост, вес, артериальное давление) в основном соответствовали возрастным нормам. Нами описана клиника детей гетерозигот – фенотипических признаков неклассической формы ВДКН не выявлено, в гормональном статусе отмечены незначительные отклонения, описанные в работах Некрасовой М.Ф., New M.I.

Поскольку дефицит 21-ОН является полиэндокринопатией, следующим этапом работы проведен анализ гормонального статуса детей, имеющих мутации. В нашем исследовании у девочек повышен тестостерон, и у одной из них повышен кортизол. По мнению Некрасовой М.Ф. [3], критерием неклассических форм ВДКН у женщин репродуктивного возраста служил повышенный уровень хотя бы одного из стероидов (17ОНП, ДЭАС, тестостерон) при нормальном уровне кортизола. У мужчин лабораторным критерием ВДКН служило повышение в крови 17ОНП и прогестерона [3]. По нашим данным, у мальчиков отмечалось повышение тестостерона, ФСГ. В связи с вышеизложенным, нами предлагается схема оценки гормонального профиля у детей с симптомами гиперандрогении и имеющимися мутациями в экзоне 7 и интроне 2.

Поскольку ВДКН является наследственным заболеванием, нами проведен анализ родословных с целью выявления больных с ВДКН в семьях пациентов с мутациями. В результате анализа в этих семьях других больных с ВДКН не обнаружено и признаков гиперандрогении не выявлено. Возможно, это связано с тем, что нами определены дети-гетерозиготы, гомозигот не обнаружено.

При корреляционном анализе нами выявлено, что распространенность мутации достоверно коррелирует с численностью этнических групп ($r = -0,74$). Так, у якутиров при численности 476 чел. распространенность мутации составила 0,057, у чукчей при численности 428 чел. – 0,06, у эвенов – 0,048 (численность – 1793 чел.). Таким образом, результаты популяционных исследований, проведенных нами, подтверждают, что чем меньше численность этнической группы, тем выше распространенность мутации.

Частота ВДКН различна в разных популяциях, но классическая форма встречается с частотой 1:13000 [8, 9, 11]. Распространенность дефицита 21-гидроксилазы в мире, по данным неонатального скрининга, составила в общей популяции – 1:14 199. Самая высокая распространенность у эскимосов юппи (Аляска) – 1:280 [4], самая низкая – в Китае – 1:28 000 [5].

По нашим данным, средняя распространенность классической формы ВДКН в Республике Саха (Якутия) 0,8 на 100 000 населения – примерно 1:125 000 населения, что сравнимо с распространенностью ВДКН в московской популяции – 1:100 000 [2]. На ко-

нец 2007 г. в РС (Я) с диагнозом ВДКН находятся под наблюдением 10 семей. По данным эндокринологического отделения ПЦ РБ№1-НЦМ, через отделение прошло 12 детей и подростков, из них 5 (41,7%) – с сольдефицитным вариантом (в том числе 1 умер от криза надпочечниковой недостаточности в 2006г.), 7 детей (58,3%) – с вирильной формой ВДКН. 66,7% детей – женского пола, 33,3% – мужского (соотношение девочек и мальчиков составило 1:0,5). В настоящее время 3 пациента достигли совершеннолетия (табл.3).

Закключение. Одним из выводов наших исследований является тот факт, что мутация в интроне 2, обуславливающая классическую форму врожденной гиперплазии надпочечников, распространена значительно чаще, чем выявляется при неонатальном скрининге. Так, Республика Саха (Якутия) вошла в перечень регионов, где с 2005г. начался неонатальный скрининг на ВДКН и на момент 31 декабря 2007г. всего обследовано 14931 детей (охват – 98,5%). За эти годы по скринингу зарегистрирован всего 1 случай классической формы ВДКН.

Также проведенные нами исследования подтверждают достаточно широкую распространенность частоты неклассической формы дефицита 21-гидроксилазы у детей коренных народностей Крайнего Севера, в целом сопоставимую с таковой у эскимосов юппи, проживающих на Юго-Западе Аляски, где распространенность мутаций для гетерозигот составила 1:60 [13].

Столь широкая распространенность мутации в популяциях требует принятия неотложных мер, в частности разработки комплекса социально-медицинских мероприятий в части мониторинга состояния здоровья детей, активного выявления детей с классической и неклассической формами патологии и планирования семьи. Дальнейшие исследования должны быть направлены, в первую очередь, на определение уровня спонтанных мутаций и семейную обусловленность патологии.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Л.Д. Олесова, Г.Е. Миронова, Д.К. Гармаева

**БИОХИМИЧЕСКАЯ И МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ
ОЦЕНКА ВОЗДЕЙСТВИЯ ПЫЛИ,
ВЫДЕЛЯЕМОЙ ПРИ РУЧНОЙ ОГРАНКЕ
АЛМАЗОВ, НА ОРГАНИЗМ
(экспериментальное исследование)**

Цель исследования. Оценка влияния пыли, выделяемой при обработке алмазов, на состояние перекисного окисления и иммунной ткани у экспериментальных животных.

Материал и методы. Исследован биоматериал 80 крыс-самцов линии "Wistar", помещенных на 30 суток в цех огранки алмазов. Интенсивность перекисного окисления липидов и показатели антиоксидантного статуса определены спектрофотометрическим методом, фагоцитарная активность лейкоцитов - с помощью НСТ-теста. Морфологический анализ выполнен методом светооптической микроскопии. Химический состав пылесметов определен атомно-эмиссионным методом с индуктивно-связанной плазмой.

Результаты. Интенсивность перекисного окисления липидов у экспериментальных животных была достоверно выше в 1,7 раза, чем у интактных животных. Активность СОД имела тенденцию к понижению, а концентрация низкомолекулярных антиоксидантов - к повышению. Морфофункциональный анализ и НСТ-тест свидетельствуют о подавлении функциональной активности иммунных структур трахеи и бронхов всех генераций и подавлении неспецифического клеточного иммунитета.

Заключение. Экспериментальные исследования свидетельствуют о неблагоприятном воздействии алмазной пыли на состояние иммунной и антиоксидантной защиты организма животных (крыс). Цитотоксичность алмазной пыли на организм обусловлена составом аэрозолей, образующихся из алмазных наночастиц и карбидов тяжелых металлов.

Ключевые слова: алмазная пыль, экспериментальные животные, перекисное окисление липидов, антиоксидантная защита, иммунная ткань.

The purpose of research. An estimation of influence of the dust allocated at processing of diamonds on a peroxide oxidation condition and an immune fabric in the experimental animals.

Material and methods. The biomaterial of 80 he-rats of a line "Wistar", placed on 30 days in workshop of a facet of diamonds is investigated. The lipid peroxide oxidation intensity and parameters of antioxidant status are defined by a spectrophotometric method. Phagocytic activity of leukocytes is certified by means of NBT- test. The morphological analysis is held by a method of a lightoptical microscopy. The chemical compound of the dustsweeps is certified by the atom-emissive method with an inductive connected plasma.

Results. Lipid peroxide oxidation intensity in the experimental animals was authentically higher in 1,7 times, than in the intact animals. SOD activity tended to decrease, and concentration of lowmolecular antioxidants - to increase. The morphofunctional analysis and NBT - test testify to suppression of functional activity of immune structures of trachea and bronchial tubes of all generations and suppression of nonspecific cellular immunity.

The conclusion. Experimental researches testify to adverse influence of a diamond dust on a condition of immune and antioxidatic protection of an organism of animals (rats). Diamond dust cytotoxicity on an organism is caused by structure of the aerosols formed from diamond nanoparticles and carbides of heavy metals.

Keywords: a diamond dust, experimental animals, lipid peroxide oxidation, antioxidatic protection, an immune fabric.

В числе приоритетных направлений государственной политики в области охраны здоровья населения в связи с прогрессирующим снижением трудовых ресурсов особое место занимают вопросы здоровья работающего населения. Одним из ведущих факторов риска для здоровья являются неблагоприятные условия труда, что обуславливает высокий уровень профессиональной заболеваемости [5].

Развитие в Республике Саха (Якутия) алмазодобывающей промыш-

ленности связано с интенсивным развитием алмазообрабатывающего производства. В настоящее время в республике действует более 20 алмазогранительных заводов, в которых согласно переписи 2002 г. занято 1290 чел. Углубленное медицинское обследование работников гранительного завода «Аврора-Диамант» в г. Якутске показало, что среди огранщиков ведущее место в структуре заболеваемости занимают болезни верхних дыхательных путей: атрофический ринит, фарингит, тонзиллит, хронический бронхит [4,7]. По данным санитарно-эпидемиологической службы, в рабочих цехах концентрация пыли, образующейся при огранке алмазов, превышает предельно допустимые нормы. Вопросы влияния этой пыли

на состояние здоровья огранщиков, также как и ее химический состав, остаются малоизученными.

Дальнейшее развитие алмазогранительного производства с увеличением контингента работающих определило актуальность данной работы.

Целью настоящего исследования явилась оценка влияния пыли, выделяемой при обработке алмазов, на состояние перекисного окисления и иммунной ткани у экспериментальных животных.

Методы исследования.

В качестве подопытных животных были выбраны 80 крыс-самцов линии «Wistar», массой тела 200 – 240 г, в возрасте 3 – 4 месяца. Выбор животных – крыс-самцов диктовался необходимостью получения стабильных

ОЛЕСОВА Любовь Дыгеновна – зав. лаб. ЯНЦ СО РАМН; МИРОНОВА Галина Егоровна – д.б.н., проф. БГФ ЯГУ, зав. лаб. ЯНЦ СО РАМН; ГАРМАЕВА Дарима Кышектовна – д.м.н., проф. МИ ЯГУ, зав. лаб. ЯНЦ СО РАМН.

результатов, исключая влияние циклических изменений, характерных для организма самок. Кроме того, у этих лабораторных животных патологические реакции протекают значительно быстрее, чем у собак, кошек или кроликов. Широкий диапазон их существования обуславливает сходные реакции различных органов и систем этих животных с реакциями органов и систем человека.

Все эксперименты на животных проводили в соответствии с «Правилами проведения работы с использованием экспериментальных животных». Экспериментальные животные были помещены в естественные условия цеха огранки алмазов алмазогранильного завода ЗАО «Аврора-Диамант» и ЗАО «Эрэл» г. Якутска РС(Я). Забор материала осуществляли на 30-е сутки эксперимента.

Антиоксидантный статус оценивали по концентрации содержания низкомолекулярных антиоксидантов (НМАО) и активности супероксиддисмутазы (СОД). Интенсивность перекисного окисления липидов (ПОЛ) определяли по накоплению его конечного продукта – малонового диальдегида (МДА). Фагоцитарную активность лейкоцитов, спонтанную и стимулированную опсонизированным зимозаном, определяли с помощью НСТ-теста. Лейкоциты крови выделяли в градиенте фикоoll-верографина по общепринятой методике. Функциональное состояние лейкоцитов в экспериментах изменяли, добавляя во взвесь лейкоцитов пыль, образующуюся при обработке алмазов (алмазная пыль).

Для морфологического анализа влияния алмазной пыли на иммунокомпетентную ткань дыхательных путей был использован метод светооптической микроскопии. Подготовка гистологи-

ческих препаратов проходила по общепринятой методике. Материалом гистологического исследования служили ткани трахеи в ее подгортанной области и в области бифуркации, а также ткани правого и левого главных бронхов между бифуркацией трахеи и воротами легких. Бронхи последующих поколений забирали вместе с паренхимой легких.

Химический состав пылесметов определяли атомно-эмиссионным методом с индуктивно-связанной плазмой.

Результаты и обсуждение.

Опытные животные были помещены на рабочих столах огранщиков в непосредственной близости от шлифовальных дисков (рис. 1-2).

Согласно полученным нами данным, воздействие неблагоприятных факторов алмазогранильного производства на организм экспериментальных животных (крыс) изменяло интенсивность процессов перекисного окисления липидов. Уровень МДА у крыс, экспонированных в течение месяца в цехе огранки, был в 1,7 раза выше ($P < 0,05$), чем у интактных крыс ($2,7 \pm 0,2$ и $1,6 \pm 0,3$ нМ/мл соответственно) (рис. 3).

Увеличение концентрации МДА в крови крыс свидетельствует об интенсификации скорости процессов ПОЛ в организме экспериментальных животных. Усиление ПОЛ является свидетельством цитотоксичности пыли, образующейся в процессе огранки алмазов. Полученные нами данные подтверждаются многочисленными публикациями других исследователей, в работах которых изучалось воздействие фиброгенных кварцсодержащих пылей, образующихся в горнодобывающей промышленности [1-3]. Известно, что инициаторами ПОЛ являются активные формы кислорода (АФК) и



Рис. 2. Рабочий стол огранщика

в первую очередь – супероксиданион-радикал. Активность СОД – одного из ключевых ферментов антиоксидантной системы организма у экспонированных в цехах крыс была ниже на 9,2% ($P > 0,05$), чем у интактных животных, что можно интерпретировать как ослабление компенсаторной реакции ферментативного звена антиоксидантной системы (рис. 4).

Возможно, уменьшение активности СОД является следствием прямого ингибирования процессов транскрипции и трансляции солями тяжелых металлов, попадающих в организм с алмазной пылью. Атомно-эмиссионный анализ показал, что в состав пыли, образующейся при обработке алмазов, входит 18 химических элементов, но наибольшую долю в составе пылей занимают металлы: хром, никель, марганец, медь и цинк. Согласно литературным данным, высокопрочный слой на шлифовальные круги для огранки алмазов наносится методом плазменного покрытия при 1500°C , при этом агломерат твердого сплава образуется из частиц карбидов металлов. В литературе имеются сведения, что у рабочих, подвергающихся аэрозольной ингаляции твердых сплавов, развивается диффузный прогрессирующий фиброз легких [8].

Под воздействием алмазной пыли наблюдалась тенденция ($P > 0,05$) к повышению содержания низкомолекулярных антиоксидантов в крови: в опытной группе крыс этот показатель равнялся $0,082 \pm 0,002$, в интактной – $0,073 \pm 0,002$ г·экв/мл (рис. 5).

Вероятно, этот факт связан с адаптивным увеличением биосинтеза эндогенных низкомолекулярных антиоксидантов как ответная компенсаторная реакция организма на негативное влияние алмазной пыли. Ранее нами было показано, что воздействие кварцсодержащей пыли на ранних этапах пневмофиброза вызывает повышение



Рис. 1. Цех огранки алмазов

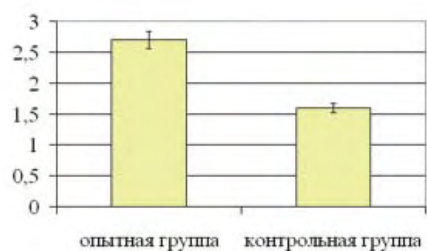


Рис. 3. Уровень МДА у экспериментальных животных

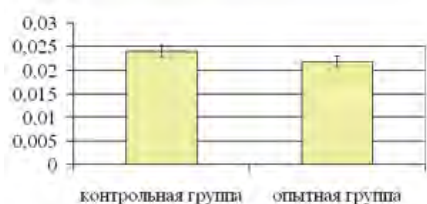


Рис. 4. Средний показатель активности СОД в крови экспериментальных крыс



Рис. 5. Содержание НМАО в крови экспериментальных животных, мМ/гНв

концентрации аскорбиновой кислоты в тканях легких и крови крыс [6]. Определение функциональной активности фагоцитов с помощью НСТ-теста как наиболее объективный метод, отражающий состояние их кислородзависимых бактерицидных систем, показал, что иммунная система животных под влиянием алмазной пыли ослабевает.

У крыс, экспонированных в течение месяца в цехе огранки, процент НСТ-положительных лейкоцитов уменьшался в спонтанном варианте почти в 1,4 раза, а при стимуляции зимозаном – в 1,2 раза по сравнению с интактными крысами.

Полученные нами данные подтверждают имеющиеся в литературе сведения о том, что патологические изменения, вызываемые фиброгенными пылями, обусловлены их проокислительным влиянием. При контакте пылевой частицы с мембраной фагоцитов (тканевых макрофагов и лейкоцитов крови) происходит «дыхательный взрыв», т.е. чрезмерное потребление кислорода. Практически весь дополнительно потребленный кислород используется не на энергетические или пластические нужды клетки, а для бактерицидной защиты клетки. Особая ферментная система фагоцитов, встроенная во внешнюю клеточную мембрану, НАДФН-оксидаза, изменяет электронную структуру молекулярного кислорода, превращая его в главное оружие бактерицидной защиты – кислородные радикалы [2,3,7,9].

Морфологические данные подтверждают результаты биохимических исследований. На 30-е сутки эксперимента наблюдается выраженная перибронхиальная лимфоцитарная инфильтрация, снижение воздушности ткани легкого, утолщение междольковых перегородок. Перибронхиальные сосуды легких животных расширены, полнокровны, междольковые перегородки утолщены за счет клеточной инфильтрации. В слизистой оболочке гортани, трахеи и бронхов

обнаружены единичные лимфоидные узелки без центров размножения.

В эти сроки (30-е сутки) в иммунной ткани дыхательных путей значительно уменьшается количество лимфоцитов. Число малых лимфоцитов остается достоверно ниже контрольных показателей на всем протяжении стенок дыхательных путей. Наиболее низкое процентное содержание малых лимфоцитов, по сравнению с контролем, выявлено в лимфоидных скоплениях в стенках трахеи (в 1,8-2,6 раза), в диффузной лимфоидной ткани стенок главных бронхов (в 1,5-1,6 раза). В стенках внутрилегочных бронхов число малых лимфоцитов достоверно уменьшается и в диффузной лимфоидной ткани (в среднем в 1,5-2 раза), и в лимфоидных скоплениях (в среднем, в 1,6-1,7 раза). Аналогичную направленность имеет реакция плазматических клеток, характерная для всей лимфоидной ткани стенок трахеи и бронхов всех генераций. Этих клеток достоверно меньше, чем в контроле, в среднем в 1,8 раза. Несколько иная картина наблюдается с процентным содержанием макрофагов, число которых достоверно увеличивается по отношению к контрольным показателям в 6 раз. Причем в лимфоидной ткани бронхов среднего и мелкого калибров обоих легких наблюдается присутствие большого числа макрофагов, нагруженных пылевыми частицами (кониофагов). Кроме того, как по сравнению с контролем (в 10 раз), так и по сравнению с предыдущими сроками опыта (в 1,5 раза) продолжает достоверно увеличиваться число деструктивно измененных клеток, ко-

Содержание (в%) малых лимфоцитов, макрофагов и деструктивно измененных клеток в лимфоидной ткани у крыс контрольной группы животных и у опытных животных, помещенных в условия цеха огранки алмазов на 30-сутки эксперимента ($\bar{X} \pm S_x$) (на примере тканей трахеи)

Клетки		Верхняя часть трахеи				Нижняя часть трахеи			
		Диффузная лимфоидная ткань		Лимфоидные скопления		Диффузная лимфоидная ткань		Лимфоидные скопления	
		Собственная пластинка слизистой оболочки	Подслизистая основа	Подэпителиальная часть	Основание лимфоидных скоплений	Собственная пластинка слизистой оболочки	Подслизистая основа	Подэпителиальная часть	Основание лимфоидных скоплений
Малые лимфоциты	Контрольная группа	31,5±4,43	26,9±4,14	39,8±1,02	41,2±2,13	25,6±2,86	22,5±1,86	42,1±1,73	46,4±4,07
	Опытная группа	27,5±2,40	21,2±3,95	18,3±25,2*	18,8±1,88*	21,2±2,60	20,1±2,40	17,5±1,94*	17,8±2,84*
Макрофаги	Контрольная группа	2,1±0,40	4,7±2,26	5,0±0,43	4,2±1,09	3,3±0,96	1,0±0,83	7,1±0,93	5,1±1,35
	Опытная группа	12,7±1,68*	8,6±3,55	12,6±1,44*	15,5±2,10*	7,8±1,07*	4,6±0,71*	18,7±0,93*	14,1±0,48*
Деструктивно измененные клетки	Контрольная группа	1,5±0,76	0,8±1,03	3,0±0,71	1,5±0,45	2,3±1,27	0,7±1,12	2,5±0,82	1,7±0,48
	Опытная группа	7,7±1,87*	10,6±2,13*	11,7±2,74*	10,4±1,2*	13,0±1,24*	10,6±1,12*	10,2±0,53*	12,8±1,41*

* Достоверность по сравнению с контролем.

торое наиболее выражено как у бронхов мелкого калибра, так и у концевых бронхиол обоих легких (таблица).

Таким образом, полученные нами данные о количественных и качественных изменениях иммунных структур в стенках трахеи и бронхов при длительном воздействии алмазной пыли, выделяемой на этапе ручной огранки алмазов, дают основание утверждать о повреждающем характере данной пыли, подавлении защитных механизмов слизистой оболочки органов дыхания.

Заключение

Проведенные нами экспериментальные исследования свидетельствуют о цитотоксичности пыли, образующейся при огранке алмазов, и неблагоприятном воздействии ее на состояние иммунной и антиоксидантной защиты организма крыс, экспонированных в рабочем цехе алмазогранительных заводов. Ослабление антиоксидантной защиты и статистически достоверное увеличение уровня малонового диальдегида в крови экспериментальных животных подтверждают, что токсичность исследованной нами пыли обусловлена ее прооксидантным действием. Повреждающий характер длительного воздействия алмазной пыли отражают и результаты морфологических данных. Так, комплекс структурных преобразований в лимфоидной ткани слизистой обо-

лочка дыхательных путей свидетельствует о подавлении функциональной активности иммунных структур трахеи и бронхов всех генераций, усилении процессов деструкции клеток, снижении общего числа клеток лимфоидного ряда, клеток с картинами митоза и лимфобластов. Уменьшение процента НСТ-положительных лейкоцитов крови (в спонтанном варианте почти в 1,4 раза, а при стимуляции зимозаном – в 1,2 раза по сравнению с интактными крысами) свидетельствует о подавлении неспецифического клеточного иммунитета.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что пагубное влияние алмазной пыли на организм обусловлено составом аэрозолей, образующихся из алмазных наночастиц и карбидов тяжелых металлов, составляющих высокопрочный слой шлифовальных кругов, используемых для огранки алмазов.

Литература

1. **Ватолина О.Е.** Исследование активации кислородозависимой бактерицидной системы моноцитов человека и кролика пылью с различной степенью фиброгенности / О.Е. Ватолина, В.А. Гусев // Гигиена труда и проф. забол. – 1990. - №10. - С. 37-39.
2. **Величковский Б.Т.** Фиброгенные пыли. Особенности строения и механизма биологического действия / Б.Т. Величковский. – Горький: Волго-Вятское кн. изд., 1980. – 159 с.
3. **Величковский Б.Т.** Экологическая пульмонология (Роль свободнорадикальных процессов) / Б.Т. Величковский. – Екатеринбург, 2003. – 141 с.
4. **Гармаева Д.К.** К проблеме влияния производственных факторов на здоровье работников алмазогранительной отрасли РС(Я) / Д.К. Гармаева, Ф.А. Захарова, Г.Е. Миронова // Актуальные проблемы охраны труда в Республике Саха (Якутия): Мат-лы межрегион. научно-практич. конф., Якутск, 18 апреля 2006 г. - Якутск, 2006 - С.167
5. **Измеров Н.Ф.** Здоровье трудоспособного населения / Н.Ф. Измеров // Медицина труда и промышленная экология. - 2005. - №11. - С.3-9.
6. **Миронова Г.Е.** Влияние различных доз аскорбиновой кислоты на развитие пневмофиброза, вызванное двуокисью кремния / Г.Е. Миронова // Вопросы медицинской химии. – 1991. - №37/5. - С.84-86.
7. **Миронова Г.Е.** Влияние производственных факторов алмазогранительной отрасли на состояние антиоксидантной и иммунной системы / Г.Е. Миронова, Д.К. Гармаева, А.В. Ефремова // Мат-лы междунар. науч. чтений «Приморские зори – 2007». – Владивосток: Изд-во ТАНЭБ, 2007. - Вып.2. - С. 96-99.
8. **Стеллмэн Дж.М.** Энциклопедия по охране и безопасности труда. Пер. с англ., 4-е издание / Дж.М. Стеллмэн. - Женева, 1998.
9. **Окорокова Л.П.** Оценка цитотоксичности алмазной пыли методом хемолюминисценции / Л.П. Окорокова // Якутский мед. журнал. – 2004. - №4(8). – С. 12-15.

Н.С. Рудая

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЭРОЗИЙ ЖЕЛУДКА: НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА СТАРУЮ ПРОБЛЕМУ

Приведены данные результатов диагностики и лечения 338 пациентов с хроническими эрозиями желудка. Множественные (более 5) эрозии были выявлены у 226 (66,9%), а единичные – у 112 (33,1%) пациентов. Пациенты с множественными эрозиями получали консервативное лечение, включающее ингибиторы протонной помпы, прокинетики, антациды, антихеликобактерную терапию. У пациентов с единичными эрозиями первым этапом проводили аналогичное консервативное лечение. В связи с отсутствием эффекта от консервативного лечения 83 (74,1%) пациентам выполнили эндоскопическую резекцию слизистой с эрозией. Эффективность операции в сроки более 3 лет составила 91,1%. Количество пациентов с признаками воспаления, отека, нейтрофильной или мононуклеарной инфильтрации уменьшилось с 75,9% в ранние сроки после резекции слизистой, до 67,1 и 7,6% в ближайшие и отдаленные сроки соответственно. Полученные непосредственные и отдаленные результаты лечения подтверждают правильность выбранной тактики в терапии хронических эрозий желудка.

Ключевые слова: фиброгастроскопия, хронические эрозии, эндоскопическая резекция слизистой.

Results of diagnostics and treatment of 338 patients with chronic erosion of a stomach are listed. Plural (more than 5) erosions have been revealed in 226 (66,9 %), singular - in 112 (33,1 %) patients. Patients with plural erosions received the conservative treatment including inhibitors of a proton pump, prokinetics, antacids, antihelicobacter - therapy. The patients with singular erosions on the first stage were treated conservatively. Having no effect from conservative treatment to 83 (74,1%) patients endoscopic resection of the eroded mucous was carried out.. Efficiency of operation in more than 3 years period has made 91,1 %. The quantity of patients with attributes of inflammation, edema, neutrophil or mononuclear infiltration has decreased from 75,9 % in early terms after resection of mucous to 67,1

РУДАЯ Наталья Семеновна – к.м.н., с.н.с. НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (г. Севск).

and 7,6 % in the nearest and remote terms accordingly. The received direct and remote results of treatment justify chosen tactics in therapy of chronic stomach erosion.

Keywords: fibrogastroscopy, chronic erosion, endoscopic resection of mucous.

Введение

Эрозивные поражения слизистой оболочки желудка – наиболее часто выявляемая патология гастродуоденальной зоны. Впервые эрозии желудка описаны итальянским анатомом Morgagni в труде «О месте нахождения и причинах болезней, выявленных анатомом» (1761), в дальнейшем изучение эрозии слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки главным образом как предъязвенного состояния нашло отражение в трудах К. Рокитанского (1842). Известное внимание проблеме эрозивных поражений гастродуоденальной зоны уделялось крупными исследователями отечественной терапевтической школы (В.Х. Василенко, Ю.М. Лазовский) [4].

Хронические полные эрозии представляют собой дефекты слизистой оболочки желудка (СОЖ), которые возникают на месте очагов поверхностного некроза, не достигают ее мышечного слоя с полиповидным образованием диаметром 3 – 8 мм, на вершине которого располагается участок эрозированной СОЖ с пуповидным вдавлением в центре [7,8]. Важным моментом на пути их изучения явилось установление того факта, что наряду с быстро проходящими острыми (банальными) эрозиями существуют хронические полные эрозии, имеющие прогрессивный характер клинического течения. Исходя из полученных данных, к незрелым относят эрозии, у которых при эндоскопии на вершинах выявляется лишь венчик гиперемии, а наличие признаков некроза и десквамации поверхностного эпителия хронической полной эрозии позволяет отнести ее к зрелой форме.

Анализ результатов собственных наблюдений и данные литературы позволяют сделать вывод, что хронические полные эрозии являются (в большинстве случаев) самостоятельной нозологической единицей, а отнюдь не осложнением других заболеваний.

Кроме того, данные Л.И. Аруина с соавт. [1] свидетельствуют, что в окружающей полные эрозии слизистой оболочки желудка морфологически

можно обнаружить гиперплазию пило-рических желез и ямочного эпителия, а иногда и фовеолярную гиперплазию. Следовательно, мы вправе предположить возможность трансформации эрозий в полипы соответствующего типа с вероятностью их малигнизации [7], что явилось весьма важным аспектом, характеризующим необходимость пересмотра сложившихся взглядов на диагностику и лечение хронических эрозий желудка.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находилось 338 пациентов с хроническими эрозиями выходного отдела желудка, в том числе 99 (29,3%) мужчин и 239 (70,7%) женщин, в возрасте от 27 до 73 лет ($m=42,8\pm 9,4$) (таблица).

Из 338 пациентов у 226 (66,9%) больных эрозии были множественными (3 – 5 и более). Единичные (не более 3) эрозии были у 112 (33,1%) пациентов. Длительность заболевания варьировала от 1,5 до 5 лет.

Диагноз хронической эрозии СОЖ устанавливали на основании клинических (жалобы, анамнез, физикальное обследование), лабораторных (общий клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи) и инструментальных (трансабдоминальное и эндоскопическое ультразвуковое исследование, суточное мониторирование pH содержимого желудка (Гастроскан-5, 24), бактериологическое и морфологическое исследования с целью выявления *H. pylori*) методов исследования.

При морфологическом исследовании хронические эрозии желудка определялись как поверхностные дефекты СОЖ, не выходящие за пределы ее собственной мышечной пластинки, которые заживают без образования соединительнотканного рубца. В зоне хронических эрозий часто обнаруживали кишечную метаплазию, дисплазию различной степени выраженности, тубулярную аденому и аденокарциному.

На 10-е сутки от начала терапии всем пациентам выполнялась фиброгастродуоденоскопия с целью оценки динамики эндоскопической картины. Через 4 нед. после окончания лечения

у всех больных проводили инструментальное исследование: фиброгастродуоденоскопию с повторной биопсией и контролем эрадикации *H. pylori*.

Результаты и обсуждение

Постановка диагноза «хроническая эрозия желудка» представляет собой определенные трудности.

Это связано, во-первых, с отсутствием патогномичной клинической картины. Так, среди наших больных наиболее частой жалобой были дискомфорт в эпигастрии (75,9%), значительно реже пациентов беспокоили изжога (23,2%), боль после приема пищи (21,4%), (19,6%) и отрыжка воздухом (9,8%).

Во-вторых, эндоскопическая картина хронической эрозии желудка бывает обманчива, и в ряде случаев отличить воспалительно-гиперпластические образования от полипов желудка без гистологического исследования материала практически невозможно [6].

В настоящее время на помощь врачу приходит эндоскопическая ультрасонография [3], которая позволяет с высокой степенью вероятности ставить диагноз хронической эрозии еще до морфологического исследования. Характерными признаками эрозии являются: выраженная воспалительная инфильтрация прилежащих тканей, наличие участков слизистой с уплотненным эпителиальным слоем и множественными островками фиброза и другие (рис. 1,а).

Не менее сложной проблемой является вопрос о выборе способа лечения хронической эрозии желудка. Сегодня в литературе описаны множество схем терапии эрозивного поражения желудка, в основе которых лежат кислотоснижающие препараты (H₂-блокаторы или ингибиторы протонной помпы), антихеликобактерная терапия, а также препараты, направленные на восстановление нарушений микроциркуляции и даже иммунокоррекцию и другие [5].

Таким образом, исходя из теории многогранности патогенеза хронических эрозий, наиболее обоснованными признаны схемы лечения, которые включают назначение препаратов, способных воздействовать сразу на несколько, а в идеале – на все его звенья.

Пациентам с множественными эрозиями назначали консервативное лечение с учетом данных pH-метрии и теста на *H. pylori*.

Больные с единичными эрозиями были включены в группу, в которой

Возрастно-половой состав пациентов с хроническими эрозиями желудка

	n	Возраст (лет)				
		20 – 30	31 – 40	41 – 50	51 – 60	Старше 61
Мужчины	99	9	23	28	21	18
Женщины	239	14	48	83	57	37
Итого	338	23	71	111	78	55

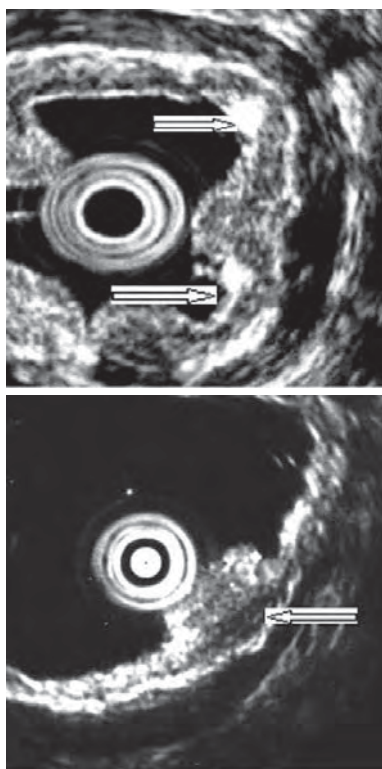


Рис.1. Эндосонограммы (20МГц). Хроническая эрозия выходного отдела желудка. Стрелками показаны: а – участки слизистой вблизи эрозий с уплотненным эпителиальным слоем и множественными островками фиброза в виде гиперэхогенных включений; б – значительно утолщенная мышечная пластинка слизистой как косвенный признак дисплазии эпителия

после комплексной консервативной терапии решали вопрос о выполнении эндоскопической мукозэктомии (Endoscopic Submucosal Resection (ESR)).

Относительными показаниями к ESR при хронической эрозии желудка в клинике признаны:

- длительно (6 мес. и более) незаживающие хронические эрозии, при условии полноценного медикаментозного лечения;

- рецидивирующее течение эрозивного гастрита не менее 5 лет, с ежегодными (1–2 раза) обострениями при условии правильного медикаментозного лечения;

- эрозивный гастрит с ежегодными обострениями, когда пациент настаивает на операции в силу невозможности проведения полноценного консервативного лечения либо на фоне выраженного болевого синдрома при обострении, значительно снижающими трудоспособность.

Наличие в биоптатах кишечной метаплазии, дисплазии (рис. 1,б), ту-

булярной аденомы или малого рака является **абсолютным показанием** к выполнению ESR у этих пациентов:

Среди противопоказаний к ESR можно выделить:

- множественные хронические эрозии желудка (более 2);

- острое желудочное кровотечение из эрозии;

- в случае морфологического подтверждения рака желудка – распространение процесса за пределы собственной мышечной пластинки слизистой (по данным эндоскопической ультрасонографии);

- тяжелая сопутствующая соматическая патология;

- отказ пациента от оперативного лечения.

У 83 (74,1%) из 112 пациентов с единичными хроническими эрозиями желудка, у которых не удалось достичь стойкого положительного эффекта на фоне комплексной консервативной терапии, были обоснованы показания к оперативному лечению хронических эрозий. В это число вошли 2 пациента, у которых, по данным эндоскопической ультрасонографии (впоследствии подтвержденным морфологическим исследованием), были выявлены гистологические изменения, характерные для аденокарциномы (рис. 2).

Всем пациентам была выполнена эндоскопическая резекция слизистой желудка (ESR) с хронической эрозией по ранее описанной нами методике [2].

В раннем периоде после ESR осложнения в виде желудочно-кишечного кровотечения из краев пострезекционных дефектов возникли у 3 (3,6%) пациентов. Для купирования данного осложнения потребовалось выполнить повторную гастроскопию с коагуляцией (2) или с клипированием (1) кровоточащего сосуда. В последующем кровотечения не возобновлялись. Других осложнений не было.

Окончательное гистологическое исследование 83 резецированных участков слизистой желудка показало следующее. У 38 (45,8%) пациентов выявлен эрозивный гастрит (только признаки воспалительных изменений в слизистой, атрофия желез, нейтрофильная и мононуклеарная инфильтрация, без перехода на подслизистый слой за пределы собственной мышечной пластинки). Приблизительно столько же (35 - 42,2%) больных имели кишечную метаплазию эпителия. Дисплазия различной степени выраженности обнаружена у 7 (8,4%)

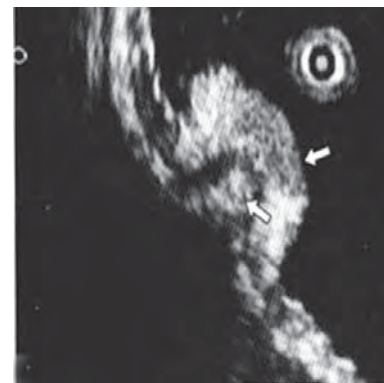


Рис. 2. Эндосонограмма (20МГц). Ультрасонограмма хронической эрозии: отмечается неоднородная гипозохогенность вершины эрозии, стрелками указаны слизистый слой и утолщенный подслизистый слой, типичные для раннего рака желудка

пациентов, в том числе дисплазия 1-й степени – в 2 (2,4%) случаях, 2-й – в 4 (4,8%) и 3-й степени – в 1 (1,2%) случае.

Наконец, у 3 (3,6%) пациентов были выявлены изменения, характерные для злокачественного поражения желудка, в том числе высокодифференцированная аденокарцинома желудка – 2 (2,4%) случая, перстневидно-клеточный рак – в 1 (1,2%).

Расхождение дооперационных диагнозов после окончательного гистологического исследования операционного материала имело место в 4 случаях, что составило 4,8%. При этом во всех наблюдениях имело место утяжеление характера патологических изменений слизистой, вплоть до выявления признаков атипии в одном (1,2%) препарате.

Динамическое наблюдение за 3 пациентами с верифицированной аденокарциномой в зоне хронической эрозии после ESR в сроки от 1 года до 6,5 лет ни в одном случае не выявило признаков рецидива опухоли. Все пациенты данной группы проходят ежегодное эндоскопическое исследование желудка с эндоскопической ультрасонографией и хромогастрографией.

У 7 (8,9%) пациентов после ESR выявлен рецидив хронической эрозии, что потребовало повторной резекции слизистой у 4 больных. В 3 случаях удалось добиться стойкой ремиссии в сроки наблюдения до 3 лет и более с помощью медикаментозного лечения.

При детальном изучении морфологического материала из области ESR в разные сроки после операции кишечной метаплазии и дисплазии слизистой на месте удаленных эрозий

не было выявлено ни в одном случае. Количество пациентов с признаками воспаления, отека, нейтрофильной или мононуклеарной инфильтрации уменьшилось с 75,9% в ранние сроки после резекции слизистой до 67,1 и 7,6% в ближайшие и отдаленные сроки соответственно. Фиброз стромы с образованием рубцовой ткани в месте резекции слизистой формировался начиная с 3 месяцев и сохранялся в 18,9% случаев.

В заключение необходимо отметить, что эндоскопическая мукозэктомия является методом выбора в терапии единичных хронических эрозий желудка и позволяет достичь стойкого положительного эффекта у 91,1% пациентов. Выполнение ESR при раннем раке желудка, без вовлечения собственной мышечной пластинки слизистой, позволяет избежать тяжелой калечащей операции с сохранением онкологиче-

ческой радикальности лечения. Полученные ближайшие и отдаленные результаты подтверждают правильность выбранной тактики лечения единичных хронических эрозий желудка.

Литература

1. Аруин Л.И. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника / Л.И. Аруин, Л.Л. Капуллер, В.А. Исаков. - М.: Трида-Х, 1998. - 496 с.
2. Жерлов Г.К. Способ хирургического лечения хронических эрозий желудка: Патент на изобретение № 2275867 от 10 мая 2006 г. / Г.К. Жерлов [и др.].
3. Жерлов Г.К. Возможности эндоскопической ультрасонографии в диагностике хронических эрозий желудка / Г.К. Жерлов [и др.] // Анналы хирургии. - 2006. - №3. - С.24 - 28.
4. Маев И.В. Хронические эрозии желудка: механизмы этиопатогенеза и новые подходы к лечению / И.В. Маев // Клинические

перспективы гастроэнтерологии и гепатологии. - 2002. - № 2. - С. 15 - 20

5. Маев И.В. Новые подходы к диагностике и лечению хронических эрозий желудка / И.В. Маев, Ю.А. Кучерявый, М.Г. Гаджи-ева // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 2003. - №1. - С. 43-49.

6. Савельев В.С. Руководство по клинической эндоскопии / В.С. Савельев [и др.] / Под ред. В.С. Савельева, В.М. Буянова, Г.И. Лукомского - М.: Медицина, 1985. - 544 с.

7. Циммерман Я.С. Хронические гастродуоденальные эрозии: клинико-патогенетическая характеристика, классификация, дифференцированное лечение / Я.С. Циммерман, В.Е. Ведерников // Клин. мед. - 2001. - № 6. - С. 30 - 36.

8. Свиницкий А.С. Сучасні уявлення про патогенез ерозій шлунка / А.С. Свиницкий [и др.] // Сучасна гастроентерол. - 2005. - № 4 (24). - С. 5 - 8.

9. Cappel M.S. Neoplasia in chronic erosive (varioliform) gastritis / M.S. Cappel, P.N.R. Green // Dig. Dis. Sci. - 1988. - Vol. 3, № 8. - P. 1035 - 1039.

Г.К. Жерлов, А.П. Кошель, В.М. Воробьев, А.С. Медведев

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Проведен анализ результатов лечения 782 больных с язвенной болезнью желудка (239), двенадцатиперстной кишки (488), а также больных с сочетанными язвами (37) и пептической язвой гастроэнтероанастомоза (18), осложненной кровотечением. В экстренном порядке оперировано 5,9% больных, в срочном порядке - 16,4% пациентов от всех поступивших с кровотечением. В отсроченном и плановом порядке оперативное лечение проведено у 21,7% больных. Послеоперационная летальность составила 3,8%. Осложнения после операции имели место у 12,2% больных. Считаем, что в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений следует придерживаться индивидуальной активно-выжидательной тактики, основанной на соматическом состоянии пациента, длительности язвенного анамнеза и локализации язвы, наличии эпизодов гастродуоденального кровотечения в прошлом, а также интенсивности кровотечения (по J. Forrest) и эффективности консервативного гемостаза.

The analysis of the treatment results of 782 patients with stomach ulcer (239), duodenum (488), and also patients with the combined ulcers (37) and gastroenteroanastomosis peptic ulcer (18), complicated with bleeding, has been held. 5,9% of patients were operated in the emergency order and 16,4% patients from the all with bleedings were operated quickly. In the delayed and scheduled order operative treatment is lead at 21,7 % of patients. Postoperational lethal outcome was 3,8%. Complications after operation took place at 12,2 % of patients. We consider, that in treatment of ulcer gastroduodenal bleedings it is necessary to adhere to the individual active-waiting tactics based on a somatic condition of the patient, duration of the ulcer anamnesis and localization of ulcer, presence of gastroduodenal bleeding episodes in the past, and also intensity of bleeding (according J.Forrest) and efficiency of a conservative hemostasis.

Несмотря на снижение плановой хирургической активности в лечении гас-

тродуоденальных язв, число экстренных вмешательств, обусловленных кровотечением из язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, не имеет тенденции к снижению [4,8,12,14,16]. По данным В.В. Рыбачкова и И.Г. Дряженкова [10], за последние 5 лет количество больных с кровоточащей язвой увеличилось в 7 раз. Более того, достаточно высоким и стабильным остается уровень летальности, который колеблется вокруг отметки 10% (от 5,7 до 25%) [8,13,15].

В настоящее время в экстренной

хирургии гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением, существуют различные подходы. Вместе с тем все они в той или иной степени укладываются в 3 варианта тактики: активную, активно-выжидательную и выжидательную. Число сторонников и противников каждой из них периодически меняется, что обусловлено, с одной стороны, развитием технического прогресса, фармацевтической промышленности, а с другой - переосмыслением этиологии и патогенеза язвенной болезни. Так, например, ши-

ЖЕРЛОВ Георгий Кириллович - д.м.н., проф., засл. деятель науки РФ, директор НИИ гастроэнтерологии Сибирского государственного медицинского университета (г.Северск); **КОШЕЛЬ Андрей Петрович** - д.м.н., проф., зам. директора по научной работе НИИ гастроэнтерологии СибГМУ; **ВОРОБЬЕВ Владимир Максимович** - к.м.н., гл. хирург Департамента здравоохранения Томской области; **МЕДВЕДЕВ Андрей Сергеевич** - ординатор 3-го хирург. отделения КБ-81 (г. Северск).

Таблица 1

Распределение пациентов с гастродуоденальными кровотечениями по полу и возрасту

Пол	Всего	Возраст, лет					
		до 20	21 – 30	31 – 40	41– 50	51 – 60	старше 61
Мужчины	587	21	69	161	134	123	79
Женщины	195	8	23	48	34	47	35
Итого:	782	29	92	209	168	170	114

рокое внедрение в общеклиническую практику современной эндоскопической техники позволяет у 85–95% больных выполнять остановку кровотечения из аррозированных сосудов в дне язвы. Появление новых поколений препаратов, позволяющих контролировать уровень кислотности, позволило достигнуть уровня «ахлоргидрии», при котором процессы формирования тромба протекают в оптимальной среде [7]. Кроме того, успехи консервативного лечения язвенной болезни, основанного на эрадикации *Helicobacter pylori*, склоняют чашу весов в пользу активно-выжидательной тактики. Вместе с тем до настоящего времени запоздалое решение о необходимости операции, а также рецидивы профузного кровотечения в стационаре на 2-е–3-и сутки после поступления занимают не последнее место в структуре причин летальных исходов при этом осложнении [4]. В этой связи интересные цифры приводит А.А. Крылов с соавт. [6]: если при активной тактике летальность не превышает 5%, то при активно-выжидательной она достигает 29%, а «операции отчаяния», выполняемые на фоне рецидива кровотечения, приводят к гибели до 45% больных.

Нет единого мнения и в выборе способа операции при неэффективности эндоскопического и медикаментозного гемостаза. Ряд хирургов считает, что единственно радикальным способом остановки кровотечения при гастродуоденальных язвах является резекция желудка [1, 6]. Вместе с тем в последнее время отмечается увеличение числа органосохраняющих операций (различные варианты ваготомии с иссечением кровоточащей язвы и дренирующими операциями) [5,9,11]. Широкое использование лапароскопической техники позволило предложить при кровоточащей язве ДПК выполнение лапароскопической ваготомии либо задней стволовой с передней селективной проксимальной ваготомией и пилоропластикой из минидоступа [8]. При язве желудка стремятся к выполнению пилоросохраняющей резекции [4].

Целью нашего исследования является обоснование индивидуальной активно-выжидательной тактики при острых гастродуоденальных кровотечениях.

Проведен анализ результатов лечения 782 больных с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии, находившихся в клинике с 1989

по 2004 г. Среди пациентов было 587 мужчин и 195 женщин в возрасте от 15 до 89 лет (табл.1).

Из приведенной таблицы видно, что почти половина (48,2%) пациентов с гастродуоденальными кровотечениями представлена группой наиболее трудоспособного возраста, от 31 до 50 лет.

Все пациенты поступали в приемное отделение клиники в порядке оказания «скорой помощи» с признаками острого желудочно-кишечного кровотечения. Среднее время от момента начала кровотечения до поступления составило $17 \pm 2,7$ ч.

Основными жалобами при поступлении были – рвота «кофейной гущей» (87%); мелена (79%); головокружение (47%); кратковременный коллапс (17%).

Наличие признаков гастродуоденального кровотечения служило показанием для выполнения экстренного эндоскопического исследования верхних отделов пищеварительного тракта. Основной целью экстренной эзофагогастродуоденоскопии была топическая диагностика источника геморрагии, оценка состояния сосудистого гемостаза в дне язвы, а также выполнение эндоскопической остановки кровотечения.

Состояние сосудистого гемостаза в дне язвы оценивали по классификации J. Forrest (1987):

F-I-A – струйное (артериальное) кровотечение из язвы,

F-I-B – капельное (венозное) кровотечение из язвы,

F-II-A – тромбированные сосуды в дне язвы,

F-II-B – сгусток крови, закрывающий язву,

F-II-C – язва без признаков кровотечения,

F-III – источников кровотечения не обнаружено.

Из 782 поступивших пациентов при экстренной ФЭГДС язвенная болезнь желудка была обнаружена у 239 (30,6%), язвенная болезнь ДПК – у 488 (62,4%), у 37 (4,7%) пациентов име-

лись сочетанные гастродуоденальные язвы, а у 18 (2,3%) – язвы гастроэнтероанастомоза (после операции Бильрот II).

Эффективность первичного эндоскопического гемостаза составила 92,7% (725 больных). При этом у 107 (14,8%) из них возникли рецидивы кровотечения в сроки до 72 часов от первичного гемостаза, что в свою очередь потребовало выполнения экстренной операции или повторного эндоскопического гемостаза.

После эндоскопического исследования и выяснения источника и локализации геморрагии определялась дальнейшая тактика.

Все пациенты, у которых кровотечение продолжалось или имела место «угроза повторного кровотечения», соответственно F-I-A, F-I-B и F-II-A, F-II-B, по классификации J. Forrest (1987), госпитализировались в отделение интенсивной терапии. После проведения комплекса интенсивной терапии, направленной на восполнение ОЦК, коррекцию водно-электролитных нарушений, активацию гемостаза, поддержание функции жизненно важных органов, выполнялось повторное эндоскопическое исследование для решения вопроса о сроках проведения оперативного вмешательства.

Наличие у пациента струйного артериального кровотечения из язвы (F-I-A), на фоне неэффективности эндоскопического гемостаза, служило показанием для проведения экстренной операции. При необходимости допускалась короткая предоперационная подготовка.

При наличии капельного венозного кровотечения (F-I-B) проводилась гемостатическая терапия, как общая (медикаментозная), так и местная (повторная эндоскопическая). В случае неэффективности консервативного лечения у этой группы больных в течение 6 ч – при контрольной эзофагогастродуоденоскопии кровотечение продолжается, пациентам предлагалось выполнение экстренной операции.

**Консервативное и оперативное лечение больных
с гастродуоденальными кровотечениями, абс. число (%)**

Таблица 2

	Всего	Консервативное лечение	Оперативное лечение
Язвенная болезнь желудка	239 (30,6)	115 (48,1)	124 (51,9)
Язвенная болезнь ДПК	488 (62,4)	299 (61,3)	189 (38,7)
Сочетанные язвы желудок + ДПК	37 (4,7)	14 (37,8)	23 (62,2)
Язвы гастроэнтероанастомоза	18 (2,3)	9 (50)	9 (50)
Итого	782 (100)	437 (55,9)	345 (44,1)

Таблица 3

**Частота осложнений операций по поводу гастродуоденальных кровотечений
(в скобках количество умерших больных)**

	n	Легочные ослож- нения	Сердечно- сосудистые осложнения	Гнойные ослож- нения	Про- чие	%
Резекция 1/2 желудка	188	6	3 (2)	5	4	9,6 (1,1)
СПВ + иссечение язвы + дуоденопластика	74	2	-	1	-	4,1
Пилоросохраняющая резекция	39	1	1	1	1	7,7
Иссечение язвы	18	4 (4)	6 (5)	4	2 (2)	100 (61,1)
Прочие	26	1	-	2	-	11,5
Итого	345	14 (4)	9 (7)	12	7 (2)	12,2

Если через сутки интенсивной терапии в стационаре у больного сохранялась угроза кровотечения (F-II-A, F-II-B), пациентам с длительным течением язвенной болезни, либо наличием эпизодов гастродуоденального кровотечения в анамнезе настоятельно рекомендовалось выполнение срочной операции.

При отсутствии признаков продолжающегося кровотечения и угрозы кровотечения (F-II-C) при эндоскопическом контроле через сутки больных переводили в общехирургическое отделение для дальнейшей терапии с последующим (не ранее 14 суток) решением вопроса о плановом оперативном лечении.

Пациенты группы F-II-C и F-III либо госпитализировались в стационар для дальнейшего планового обследования, либо им рекомендовалось пройти комплексное обследование в поликлинике по месту жительства.

Всего оперативное лечение по поводу гастродуоденального кровотечения было выполнено у 345 (44,1%) из 782 пациентов, поступивших в клинику (табл.2). Операции в экстренном порядке (до 6 ч от поступления) были выполнены 46 пациентам, что составило 13,3% от всех оперированных больных или 5,9% от всех пациентов, поступивших с кровотечением. В срочном порядке было оперировано 128 пациентов – 37,1 и 16,4% соответственно.

Операции спустя 14 и более суток от момента поступления (в плановом порядке) были выполнены 170 больным (49,3 и 21,7%).

Основной вид операции, принятый в клинике при язвенной болезни желудка и ДПК, осложненной кровотечением, – резекция 1/2 желудка с формированием пилороподобного гастродуоденоанастомоза, был выполнен 188 (54,5%) больным. Селективная проксимальная ваготомия с иссечением язвы и дуоденопластикой проведена в собственной модификации у 74 (21,4%) пациентов, наконец, пилоросохраняющая резекция, так же разработанная в клинике, – 39 (11,3%). Остальным больным выполнялись иссечение язвы 18 (5,2%), стволовая ваготомия 9 (2,6%), резекции пилоробульбарного отдела 9 (2,6%), экстирпация культи желудка 4 (1,2%), проксимальная резекция 4 (1,2%). Более подробно способы выполнения операций были описаны нами ранее [2]. Все операции выполнялись с применением прецизионного подслизисто-подслизистого шва И.Д. Кирпатовского [3] в модификации Г.К. Жерлова (1983).

В ранние сроки после экстренных и срочных операций умерло 13 (3,8%) больных. В том числе 9 пациентов оперированы в срочном порядке (2-е–3-и сутки) на фоне рецидивного профузного кровотечения. В четырех случаях выполнена резекция 1/2 желудка в модификации клиники, в девяти – гастротомия, иссечение язвы.

Причиной смерти у 7 больных была острая сердечно-сосудистая недостаточность, у четырех – осложнения со стороны легких (пневмония), у одного – массивная кровопотеря (больная погибла в течение первых суток после операции). И у одного больного операция иссечения язвы выполнялась после многократных санационных ре-лапаротомий, выполненных по поводу разлитого гнойного перитонита после перфорации язвы ДПК. Смерть больного наступила вследствие полиорганной недостаточности на фоне некупируемого гнойного перитонита.

Всего послеоперационные осложнения имели место у 42 больных (12,2%). Следует заметить, что все осложнения были неспецифическими, т.е. характерными для любой операции на органах брюшной полости. Ни в одном случае не отмечено недостаточности швов анастомозов, что обусловлено, на наш взгляд, особенностью используемой технологии формирования гастродуоденального соустья.

Как видно из табл.3, самыми частыми осложнениями были инфильтративно-воспалительные изменения в легких и плевре (14), а также гнойные осложнения со стороны послеоперационной раны (12). В раннем послеоперационном периоде мы придерживаемся активной тактики ведения больных (раннее вставание, дыхательная гимнастика, ранее энтеральное питание через микрозонд, установленный в тощую кишку во время операции).

Средний койко-день после операции составил $19,5 \pm 3,3$ сут.

Несмотря на то, что операцией выбора на высоте гастродуоденального кровотечения в клинике принята резекция 1/2 желудка в нашей модификации, у молодых людей с впервые выявленной язвой двенадцатиперстной кишки при отсутствии грубой деформации луковицы ДПК показана селективная проксимальная ваготомия с иссечением язвы и дуоденопластикой.

Выполнение гастротомии и прошивания сосудов в дне язвы считаем возможным только у пациентов пожилого и старческого возраста, на фоне тяжелой сопутствующей патологии, когда технически сложно выполнить иссечение язвы, а время операции ограничено.

В более поздние сроки после кровотечения (в плановом порядке) возможно выполнение всех вариантов резекции желудка и органосохраняющих операций (селективная прокси-

мальная ваготомия + иссечение язвы + дуоденопластика).

Таким образом, в решении вопроса о сроках выполнения операции при острых гастродуоденальных кровотечениях необходимо придерживаться индивидуальной активно-выжидательной тактики. При наличии сомнений в эффективности проводимых консервативных мероприятий, направленных на остановку кровотечения, особенно у пациентов с длительным язвенным анамнезом и наличием в прошлом эпизодов желудочно-кишечных кровотечений, следует более активно предлагать оперативное лечение. В случае выявления кровотечения F-I-A и F-I-B необходимо выполнять экстренную операцию в сроки до суток от момента поступления. Операцией выбора при этом должна быть резекция желудка либо селективная проксимальная ваготомия с иссечением язвы и дуоденопластикой, а у пациентов с язвенной болезнью желудка возможно выполнение пилоросохраняющей резекции. В том случае, когда имеет место кровотечение F-II-A и F-II-B у молодых пациентов с впервые выявленной язвой, либо в том случае, когда риск операции высок (пожилой и старческий возраст, тяжелая сопутствующая патология), возможно проведение консервативных мероприятий в условиях

отделения интенсивной терапии с обязательным эндоскопическим контролем. Плановое оперативное лечение у этой группы больных следует проводить не ранее 14 суток от момента кровотечения.

Литература

1. Григорьев С.Г. Хирургическая тактика при язвенных дуоденальных кровотечениях / С.Г. Григорьев, В.К. Корытцев // Хирургия. - 1999. - № 6. - С. 20 – 22.
2. Жерлов Г.К. Пилорусохраняющие и пилоросохраняющие резекции желудка / Г.К. Жерлов, А.И. Баранов, Н.В. Гибадулин. - М.: МЗ Пресс, 2000. - 144 с.
3. Кирпатовский И.Д. Кишечный шов и его теоретические основы / И.Д. Кирпатовский. - М.: Медицина, 1964. - 174 с.
4. Кровотокающая язва двенадцатиперстной кишки: тактика при ненадежном гемостазе / Г.Л. Ратнер [и др.] // Хирургия. - 1999. - №6. - С. 23 – 24.
5. Лосев Р.З. Современные проблемы хирургической тактики при острых кровотечениях из гастродуоденальных язв / Р.З. Лосев, Ю.В. Чирков // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 1996. - № 6. - С. 28 – 31.
6. Неотложная гастроэнтерология / А.А. Крылов [и др.]. - Л.: Медицина, 1988. - 264 с.
7. Новиков А.И. Повышение эффективности хирургической тактики лечения больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии / А.И. Новиков, А.В. Сердюк, С.А. Тылик // Сучасна гастроентерологія. - 2004. - № 4. - С. 64 – 65.

8. Панцырев Ю.М. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв / Ю.М. Панцырев, А.И. Михлев, Е.Д. Федоров // Хирургия. - 2003. - № 3. - С. 43 – 49.

9. Пломбировка кровоточащих язв двенадцатиперстной кишки при выполнении стволовой ваготомии с пилоропластикой по Финнею / Евтихов Р.М. [и др.] // Хирургия. - № 4. - 1999. - С. 22 – 24.

10. Рыбачков В.В. Осложненные гастродуоденальные язвы / В.В. Рыбачков, И.Г. Дряженков // Там же. - 2005. - № 3. - С. 27 – 29.

11. Сравнительные результаты хирургического лечения прободных и кровоточащих пилородуоденальных язв / В.Н. Горбунов [и др.] // Там же. - 1998. - № 9. - С. 14 – 17.

12. Blockson J.M. Current therapy for nonvariceal upper gastrointestinal bleeding / J.M. Blockson, S. Tokioka, C. Sugawa // Surg. Endosc. - 2004. - V. 18. - P. 186–192.

13. Nikolopoulou V.N. Acute upper gastrointestinal bleeding in operated stomach: Outcome of 105 cases / Nikolopoulou V.N. [et al.] // World J Gastroenterol. - 2005. - V.11. - N29. - P. 4570–4573

14. Ohmann Ch. Trends in Peptic Ulcer Bleeding and Surgical Treatment / Ch. Ohmann, M. Imhof, H-D. Ro // World J. Surg. - 2000. - V. 24. - P. 284–293

15. Schoenberg M.H. Surgical therapy for peptic ulcer and nonvariceal bleeding / M.H. Schoenberg // Langenbeck's Arch Surg. - 2001. - V. 386. - P. 98–103.

16. Millat B. Surgical Treatment of Complicated Duodenal Ulcers: Controlled Trials / B., Millat A. Fingerhut, F. Borie // World J. Surg. - 2000. - Vol. 24. - P. 299–306.

М.М. Винокуров, В.В. Савельев, В.Г. Аммосов

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ТАКТИЧЕСКИХ РЕЖИМОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ИНФИЦИРОВАННЫХ ФОРМАХ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Проведена сравнительная оценка эффективности различных вариантов хирургического вмешательства у 76 больных с инфицированными формами панкреонекроза, находившихся на лечении в клинике в период с 2000 по 2006 г. Установлено, что при исходном применении метода этапных некрсеквестрэктомий, включающего программируемый режим этапных ревизий и санаций брюшной полости и забрюшинного пространства в сочетании с «открытыми» вариантами дренирования, у больных с различными формами панкреатогенной инфекции возможно достоверно снизить летальность при неизменном уровне послеоперационных осложнений по сравнению с альтернативными методами хирургического лечения панкреонекроза.

The efficiency of different surgical policies was comparatively evaluated in 76 patients with infectious forms of pancreatic necrosis treated at a clinic in 2000 to 2006. The baseline use of a stepwise method of necrotic sequestrectomies, which included a programmed mode of stepwise revisions and sanitations of the retroperitoneal space and abdomen in combination with «open» drainages in patients with various pancreatogenic infections versus routine surgical treatments for pancreatic necrosis.

Введение

Анализ многих литературных дан-

ВИНОКУРОВ Михаил Михайлович – д.м.н., проф., зав. кафедрой МИ ЯГУ; **САВЕЛЬЕВ Вячеслав Васильевич** – к.м.н., доцент МИ ЯГУ; **АММОСОВ Владимир Гаврильевич** – к.м.н., доцент МИ ЯГУ.

ных свидетельствует, что заболеваемость острым панкреатитом остается на прежнем уровне и варьирует от 200 до 800 пациентов на 1 млн. населения в год [1,5]. В 15-20% наблюдений развитие острого панкреатита носит деструктивный характер [6]. С развити-

ем панкреонекроза у 40-70% больных происходит инфицирование очагов некротической деструкции [4].

Результаты лечения больных с острым деструктивным панкреатитом являются неутешительными. Доля инфекционных осложнений среди при-

чин смерти больных с острым деструктивным панкреатитом составляет 80% [7].

Неудовлетворенность результатами хирургического лечения больных с инфицированным панкреонекрозом (ИФП), принимая во внимание склонность к рецидивному течению гнойно-некротического процесса в брюшной полости (БП) и забрюшинной клетчатке (ЗК), привела нас к необходимости использования стратегии многоэтапных оперативных вмешательств. Вместе с тем по мере накопления опыта возникла необходимость проведения сравнительного анализа традиционных вариантов хирургической тактики при ИФП.

Материал и методы

Представленная работа основана на анализе результатов хирургического лечения 76 больных с ИФП, находившихся на лечении в хирургических отделениях Якутской городской клинической больницы и РБ №2 – Центра экстренной медицинской помощи за период с 2000 по 2006 г. Проведена общая характеристика клинического материала больных с острым деструктивным панкреатитом. Распределение больных по возрасту и полу представлено в табл. 1.

Диагноз панкреонекроза и его осложнений верифицирован на основании комплексного обследования, включавшего данные клинических, лабораторных и инструментальных методов диагностики: микробиологического и цитологического исследования перитонеального экссудата, интраоперационного и патологоанатомического исследований операционного материала, ультразвукового сканирования БП и ЗК, видеолапароскопию, чрезкожные диагностические пункции жидкостных образований ЗК и БП под контролем ультразвукографии с последующим микробиологическим исследованием пунктата. По показаниям назначались компьютерная (КТ) или магнитнорезонансная томографии (МРТ). Для оценки тяжести общего состояния больного использовали интегральные системы шкалы (Ranson, APACHE II).

Всем больным, оперированным по поводу ИФП, выполняли срединную лапаротомию. После ревизии органов брюшной полости, осмотра париетальной и висцеральной брюшины, большого сальника оценивали состояние ЗК, брыжейки тонкой и поперечноободочной кишок, параободочной забрюшинной клетчатки справа и слева, определяли объем и характер

экссудата. Затем путем рассечения желудочно-ободочной связки вскрывали полость сальниковой сумки. На основании критериев, предложенных В.С. Савельевым и соавт. (2003), выделяли следующие клинко-морфологические формы панкреатогенной инфекции: инфицированный панкреонекроз (ИП), панкреатогенный абсцесс (ПА), инфицированный панкреонекроз в сочетании с панкреатогенным абсцессом (ИП+ПА) и инфицированная псевдокиста (ИПК). После мобилизации поджелудочной железы по верхнему и нижнему краю выполняли мобилизацию двенадцатиперстной кишки по Кохеру. В зависимости от пути распространения гнойно-некротического процесса производили мобилизацию селезеночного или печеночного изгибов ободочной кишки. Далее выполняли абдоминализацию поджелудочной железы, производили некрсеквестрэктомии. Операция завершалась различными вариантами дренирования БП и ЗК.

Опыт применения различных режимов хирургических вмешательств и методов дренирующих операций позволил нам изучить их особенности, преимущества и недостатки. Так, при анализе нашей работы мы установили, что применение трубчатых дренажных конструкций при закрытом дренировании в условиях продолжающейся секвестрации ПЖ и/или ЗК в большинстве случаев обречено на неудачу вследствие постоянной их обтурации детритом. Использование режима этапных и программируемых санаций позволило повысить эффективность дренирования БП и ЗК, что достигалось путем выполнения некрсеквестрэктомии, замены нефункционирующих дренажей или изменением их расположения в зависимости от динамики распространения некротического процесса.

Все оперированные больные с различными клинко-морфологическими формами панкреатогенной инфекции разделены на две группы в зависимости от тактического режима оперативных вмешательств.

В первой группе 27 (35,5%) больных оперированы в режиме «по требованию», то есть все последующие оперативные вмешательства выполняли в связи с неэффективностью комплексного лечения в послеоперационном периоде либо в случае развития внутрибрюшных осложнений.

Вторую группу составили 49 (64,5%) больных, у которых все операции проводили в режиме «по программе», включающем этапные ревизии и санации БП и ЗК.

Результаты и обсуждение

Все оперативные вмешательства в зависимости от объема разделены на 2 группы: резекционные – произведены 7 (9,2%) больным, и органосохраняющие – 69 (90,8%) больным.

При анализе структуры клинко-морфологических форм панкреатогенной инфекции отмечено, что тактический режим «по требованию» наиболее часто применяли при ПА. Такая тактика, по-видимому, объясняется традиционными представлениями о показаниях к «закрытому» или «полуоткрытому» дренированию БП и ЗК при отграниченных гнойных процессах. Установлено, что при ИП+ПА чаще возникала необходимость смены оперативного режима «по требованию» на режим «по программе». При использовании программируемого режима оперативной тактики основной клинко-морфологической формой является распространенный ИН. Программные санации производились нами в 49 (64,5%) случаях (табл.2). При этом отказ от запрограммированных повторных вмешательств составил 5 (6,6%) случаев. Отказ был обусловлен двумя причинами: улучшением состояния больного, позволившем отказаться от программного вмешательства, или летальным исходом вследствие осложнения основного заболевания или декомпенсации органов и систем на фоне сопутствующей патологии.

Показаниями к применению метода многократной санации БП и ЗК при ИФП, по нашему мнению, служат: 1)

Таблица 1

Распределение больных по возрасту и полу

Возраст, лет	Мужской	Женский	Итого, абс. число (%)
15-25	5	1	6 (7,9)
26-35	19	4	23 (30,3)
36-45	23	7	30 (39,5)
46-55	9	3	12 (15,8)
56-70	2	1	3 (3,9)
70 и старше	1	1	2 (2,6)
Всего	59 (77,6)	17 (22,4)	76 (100)

Таблица 2

**Характеристика хирургического пособия
при различных режимах оперативного вмешательства, абс. число (%)**

Методы дренирующих операций	Режим оперативной тактики	
	«по требованию»	«по программе»
«Открытые»	-	49 (64,6)
«Полуоткрытые»	18 (23,7)	-
«Закрытые»	2 (2,7)	-

Таблица 3

**Характеристика внутрибрюшных послеоперационных осложнений
при различных режимах оперативной тактики, абс. число (%)**

Осложнение	1-я группа (n=27)	2-я группа (n=49)
	Режим оперативной тактики	
	«по требованию»	«по программе»
Обширное нагноение лапаротомной раны	2 (7,5)	8 (16,3)
Эвентрация	2 (7,5)	4 (8,2)
Аррозивное кровотечение	3 (11,1)	7 (14,3)
Панкреатический свищ	1 (3,7)	2 (4,1)
Желудочно-кишечный свищ	2 (7,5)	4 (8,2)

наличие зловонного гнойного экссудата; 2) формирующиеся или уже имеющиеся межкишечные абсцессы; 3) множественные прочно фиксированные к брюшине фибриновые наложения и неудаляемые одномоментно зоны некроза ткани поджелудочной железы и забрюшинного пространства; 4) эвентрация при тотальном нагноении лапаротомной раны; 5) симптомы нарастающего эндотоксикоза или наличие инфекционно-токсического шока; 6) нарастающая полиорганная недостаточность; 7) повторные операции по поводу осложнений течения инфицированного панкреонекроза со стороны органов брюшной полости, а также неуверенность в полном устранении источника перитонита и адекватной санации брюшной полости.

Следует особо отметить, что основу тактики программированных вмешательств составляет «открытый» метод дренирования БП и ЗК, предполагающий дренирование всех гнойно-некротических очагов резиново-марлевыми композициями в комбинации с трубчатыми дренажными системами, с сохранением поджелудочной железы и ЗК открытыми. Нам представляется, что в этих условиях возврат к неудовлетворяющей некоторых хирургов резиново-марлевой тампонаде является обоснованным, поскольку обеспечивает свободный доступ ко всем некротическим зонам на каждой этапной операции. К сожалению, дренажные трубки не могут выполнить этой функции.

При сравнении общего количества операций в анализируемых группах больных в различных оперативных

режимах отмечено некоторое увеличение хирургических вмешательств во второй группе – 49 (64,5%). Среди методов дренирующих операций в группе «по требованию» преобладали «закрытые» – 19 (70,3%) и «полуоткрытые» – 8 (26,7%) варианты дренирования БП и ЗК. Важно отметить, что в этой группе больных в послеоперационном периоде сформированные каналы являлись достаточно узкими и извитыми. Дренажные конструкции функционировали не всегда адекватно вследствие частой обтурации секвестрами и детритом, что явилось причиной неэффективности дренирования. В связи с возникшими осложнениями в данной группе потребовалось достоверное увеличение количества операций, выполненных «по требованию».

Несмотря на преимущества в устранении некротических и септических очагов различной локализации при использовании режима этапных санаций, этот метод имеет существенные недостатки: высокий операционный процент травм и аррозивных кровотечений, образование панкреатических и дигестивных свищей, заживление ран вторичным натяжением и образование вентральных грыж, длительная госпитализация и множественные наркозы [2].

Анализируя эти недостатки, мы изучили структуру внутрибрюшных осложнений в зависимости от режимов оперативной тактики у больных с ИФП (табл.3).

Несанированный гнойно-некротический очаг в ЗК и БП, потребовавший повторных хирургических вмешательств при применении тактического

режима «по требованию», выявлен у 9 (33,3%) больных в этой группе. В то же время при применении режима «по программе» установлено, что неадекватная санация очага гнойной деструкции имела у 5 (10,2%) пациентов. Использование метода этапных санаций «по программе» привело к повторным, незапланированным операциям лишь у 3 (6,1%) пациентов в связи с формированием некротической флегмоны малого таза, либо недренированного панкреатогенного абсцесса.

Обширное нагноение лапаротомной раны диагностировано при первом режиме у 2 (7,4%) больных, во второй группе количество этих осложнений выявлено у 8 (16,3%). В связи с этим закономерна высокая частота эвентрации у 4 (8,2%) больных при изменении оперативной тактики во второй группе.

Минимальный уровень эвентрации отмечен в группе больных с «закрытым» методом дренирования БП и ЗК, а наибольший – при «открытом». Использование метода этапных хирургических вмешательств «по требованию» сопровождалось развитием эвентрации лишь у 2 (7,5%) пациентов.

Одной из причин, приводящих нередко к летальному исходу у больных панкреонекрозом в стадии гнойно-некротических осложнений, является аррозивное кровотечение [3,4]. Вместе с тем при использовании режима программируемых операций аррозивные кровотечения выявлены у 7 (14,2%) больных. Однако применение метода «открытого» дренирования БП и ЗК позволяло в кратчайший срок диагностировать это грозное осложнение, обеспечить адекватный доступ к источнику кровотечения и своевременно его ликвидировать. Ни в одном наблюдении у больных третьей группы данное осложнение не явилось причиной смерти.

Многочисленные хирургические манипуляции в ходе этапных санаций сопровождаются травмой окружающих органов и тканей, дифференцировать которые на стадии гранулирующей раны представляется довольно трудной задачей. В свою очередь, излишняя травматичность этих операций является причиной формирования панкреатических и желудочно-кишечных свищей [7]. Только у 2 (4,1%) пациентов в группе программированных вмешательств сформировался панкреатический свищ, что было выявлено достоверно чаще, чем в первой

(1-3,7%) группе больных. Дигестивные свищи, также как и панкреатические, наиболее часто встречались при использовании режима этапных санаций у 4 (8,2%) больных (1 желудочный, 2 тонкокишечных, 1 толстокишечный). Минимальная частота данного осложнения установлена в группе больных, оперированных «по требованию». Однако при объединении показателей частоты развития послеоперационных осложнений первого и второго режимов достоверных различий не выявлено.

Таким образом, результаты исследований позволяют прийти к выводу, что применение метода этапных некрсеквестрэктомий, включающего программный режим этапных ревизий и санаций забрюшинного пространства и брюшной полости в сочетании с «открытыми» вариантами дренирования

у больных с инфицированным панкреонекрозом, позволяет установить отчетливую тенденцию в улучшении результатов оперативного лечения при неизменном уровне послеоперационных и системных осложнений.

Литература

1. **Дренирование** брюшной полости и сальниковой сумки при деструктивных формах панкреатита с распространенным перитонитом / С.Н. Хунафин [и др.] // Актуальные проблемы современной хирургии: тезисы докл. Международного хирургического конгресса. 22-25 февраля 2003. – М., 2003. – С. 266.
2. **Кукош М.В.** Инфицированный панкреонекроз, выбор объема операции / М.В. Кукош, Н.В. Емельянов, Г.И. Гомозов // Девятый Всероссийский съезд хирургов: материалы съезда, 20-22 сентября. – Волгоград, 2000. – С. 71.
3. **Обоснование** выбора способа операции у больных с острым некротическим панкреатитом / О.Е. Бобров [и др.] // Актуальные пробле-

мы современной хирургии: тезисы докл. Международного хирургического конгресса, 22-25 февраля 2003. – М., 2003. – С. 270.

4. **Роль** чрескожных пункционных вмешательств под ультразвуковым контролем при доброкачественных хирургических заболеваниях поджелудочной железы / А.В. Гаврилин [и др.] // Тез. материалов Российско-Германского симпозиума «Хирургия поджелудочной железы на рубеже веков». – М., 2000. – С. 37.

5. **Савельев В.С.** Эволюция стерильного панкреонекроза при различных режимах антибактериальной профилактики и терапии / В.С. Савельев [и др.] // Consilium-medicum. – 2002. – Прил. №1. – С. 26-28.

6. **Ярема И.В.** Видеолaparоскопические вмешательства при лечении панкреонекроза / И.В. Ярема, Н.Н. Сильманович, В.П. Шевченко // Девятый Всероссийский съезд хирургов: материалы съезда, 20-22 сентября. – Волгоград, 2000. – С. 136.

7. **Rau B.** Early operative management of acute pancreatitis / B. Rau, W. Uhl, M.W. Buchler // World J. Surg. – 1997. – Vol. 21. – P. 155-161.

Т.Н. Жарникова, П.М. Иванов, В.Г. Игнатьев, Т.С. Дягилева ДИНАМИКА И ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ЯКУТИИ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Цель исследования. Изучить динамику, выяснить популяционную и временную закономерности заболеваемости КРР у различных групп населения Якутии, составить их прогноз.

Материал и методы. Проанализирован статистический материал, содержащий 27,3 тыс. случаев заболевания злокачественными новообразованиями. Из них в 2098 (7,7%) случаях был выявлен рак колоректальной локализации, в том числе у 1202 (57,3%) больных – ободочной и у 896 (42,7%) – прямой кишки. Представление об уровнях заболеваемости данной локализации в республике получено с помощью интенсивных и стандартизованных показателей (СП). За стандарт принято повозрастное распределение населения 24 стран мира в расчете на 100 тыс. (мировой стандарт).

Результаты исследования. Заболеванию раком ободочной кишки подвержены лица обоего пола в возрасте старше 40 лет. У городского населения СП заболеваемости раком ободочной кишки составил $11,3 \pm 1,1$ и раком прямой кишки – $8,5 \pm 0,9/_{0000}$. У сельского населения соответственно – $8,0 \pm 0,9$ и $5,8 \pm 0,7/_{0000}$. К 2010 г. прогнозируемые уровни заболеваемости раком ободочной кишки составят у коренных жителей 9,1, у пришлого населения – $15,5/_{0000}$, раком прямой кишки – 9,3 и $14,3/_{0000}$ соответственно.

Закключение. Колоректальный рак в структуре онкологической заболеваемости населения в условиях Крайнего Севера имеет высокие показатели с тенденцией к дальнейшему росту и сохраняет возрастную, этническую и территориальную обусловленность. Данная патология наиболее часто встречается у лиц некоренной национальности, проживающих в городах, и в возрастной категории преимущественно старше 50 лет.

Ключевые слова: новообразования, колоректальный рак, динамика, прогноз.

The purpose of research. To study dynamics and to find out the populational and time laws of colorectal morbidity in various groups of the population of Yakutia and to make their prognosis.

Material and methods. The statistical material, containing 27,3 thousand cases of malignant neoplasms is analysed. In 2098 (7,7 %) cases there was revealed a cancer of the colorectal localization, including cancer of colon in 1202 (57,3 %) patients and cancer of rectum in 896 (42,7 %). Concept of the given localization morbidity in republic is received by means of the intensive and standardized parameters (SP). Age distribution of the population of 24 countries of the world reckoning 100 thousand (world standard) was taken for the standard.

Results of research. Persons of the both gender in the age elder 40 are exposed to colon cancer. SP of colon cancer morbidity in the urban population has made $11,3 \pm 1,1$, cancer of rectum - $8,5 \pm 0,9/_{0000}$. In the agricultural population accordingly - $8,0 \pm 0,9$ and $5,8 \pm 0,7$. To 2010 colon cancer will make predicted levels of morbidity in the indigenous population 9,1, in the non-indigenous population - $15,5/_{0000}$, cancer of rectum - 9,3 and $14,3/_{0000}$ accordingly.

ЖАРНИКОВА Татьяна Николаевна – хирург-онколог ЯРОД, м.н.с., ЯНЦ СО РАМН;
ИВАНОВ Петр Михайлович – д.м.н., проф. ЯГУ, зав. лаб. ЯНЦ СО РАМН; **ИГНАТЬЕВ Виктор Георгиевич** – д.м.н., проф., зав. кафедрой МИ ЯГУ; **ДЯГИЛЕВА Татьяна Семеновна** – к.м.н., доцент МИ ЯГУ.

The conclusion. Colorectal cancer in structure of oncological morbidity of the population in conditions of the Far North has high parameters with the tendency to the further growth and keeps age, ethnic and territorial conditionality. The given pathology more often inherent in the persons of not indigenous nationality living in cities and, mainly, in the age category elder 50 years.

Keywords: neoplasms, colorectal cancer, dynamics, prognosis.

Введение

Ежегодно в мире регистрируют около 800 тыс. больных раком ободочной и прямой кишок и 440 тыс. смертей от него. В 2005 г. в России выявили более 73,2 тыс. новых случаев злокачественных опухолей колоректальной локализации. Их доля достигла у мужчин 15,3%, у женщин – 15,8%. Соотношение мужчин и женщин составило 1:1,3. Абсолютное большинство заболевших приходится на возрастную группу старше 60 лет – 73,6%, а максимальный уровень заболеваемости данной патологией отмечается в возрастной группе старше 75 лет [2].

В РС (Я) в общей структуре онкологической заболеваемости на долю колоректального рака (КРР) приходится 7,8% у мужчин и 9,1% – у женщин, а среди прочих локализаций злокачественных опухолей органов пищеварения по частоте (21,6%) уступает лишь раку желудка (30,5%). За 1991-2000гг. стандартизованные показатели (СП) заболеваемости КРР выросли у мужчин с 13,1 до 22,4, а у женщин с 15,6 до 17,3 на 100000 населения. Отмечен рост числа мужчин, умерших от КРР, в 2,2, женщин – в 1,1 раза. Между тем в республике удельный вес больных с I-III стадией рака прямой кишки достигает 69,4, а рака ободочной кишки – 54,3%, что, безусловно, предопределяет высокие показатели летальности на первом году жизни с момента установления диагноза (55,0%) [1].

Материалы и методы

Для характеристики популяционных и территориальных особенностей заболеваемости населения Республики Саха колоректальным раком (КРР) был выбран временной интервал за 1990–2005 гг. За указанный период времени на территории республики всего зарегистрировано 27,3 тыс. случаев заболевания злокачественными новообразованиями. Из них: в 2098 (7,7%) случаях был выявлен рак коло-

ректальной локализации, в том числе у 1 202 (57,3%) больных – ободочной и у 896 (42,7%) – прямой кишки. Соотношение мужчин и женщин составило 1,0:1,2.

Результаты и их обсуждения

Абсолютное число заболевших КРР за три пятилетних срока выросло на 35,5% (с 1991-1995 гг. по 2001-2005 гг.). Между тем в динамике в структуре онкологической заболеваемости у обеих популяций значительных изменений не произошло, несмотря на то, что за это время по республике существенно увеличилось число заболевших как мужчин, так и женщин с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования. В общей структуре онкологической заболеваемости ведущее положение традиционно занимают злокачественные опухоли органов пищеварения при значительном снижении их доли: у мужчин с 44,1% в первом периоде (1991-1995 гг.) до 35,9% – в третьем (2001-2005 гг.). На втором месте остаются заболевания органов дыхания (у мужчин в первом периоде – 28,8 и в третьем – 25,5%, а у женщин – 13,7 и 10,1%). Заболевания мочевых органов и гемобластозы стабильно занимают третью и четвертую ранговые позиции (в первом периоде 5,3±1,4 и 5,0±1,4% и в третьем – 6,4±1,4 и 5,4±1,4% соответственно) (табл. 1).

Наиболее чаще раку ободочной кишки были подвержены лица в возрастной группе старше 40 лет, причем как мужчины, так и женщины (484 и 648 чел. – 93,3 и 94,9% соответственно). Из числа заболевших 1/3 составляли люди в молодом, трудоспособном возрасте – 151 (29,1%) мужчина и 183 (26,8%) женщины. Основную группу заболевших раком прямой кишки формируют лица старше 40 лет (93,4% среди мужчин и 93,0% среди женщин). В данной группе больных высока доля лиц трудоспособного возраста, которая составила соответственно 29,3 и 29,8%. Как представлено в табл.2, ежегодные по возрасту показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями ободочной и прямой кишок населения РС (Я) за 1991-2005 гг. в зависимости от пола и возраста больных колеблются в довольно широких пределах.

Согласно полученным данным, в РС (Я) мужчины заболевают КРР в сравнительно молодом возрасте, чем женщины (табл. 3). Отмечено, что в целом по России средний возраст заболевших КРР у обеих популяций относительно старше, чем в Республике Саха. В начале анализируемого периода (1995г.) средний возраст мужчин, заболевших раком ободочной кишки, составил 57,6 (здесь и далее, в РФ – 64,4) лет, а раком прямой кишки –

Таблица 1

Динамика структуры заболеваемости злокачественными новообразованиями населения РС (Я) за 1991-2005 гг.

Локализация (МКБ-X)	Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования (М±m%)			
	1991-1995		2001-2005	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
ЗН – всего (C00–97)	4570(100,0)	4209(100,0)	4773(100,0)	4742(100,0)
В том числе:				
Органы пищеварения (C15-25)	2014(44,1±0,7)	1407(33,4±0,7)	1712(35,9±0,7)*	1378(29,1±0,7)*
Органы дыхания (C30–34)	1314(28,8±0,7)	578(13,7±0,5)	1217(25,5±0,6)*	502(10,1±0,4)*
Молочная железа (C50)	-	627(14,9±0,5)	-	842(17,8±0,6)*
Половые органы (C53–58)	-	667(15,9±0,6)	-	799(16,9±0,5)
Мочевые органы (C64,67)	243(5,3±0,3)	125(3,0±0,3)	305(6,4±0,4)*	192(4,1±0,3)*
Гемобластозы (C81–96)	229(5,0±0,3)	190(4,5±0,3)	257(5,4±0,3)	224(4,7±0,3)

* Различие статистически значимо по сравнению с 1991-1995 гг.

Показатель заболеваемости населения РС (Я) злокачественными новообразованиями ободочной и прямой кишки за 1991-2005гг.

Таблица 2

Локализация	Пол	На 100000 населения соответствующего возраста											Стандарт мировой
		0- 29	30 - 34	35 – 39	40 – 44	45 – 49	50 – 54	55 - 59	60 – 64	65 – 69	70-	всего	
Ободочная кишка	Оба пола	0,2	1,9	2,4	4,7	7,9	18,9	29,2	33,7	58,8	83,2	7,9	9,7
	Мужчины	0,2	2,1	2,3	4,5	7,2	15,7	30,3	34,2	67,8	96,5	6,9	10,3
	Женщины	0,2	1,7	2,4	4,9	8,6	22,0	28,2	33,4	52,9	77,2	9,0	9,4
Прямая кишка	Оба пола	0,2	1,6	1,9	3,5	6,0	15,8	19,6	28,5	46,0	55,0	5,9	7,2
	Мужчины	0,1	1,1	2,2	2,0	5,8	17,6	22,9	31,0	59,9	75,6	5,7	8,6
	Женщины	0,3	2,2	1,6	4,9	6,3	14,0	16,6	26,4	37,0	45,8	6,2	6,4

Таблица 3

Динамика заболеваемости мужского и женского населения РС (Я) раком ободочной и прямой кишки за 1990-2005гг. и ее прогноз на 2010 гг. (мировой стандарт)

Год	Мужское население		Женское население	
	Рак ободочной кишки	Рак прямой кишки	Рак ободочной кишки	Рак прямой кишки
	ДИСП*	ДИСП	ДИСП	ДИСП
1990	11,0-14,0	9,3-12,1	7,3-9,7**	6,8-9,2**
1995	5,8-8,2	6,4-8,8	7,0-9,6	4,6-6,6
1996	11,0-14,2	7,9-10,5	8,1-10,7**	5,4-7,6**
1997	8,6-11,4	5,7-8,1	8,2-11,0	3,5-5,3**
1998	7,1-9,7	5,4-7,6	8,4-11,2	3,0-4,8**
1999	7,7-10,5	6,8-9,4	6,2-8,6	3,7-5,7**
2000	12,7-16,1	7,2-9,8	6,8-9,4**	9,0-10,7
2001	8,9-11,9	6,0-8,4	8,3-11,1	9,0-12,0**
2002	10,1-13,1	7,8-10,6	8,1-10,9	5,9-8,3
2003	9,6-12,63	8,4-11,4	8,3-11,1	9,0-12,0
2004	5,9-8,3	4,3-6,5	8,7-11,7**	4,9-7,1
2005	11,1-14,5	11,8-15,2	9,6-12,6	7,7-10,5**
Темп прироста (убыли) между 1990 и 2005гг., %	2,4	30,6	26,2	13,8
Среднегодовой темп прироста (убыли) за 15 лет, %	0,2	1,8	1,5	0,8
Прогноз на 2010г.	13,3	11,4	26,2	10,0

*Динамический интервал стандартизованного показателя (в табл.3-5).

**Разность статистически значима по сравнению с мужским населением.

Таблица 4

Динамика заболеваемости городского и сельского населения РС (Я) раком ободочной и прямой кишки за 1990-2005гг. и ее прогноз на 2010 гг. (мировой стандарт)

Год	Городское население		Сельское население	
	Рак ободочной кишки	Рак прямой кишки	Рак ободочной кишки	Рак прямой кишки
	ДИ СП*	ДИ СП	ДИ СП	ДИ СП
1990	9,3-11,7	10,1-12,5	8,5-11,9	5,0-7,6**
1995	7,7-9,9	6,4-8,6	5,2-7,8	3,3-5,5**
1996	9,9-12,5	6,3-8,5	8,9-12,3	6,3-9,1
1997	10,2-12,8	5,1-7,1	6,2-9,0**	2,4-4,4**
1998	7,5-9,7	3,7-5,3	6,7-9,7	2,9-4,9
1999	7,9-10,3	5,7-7,7	5,5-8,3	4,2-6,6
2000	10,9-13,7	10,2-13,0	4,9-7,5**	4,3-6,7**
2001	8,8-11,4	6,5-8,7	6,9-10,1	4,4-7,0
2002	10,6-13,4	7,6-10,0	6,0-9,0**	4,7-7,3**
2003	12,3-15,3	10,5-13,3	4,1-6,7**	6,0-9,0**
2004	10,5-13,3	6,1-8,3	6,1-9,1**	4,1-6,5
2005	12,5-15,5	12,3-15,3	7,4-10,6**	5,4-8,2**
Темп прироста (убыли) между 1990 и 2005 гг., %	33,3	22,1	-11,8	8,0
Среднегодовой темп прироста (убыли за 15 лет), %	1,8	1,3	-0,8	0,5
Прогноз на 2010 г.	15,2	13,7	7,1	7,3

**Разность статистически значима по сравнению с городским населением.

58,6 (64,3) лет, в 2005 г. соответственно 61,2 (64,4) и 61,7 (66,6) лет. В 1990 и 2005 гг. средний возраст женщин, заболевших раком ободочной кишки, составил соответственно 62,9 (64,4) и 63,1 (68,0) лет, а раком прямой кишки – 58,9 (66,1) и 63,3 (67,2) лет. Следовательно, средний возраст мужчин и женщин, заболевших КРР, независимо от нозологической формы опухоли стал старше почти на 5 лет.

При анализе заболеваемости КРР мужского населения в РС (Я) за 1990 и 2005 гг. отмечается прирост стандартизованных показателей. При раке ободочной кишки темп прироста заболеваемости составил 2,4% (табл.3). Следует отметить существенные различия между данными показателями при раке прямой кишки, где также отмечается значительное увеличение темпов прироста – 30,6%. По РФ в

целом СП заболеваемости мужского населения 30 ободочной кишки увеличился по сравнению с первоначальными показателями на 35,1% и составил в 2005 г. 14,50/0000. Ежегодный темп прироста при этом составил 1,9% (в 1990г.– 10,30/0000). Аналогичная ситуация в динамике заболеваемости КРР характерна и для женского населения.

У городского населения стандартизованный показатель заболеваемости раком ободочной кишки в целом за исследуемый период составил $11,3 \pm 1,1^{1/0000}$, раком прямой кишки – $8,5 \pm 0,9$, у сельского населения соответственно $8,0 \pm 0,9$ и $5,8 \pm 0,7^{1/0000}$ (табл.4).

В динамике отмечен рост показателей заболеваемости у городского населения как раком ободочной кишки, так и раком прямой кишки (среднегодовой темп прироста – 1,8 и 1,3% соответственно). При этом у сельского населения имеется тенденция к снижению показателей заболеваемости раком ободочной кишки (среднегодовой темп убыли составляет 0,8%) и незначительный рост показателей рака прямой кишки – 0,5%.

По прогнозу, в 2010 г. соотношение показателей заболеваемости раком ободочной кишки в городской и сельской местности составит 2,1:1 (15,2 и $7,1^{1/0000}$ соответственно). По сравнению с 1990 г. отмечается некоторый рост у городского и снижение у сельского населения – в 1,4 раза. Данное соотношение показателей заболеваемости раком прямой кишки составит – 1,9:1 (13,7 и $7,3^{1/0000}$ соответственно), с повышением их как у городского, так и у сельского населения в 1,2 раза.

У сельского населения стандартизованный показатель заболеваемости в целом за исследуемый период составил $11,1 \pm 1,0$, у коренного – $8,3 \pm 0,9^{1/0000}$ при раке ободочной кишки и $5,8 \pm 0,8^{1/0000}$ – при раке прямой кишки.

На протяжении изучаемого периода в РС (Я) заболеваемость КРР сельского населения существенно превышала таковую у коренного контингента, как при раке ободочной, так и при раке прямой кишки. В среднем за изученный период коренные жители болели раком ободочной кишки реже сельского населения в 2 раза, а раком прямой кишки – в 1,6 раза (табл. 5).

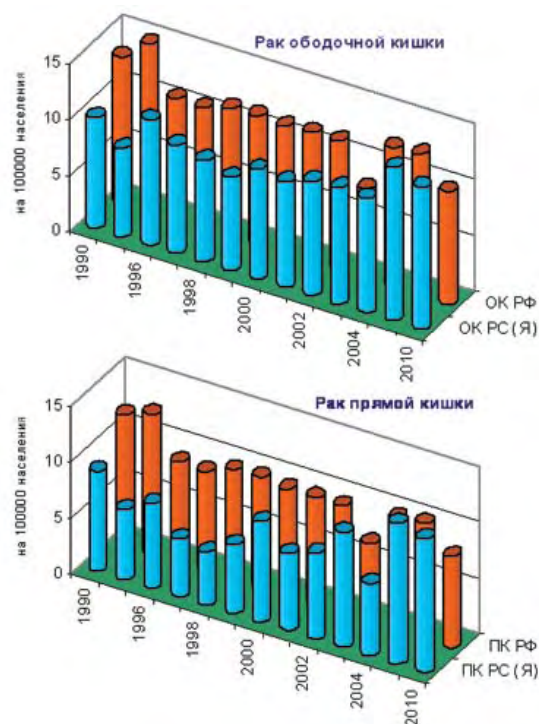
Динамика заболеваемости коренного населения раком ободочной кишки характеризуется относительной стабилизацией (с $9,1^{1/0000}$ в 1990 г. до $9,0$ – в 2005 г.). При раке прямой киш-

Таблица 5

Динамика заболеваемости приезжего и коренного населения РС (Я) раком ободочной и прямой кишки за 1990-2005 гг. и ее прогноз на 2010 г. (мировой стандарт)

Год	Приезжее население		Коренное население	
	Рак ободочной кишки	Рак прямой кишки	Рак ободочной кишки	Рак прямой кишки
	ДИСП*	ДИСП	ДИСП	ДИСП
1990	9,1-11,5	10,3-12,9	7,6-10,6	4,4-6,8**
1995	7,5-9,9	6,1-8,3	6,3-8,9	3,5-5,5**
1996	14,6-17,8	8,8-11,4	5,1-7,5**	5,1-7,5**
1997	9,8-12,6	5,3-7,3	7,3-10,1	3,2-5,2**
1998	7,9-10,5	5,0-7,0	7,4-10,2	2,7-4,5**
1999	8,6-11,2	5,9-8,1	4,7-6,9**	3,9-6,1
2000	9,1-11,9	8,9-11,7	7,0-9,8	6,1-8,7**
2001	8,3-11,1	6,9-9,5	7,2-10,0	4,2-6,4**
2002	10,2-13,2	7,3-9,9	7,6-10,4	5,0-7,4
2003	11,4-14,6	11,4-14,8	6,1-8,5**	5,3-7,7**
2004	10,6-13,8	5,8-8,2	6,8-9,4**	4,7-6,9
2005	16,0-20,0	14,1-17,7	7,6-10,4**	8,6-11,4**
Темп прироста (убыли) между 1990 и 2005 гг., %	74,5	37,1	-1,1	78,6
Среднегодовой темп прироста (убыли) за 15 лет, %	3,8	2,1	-0,1	3,9
Прогноз на 2010 г.	15,5	14,3	9,1	9,3

**Разность статистически значима по сравнению приезжим населением.



Динамика заболеваемости раком ободочной и прямой кишки населения РС (Я) и РФ за 1990-2005 гг. и ее прогноз на 2010 г.

ки, напротив, выявлена тенденция к повышению СП с 5,6‰₀₀₀₀ в 1990 г. до 10,0 в 2005 г., при среднегодовом темпе 3,9%.

У пришлого населения на протяжении всего периода наблюдается положительная динамика СП заболеваемости как раком ободочной (с 10,3 в 1990 г. до 18,0‰₀₀₀₀ в 2005 г.), так и раком прямой кишки (с 11,6 в 1990 г. до 15,9‰₀₀₀₀ в 2005г.). У данной популяции среднегодовой темп прироста заболеваемости раком ободочной кишки составил 3,8%, а раком прямой кишки – 2,1%.

К 2010 г. прогнозируемые уровни заболеваемости раком ободочной кишки составят у коренных жителей 9,1‰₀₀₀₀, а у пришлого населения – 15,5‰₀₀₀₀, а раком прямой кишки. – 9,3 и 14,3‰₀₀₀₀ соответственно. При этом соотноше-

ние прогнозируемых уровней заболеваемости будет соответствовать 1,0:1,7 и 1,0:1,5.

На рисунке представлена сравнительная характеристика динамики заболеваемости всего населения Республики Саха и РФ за 1990-2005 гг. и их вероятная характеристика к 2010 г.

Согласно анализу, за весь период наблюдения показатели заболеваемости населения в РС (Я) злокачественными новообразованиями прямой и ободочной кишки характеризовались как существенно низкие по отношению к средним российским значениям. Исключение составили последние три года, когда было выявлено их обратное соотношение. Следует отметить, что, по прогнозу, к 2010 г. общие показатели заболеваемости населения РС(Я) КРР, вероятнее всего, будут выше, чем по РФ.

Заключение

Колоректальный рак в структуре онкологической заболеваемости населения в условиях Крайнего Севера имеет высокое значение с тенденцией к дальнейшему росту и сохраняет возрастную, этническую и территориальную обусловленность. Данная локализация наиболее чаще встречается у лиц некоренной национальности, проживающих в городах и преимущественно старше 50 лет.

Литература

1. **Иванов П.М.** Злокачественные новообразования в Республике Саха-Якутия / П.М. Иванов, Ф.Г. Иванова, Г.П. Упхолов. – Якутск, 2000. - С.170.
2. **Чиссов В.И.** Злокачественные новообразования в России в 2005 г. / В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М., 2007, - 208 с.

А.В. Максимов

СКРОТОСКОПИЯ – НОВЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ОТЕЧНОЙ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ

Цель исследования. Разработка и внедрение в практику нового малоинвазивного метода диагностики и оперативного лечения при острых заболеваниях органов мошонки у детей.

Материалы и методы. В основу исследования положен опыт диагностики, лечения и изучения исходов у 16 больных в возрасте от 4 до 15 лет с диагнозом: синдром отечной мошонки.

Выводы. Предлагаемая методика скротоскопии позволяет выполнить все необходимые диагностические и лечебные манипуляции для ликвидации заболевания с минимальной травматизацией, что улучшит качество проводимого лечения.

Ключевые слова: синдром отечной мошонки, гидатида Морганьи, эндоскопия, скротоскопия.

The purpose of research. Development and introduction in practice of new smallinvasive method of diagnostics and operative treatment at sharp diseases of scrotum in children.

Materials and methods. Experience of diagnostics, treatment and studying of outcomes is put into basis of research in 16 patients in the age of from 4 till 15 years with the diagnosis: a syndrome of hydropic scrotum.

Conclusions. The offered technique of scrotoscopy allows to execute all necessary diagnostic and medical manipulations for liquidation of disease with minimal traumatisation, that will improve quality of treatment.

Keywords: a syndrome of hydropic scrotum, Morgagni hydatid, endoscopy, scrotoscopy.

В последнее время детскими хирургами уделяется пристальное внимание острым заболеваниям органов мошонки у детей. Это связано с тем, что трудность дифференциальной диагностики данных патологических состояний, ограниченность во времени, невозможность своевременной консультации детского уролога зачастую приводят к выбору неправильной тактики лечения больных, что приводит к тяжелым, а порой и к непоправимым осложнениям. [1,4,7].

Данные жалоб, анамнеза, общего и локального осмотра, выполненные инструментальные исследования (УЗИ мошонки, диафаноскопия) не всегда могут позволить точно установить диагноз при синдроме отечной мошонки: перекрут гидатиды или перекрут самого яичка, неспецифический орхит или орхитидидимит [3,5]. С диагностической и лечебной целью приходится проводить скрототомию и ревизию органов мошонки, что не всегда оправдано при катаральных орхитах и орхитидидимитах.

Предлагаемый нами метод эндоскопического исследования органов мошонки – скротоскопия позволяет с минимальной травматизацией получить наиболее информативную и достоверную визуальную картину патологического процесса. Дополнив скротоскопическое исследование эндоскопическими манипуляциями, можно выполнить оперативное лечение при некоторых патологических состояниях.

МАКСИМОВ Александр Васильевич – детский хирург-уролог ПЦ РБ №1-НЦМ.

Материалы и методы

За период с сентября 2006 по февраль 2008 г. нами проведено 16 скротоскопий пациентам в возрасте от 4 до 15 лет с синдромом отечной мошонки.

Описание метода: под масочным или внутривенным наркозом в положении больного на спине производится небольшой (3-5 мм) линейный разрез кожи мошонки и оболочек по передней поверхности до появления экссудативной жидкости. В образовавшееся отверстие в полость мошонки погружают цистоскоп Karl Storz 10 Ch (в диаметре 3,5 мм), подключенный к системе инсуффляции углекислого газа (система видеолароскопического оборудования). На оболочки мошонки вокруг цистоскопа накладывается кисетный шов (Safil 4/0) для создания герметичности. Включается подача углекислого газа до 12 мм рт.ст. Создавшееся при этом пространство в полости мошонки позволяет посредством оптической системы цистоскопа провести визуальный осмотр органов мошонки (яичко, придаток, подвески яичка и придатка), установить точный диагноз и провести необходимые лечебные манипуляции. При наличии перекрученной гидатиды Морганьи – рудиментарного остатка парамезонефрального протока, посредством крючка-электрода для электрокоагуляции и щипцов, установленных через рабочий канал цистоскопа, выполняется гидатидэктомия. Далее – через мочеточниковый катетер диаметром 1 мм производится туалет антисептическими растворами, введение антибиотиков в полость мошонки и удаление цистоскопа с ушиванием раны

наглухо или с оставлением дренажной системы при катаральных воспалениях яичка и придатка. При обнаружении перекрута яичка, гнойно-деструктивного орхитидидимита выполняется скрототомия с последующей ревизией и оценкой жизнеспособности органов мошонки. Данная методика заявлена на получение патента РФ, регистрационный номер 2007108474.

Результаты и обсуждение

Из 16 проведенных нами скротоскопий первые две операции носили исключительно пробный характер: определялась техническая возможность выполнения скротоскопии, были установлены параметры работы системы видеолароскопического оборудования (освещенность, необходимое давление инсуффляции газа), проверялась осуществимость манипуляций в полости мошонки инструментами (щипцами, электродами), были определены точки установки эндоскопа.

В процессе скротоскопии у обоих больных диагностированы перекрут и некроз гидатиды яичка, что и явилось причиной возникновения заболевания. Выполненная открытая ревизия органов мошонки подтвердила диагностическую находку: в обоих случаях кроме перекрута гидатиды Морганьи (рис.1) патологических процессов в полости мошонки не обнаружено, что доказало достоверность проведенной эндодиагностики. Последующая открытая скрототомия произведена этим больным с лечебной целью – удаление гидатиды. Убедившись в технической возможности выполнения скротоскопических манипуляций, в дальнейшем при обнаружении перекрученной ги-

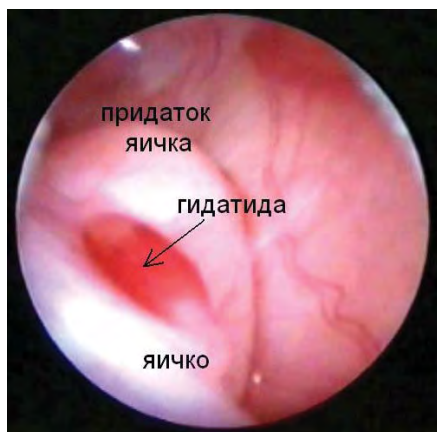


Рис.1. Перекрут гидатиды Морганьи левого яичка

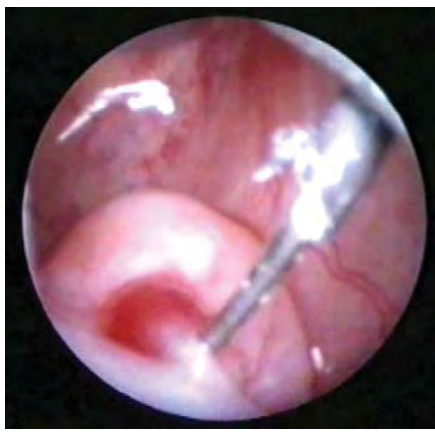


Рис.2. Гидатидэктомия электродом-крючком



Рис.3. Удаление гидатиды эндощипцами

диды Морганьи мы пользовались эндохиргическим инструментарием: электродом-крючком для коагуляции и эндощипцами. Для более полной ревизии яичка и его придатка выполнялось пальпаторное пособие: оператор свободной рукой через мошонку разворачивает яичко в наиболее выгодное для осмотра положение. При необходимости в гидатидэктомии электрод-крючок вводился в полость мошонки через рабочий канал цистоскопа или через инъекционную иглу с просветом 1,2 мм, введенную в полость мошонки в бессосудистой зоне под эндовидеоконтролем (рис.2). Последний способ более предпочтителен, так как появляется большая свобода в манипуляциях электродом.

После введения крючка инъекционная игла удалялась из полости мошонки для избежания травматизации. Электрокоагуляцией в режиме резки перекрученная ножка гидатиды пересекалась. Санация полости раствором антисептика (водный р-р хлоргексидина 0,02% 3-5 мл) производилась мочеточниковым катетером, введенным в полость мошонки через рабочий канал цистоскопа.

Удаление гидатиды Морганьи посредством эндощипцов, введенных через рабочий канал, не представляло технических трудностей: отсеченный орган захватывался щипцами и цистоскоп извлекался вместе с материалом из полости мошонки (рис 3). Операции завершались введением в полость мошонки 1,0 мл р-ра диксина (антибиотик широкого спектра для применения в серозных полостях) и

последующим ушиванием раны наглухо. Интраоперационных осложнений не было, видимых кровотечений из зоны оперативного интереса не отмечалось. Самопроизвольные выпадения цистоскопа из полости мошонки, удлинявшие время операции, устранены путем плотного насаживания на дистальный отдел цистоскопа резинового кольца соответствующего диаметра. Продолжительность операции составляла в среднем 20 мин. В послеоперационном периоде на 1-е сутки имелся незначительный локальный отек оболочек яичка в месте операционной травмы, там же слабая болезненность при контрольной пальпации. Эти явления регрессировали со вторых суток и к концу недели исчезали. Послеоперационное консервативное лечение включало антибиотик – цефазолин парентерально в возрастной дозировке, физиолечение – УВЧ на область мошонки 2-3 сеанса и местное лечение – суспензорий с мазью Вишневского – и ничем от принятой тактики послеоперационного лечения таких больных не отличалось. Дальнейшее динамическое наблюдение за больными показало отсутствие болевого и отека синдромов. Больные выписывались на 5-е – 7-е сутки с выздоровлением.

Выводы

Предлагаемая методика диагностической и лечебной скротоскопии позволит выполнить все необходимые лечебные манипуляции для ликвидации заболевания, что несомненно улучшит качество проводимого лечения. С точки зрения операционной травмы скро-

томия аналогична лапаротомии, а скротоскопия есть подобие лапароскопии со всеми вытекающими отсюда преимуществами. В полости мошонки после перенесенной открытой ревизии образуется спаечный процесс той или иной степени выраженности с вовлечением в него органов мошонки. Спаечный процесс на уровне извитых канальцев придатка грозит обернуться в последующем для больного непроходимостью и бесплодием. Эндоскопический метод оперативного лечения и диагностики острых заболеваний органов мошонки у детей позволит избежать такого рода осложнений.

Литература

1. **Абоев З.А.** Острые заболевания органов мошонки. Клиника, диагностика и лечение: автореф. дис... канд. мед. наук / З.А. Абоев. - М., 2001.
2. **Арбулиев М.Г.** Выбор метода лечения больных с острыми воспалительными заболеваниями придатка и яичка / М.Г. Арбулиев, А.Р. Гасанов // Южно-Российский медицинский журнал. – 2001. – № 3–4.
3. **Баиров Г.А.** Неотложная урология детского возраста. / Г.А. Баиров, И.Б.Осипов. - СПб.: Питер, 2000.
4. **Бучуменский В. Б.** Перекрут гидатиды Морганьи / В. Б. Бучуменский // Урология и нефрология. 1990. – №1. – С. 64-65.
5. **Игнашин Н.С.** Ультразвуковая диагностика заболеваний органов мошонки / Н.С. Игнашин // Ультрасонография в диагностике и лечении урологических заболеваний. – М.: Видар, 1997.
6. **Момотов А. Г.** Синдром отека мошонки у детей / А. Г. Момотов // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 1994. – №7-12. – С. 80-83.
7. **Острые заболевания органов мошонки у детей / Я.Б. Юдин [и др.].** -М.: Медицина, 1987. – С. 144.

Г.И. Алексеева, М.В. Черных, Н.Г. Павлов

СПОСОБ ПРЯМОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА К ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫМ ПРЕПАРАТАМ

Приводятся результаты определения лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза модифицированным прямым способом у 70 больных с впервые установленным с помощью метода микроскопии обильным и умеренным бактериовыделением. Дана оценка предложенному способу и непрямому методу абсолютных концентраций. Установлено 100%-ное совпадение результатов при тестировании чувствительных штаммов. Совпадение результатов устойчивости сравниваемыми методами определено к стрептомицину – 89,3% случаев, к изониазиду – 88,9, рифампицину – 90,5, канамицину – 81,8% случаев. Также отмечена высокая частота (94,4%) совпадений результатов выявления штаммов с множественной лекарственной устойчивостью, сокращение сроков определения лекарственной чувствительности до 25 дней. Предлагаемый способ дешев и доступен любой практической лаборатории. На предложенный способ получен патент Российской Федерации на изобретение №2244927 от 2 марта 2003 г.

We report the results of modified direct method of M.tuberculosis drug susceptibility testing in 70 patients with newly identified moderate to heavy bacterioexcretion using a microscopic technique. Test techniques under assessment were the described direct method and indirect absolute concentration method. Agreement in 100% of cases was found in test results of susceptible strains. In resistant strains, agreement between compared test techniques was 89.3%, 88.9%, 90.5%, and 81.8% for strains resistant to streptomycin, isoniazid, rifampycin and kanamycin, respectfully. Furthermore, high agreement rate of test results (94.1%) was observed in multidrug-resistant strains, while the time of drug susceptibility assessment reduced to 22-24 days. The described method is low-cost and is available for all kinds of laboratories. The method received a patent of Russian Federation (no. 2244927).

Исследования последних лет показывают, что основной проблемой фтизиатрии является распространение штаммов микобактерий туберкулеза (МБТ), устойчивых к противотуберкулезным препаратам (ПТП). Туберкулез, вызванный лекарственно-резистентными МБТ, трудно поддается лечению, возникает необходимость ранней, своевременной коррекции схем химиотерапии. Для этого врачу необходима более ранняя информация о чувствительности МБТ данного больного к ПТП.

Для определения лекарственной чувствительности (ЛЧ) микобактерий туберкулеза в практических лабораториях широко используют не прямой метод абсолютных концентраций на плотной среде Левенштейна-Йенсена, в которую перед свертыванием добавляют различные концентрации препаратов. При его выполнении используются штаммы микобактерий, предварительно выделенные из диагностического материала больного. Поскольку сроки выделения возбудителя на питательных средах составляют не менее 1-1,5 месяцев, результаты определения лекарственной чувствительности указанным методом можно получить не ранее, чем через 2-2,5

месяца. В этом заключается основной недостаток непрямого метода.

Методы определения ЛЧ МБТ с применением современных технологий ограничены высокой стоимостью и используются далеко не во всех практических лабораториях.

В то же время в арсенале фтизиобактериологов имеется метод прямого определения чувствительности микобактерий к ПТП. Этот метод предполагает наличие микобактерий в исследуемом материале, подтвержденное методом прямой бактериоскопии, до 1000 микробных тел в 1 мл диагностического образца, т.е. должно быть достаточное массивное бактериовыделение [1].

Практикуется прямое определение ЛЧ МБТ на плотных средах с содержанием ПТП, результаты при использовании которого можно получить через 3 недели. Но при этом не всегда удается получить генерацию микобактерий и, по литературным данным, совпадение результатов между прямым и непрямым методом составляет 73,0% [1]. Прямое определение лекарственной чувствительности микобактерий также можно проводить, используя жидкие питательные среды, с дополнительным приготовлением мазков, их окраской и дальнейшим микроскопированием. В этом случае результаты получают в более короткие сроки – через 3-4 недели по сравнению с непрямым методом. Но этот метод определения лекарственной чувстви-

тельности МБТ в жидких средах более трудоемок и небезопасен.

Исходя из вышеизложенного, поиск достаточно быстрого и гарантированного определения лекарственной чувствительности МБТ к ПТП в условиях практических бактериологических лабораторий сохраняет свою актуальность и имеет предпосылки для усовершенствования.

Материалы и методы

Наряду с испытуемым способом использовались общепринятые методы: метод прямого определения лекарственной чувствительности МБТ и метод абсолютных концентраций с использованием плотной лекарственной среды Левенштейна – Йенсена с критическими концентрациями противотуберкулезных препаратов: стрептомицина, изониазида, рифампицина, канамицина. Предложенный способ апробирован на диагностическом материале 94 больных с обильным и умеренным бактериовыделением, установленным люминесцентной микроскопией.

Результаты и обсуждение

Нами предложен модифицированный прямой способ определения ЛЧ МБТ к ПТП бактериоскопически положительного материала – мокроты у больных туберкулезом органов дыхания с впервые выявленным обильным и умеренным бактериовыделением. Сущность способа заключается в том, что при его выполнении используется комплекс питательных сред: жидкой и

плотной яичной среды. На 1-м этапе используется жидкая среда Школьниковой для подращивания микобактерий в течение 3 суток. На 2-м этапе через 3-е суток надосадочная часть жидкой среды Школьниковой сливается. В оставшийся осадок добавляется свежая среда Школьниковой, после чего осадок перемешивается и засеивается по 0,2 мл на плотные яичные среды с разведениями противотуберкулезных препаратов.

Проведенными экспериментами было доказано, что если произвести пересев осадка диагностического материала без замены жидкой среды на свежую, сроки выхода культур МБТ удлинятся в среднем до 15,5 дней и интенсивность роста на яичной среде – в контроле и при наличии устойчивости к тому или иному препарату – оценивается до 1+ (20 КОЕ). Если среда, в которой производили инкубирование в течение 3 дней, сливается и заменяется на свежую, то отмечается укорочение сроков выхода культур в среднем до 12,5 дней. И что самое важное, интенсивность роста микобактерий в контроле оценивается до 3+ (более 20 КОЕ), что является основным показателем при оценке роста микобактерий на яичной среде при определении лекарственной чувствительности.

Следовательно, обязательным условием выполнения этого способа является замена жидкой среды Школьниковой, в которую проведен первичный посев бактериоскопически положительного диагностического материала, на свежую.

После внесения в питательную среду бактериоскопически положительно-диагностического материала бактерии, как известно, адаптируются к ее условиям и начинают размножаться, при этом среда истощается, т.к. в ней аккумулируются токсические продукты метаболизма. По нашему мнению, данная манипуляция способствует удалению продуктов метаболизма микобактерий, образовавшихся во время лаг-фазы и экспоненциальной фазы размножения микроба. Свежая питательная среда обеспечивает более «комфортные» условия для дальнейшего роста микроорганизма.

Таким образом, 2-этапное использование комплекса питательных сред: на 1-м этапе – жидкой среды Школьниковой и на 2-м этапе – плотной яичной среды Левенштейна-Иенсена для прямого определения лекарственной чувствительности МБТ к ПТП, способствует:

- подращиванию имеющейся попу-

ляции микобактерий в жидкой питательной среде;

- удалению токсических продуктов метаболизма микобактерий, образовавшихся во время лаг-фазы размножения микроба;

- непосредственному определению лекарственной чувствительности микобактерий к противотуберкулезным препаратам: получению положительного результата в 100% случаев и в более короткие сроки.

Проведено 2 серии опытов. В 1-й серии проведено сравнение получения роста МБТ при определении лекарственной чувствительности микобактерий к противотуберкулезным препаратам прямыми методами: известным – с использованием плотных питательных сред с содержанием противотуберкулезных препаратов, и предложенным у 24 больных – с установленным обильным и умеренным люминесцентно-положительным мазком мокроты. При использовании известного прямого метода у 18 пациентов (75%) получен рост микобактерий туберкулеза в контроле и на среде с противотуберкулезными препаратами, у 6 (25%) рост МБТ не зарегистрирован. При использовании предложенного способа рост МБТ получен у всех 24 больных, т.е. в 100% случаев.

Во 2-й серии опытов проведено изучение результатов лекарственной чувствительности МБТ у 70 больных к стрептомицину, изониазиду, рифампицину, канамицину предложенным прямым способом и общепринятым непрямым методом (методом абсолютных концентраций).

При этом отмечено, что из 70 больных у 33 при тестировании предложенным прямым способом выделены чувствительные к противотуберкулезным препаратам микобактерии туберкулеза, что подтверждено определением лекарственной чувствительности у выделенных штаммов МБТ всех 33 больных непрямым методом абсолютных концентраций.

У 37 больных зарегистрирована лекарственная устойчивость к противотуберкулезным препаратам. Совпадение результатов устойчивости МБТ сравниваемыми методами определено к стрептомицину – 89,3% случаев (из 28 у 25), изониазиду – 88,9 (из 27 у 24), рифампицину – 90,5 (из 21 у 19), канамицину – 81,8% случаев (из 11 у 9). При использовании предложенного способа регистрируется высокая частота совпадений результатов выявления штаммов с множественной лекарственной устойчивостью – 94,4%

(из 18 у 17) случаев, что является наиболее актуальным показателем для более ранней диагностики мультирезистентного туберкулеза у конкретного больного.

Сравнительные сроки получения результатов определения лекарственной чувствительности МБТ к ПТП при применении предложенного прямого определения лекарственной чувствительности и непрямого метода составили 25 и 75 дней соответственно. Таким образом, происходит сокращение сроков определения лекарственной чувствительности МБ в 2,2-2,5 раза, что крайне важно для возможной более ранней коррекции химиотерапии у данной категории больных и проведения адекватного лечения с учетом выявленной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза, в т.ч. множественной.

Заключение

Таким образом, в практических лабораториях возможно прямое, гарантированное определение ЛЧ микобактерий у больных, имеющих положительный результат микроскопии в течение 25 дней.

Показанием к применению предложенного способа является обильное или умеренное впервые диагностированное бактериовыделение в мокроте больных туберкулезом органов дыхания, установленное методом люминесцентной или световой микроскопии. Противопоказаний к применению нет.

Предлагаемый нами прямой способ определения лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза не сложен в выполнении, не требует дополнительных средств, сокращает время проведения анализа, доступен для любой бактериологической лаборатории и не исключает использование общепринятого метода абсолютных концентраций определения лекарственной чувствительности МБТ к ПТП (приказ Минздрава РФ № 109, 2003 г.).

На предложенный способ определения лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза получен патент Российской Федерации на изобретение №2244927 от 22 марта 2003 г.

Литература

1. Соловьева Н.С. // Новые технологии в диагностике и лечении туберкулеза различных органов и систем: науч. тр. и материалы Всерос. конф. XV.- СПб., 1998. - Т.1.- С. 35-37.
2. Яценко Т.Н. Руководство по лабораторным исследованиям при туберкулезе / Т.Н. Яценко, И.С. Мечева. - М.: Медицина, 1973. - 259 с.

Л.А. Николаева, В.Г. Часнык, Т.Е. Бурцева

ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

Цель исследования. Изучение особенностей артериального давления у детей разных этнических групп РС (Я).

Материалы и методы. Проведено обследование 757 практически здоровых детей мигрантов и детей коренных национальностей Республики Саха (Якутия): антропометрия, измерения артериального давления, сбор анамнеза и определение порога вкусовой чувствительности к поваренной соли у детей различных этнических групп в разных районах проживания (тундра, река, город), оценка связи выбранных характеристик с этнической принадлежностью и с районом проживания, оценка связи порога чувствительности к поваренной соли с элементами структуры ритма сердца

Результаты. Проведенная нами сравнительная оценка показателей артериального давления детей коренных малочисленных народов Севера (эвены, эвенки, чукчи, юкагиры, долганы), саха и мигрантов (русские, украинцы, татары) констатирует факт наличия достоверных различий значений систолического и диастолического артериального давления у детей коренных национальностей в большинстве возрастных групп и отсутствие таких различий у детей мигрантов, длительно живущих в Якутии. Описаны различия порога вкусовой чувствительности к поваренной соли у детей разных этнических групп Республики Саха (Якутия), которые ранее никем не исследованы.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, порог вкусовой чувствительности к поваренной соли, этнические группы, районы проживания (тундра, река, город), дети.

The purpose of research. Studying of features of arterial pressure in children of different ethnic groups of Republic Sakha (Yakutia).

Materials and methods. Practically healthy 757 children of migrants and children of indigenous nationalities of republic were investigated. By results of inspection anthropometry, measurements of arterial pressure, gathering of the anamnesis and definition of a threshold of flavouring sensitivity to table salt in children of various ethnic groups in different areas of residing (tundra, the river, city), an estimation of connection of the chosen characteristics with an ethnic belonging and with area of residing, an estimation of connection of a threshold of sensitivity to table salt with elements of structure of heart rhythm were lead.

Results. The comparative estimation of parameters of arterial pressure lead by us in children of indigenous nationalities (Evens, Evenks, Chukchi, Yukaghirs, Dolgans) and children of migrants (Sakha and Russian) ascertains the fact of presence of authentic distinctions of values of systolic and diastolic arterial pressure in children of indigenous nationalities in the majority of age groups and absence of such distinctions in children of migrants, long living in Republic Sakha (Yakutia). Distinctions of a threshold of flavouring sensitivity to table salt in children of different ethnic groups of Republic Sakha (Yakutia), which were investigated by nobody earlier, were described.

Keywords: arterial hypertension, a threshold of flavouring sensitivity to table salt, ethnic groups, areas of residing (tundra, the river, city), children.

Введение

Распространенность артериальной гипертензии (АГ) у взрослых в среднем по Республике Саха (Якутия) составляет $30,3 \pm 0,8\%$ [1]. Среди коренного населения Якутии частота АГ несколько меньше, чем у некоренного (22,9 и 31,7% соответственно). Отмечено, что подобная тенденция прослеживается во всех возрастных группах [1]. Региональные особенности эпидемиологии АГ у детей в Якутии состоят в том, что самый высокий процент заболевания выявлен в центральной части республики (3,3%), максимальный – в Якутске (5,4%), наименьшая распространенность болезни отмечена в северных улусах (2,1%) [2].

По последним работам генетиков, подтверждена генетическая гетерогенность коренных малочисленных народов, населяющих северные территории [3,4]. Наша рабочая гипотеза

об этнической и региональной гетерогенности артериального давления становится весьма актуальной.

Материалы и методы.

В качестве модельных исследованы детские популяции в местах компактного проживания коренных народов Республики Саха (Якутия): п. Андрюшкино Нижнеколымского района, п. Тополиное Томпонского района, п. Урун-Хайа Анабарского района, п. Казачье Усть-Янского района, п. Жиганск Жиганского района. Для проведения исследования использованы: формализованный сбор анамнеза, выяснение родословной для уточнения этнической принадлежности и распределение обследованных детей по этнической принадлежности, формализованный осмотр, измерение артериального давления (АД), определение порогов вкусовой чувствительности ребенка и матери ребенка к поваренной соли. В группу детей коренных национальностей вошли эвены, эвенки, чукчи, юкагиры, долганы. В группу детей мигрантов вошли русские, украинцы, татары, основным местом жительства которых

являются поселки, длительность непрерывного проживания в которых составила не менее 4-5 лет. Отдельно взята группа детей саха. Всего обследовано 757 детей.

Статистическую обработку материала, за исключением части специальных массивов малой размерности, проводили с использованием программных средств пакетов STATISTICA (версия 6).

Результаты и обсуждение.

Обусловленность различий артериального давления этническими особенностями оценена при сопоставлении возрастных данных у детей малочисленных народов Севера, детей русских и саха. Анализ показателей систолического и диастолического артериального давления (САД и ДАД) детей малочисленных народов Севера, детей русских и саха выявил различия в исследуемых группах.

На рис.1-2 представлена возрастная динамика АД у детей коренных национальностей РС (Я) и детей мигрантов, длительно проживающих в РС (Я). Показатели артериального давления

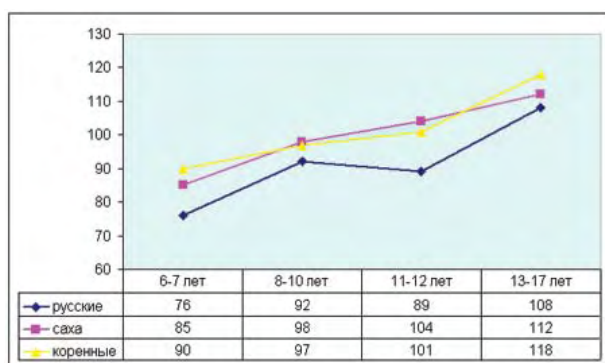


Рис.1. Возрастная динамика САД у детей малочисленных народов Севера, русских и саха

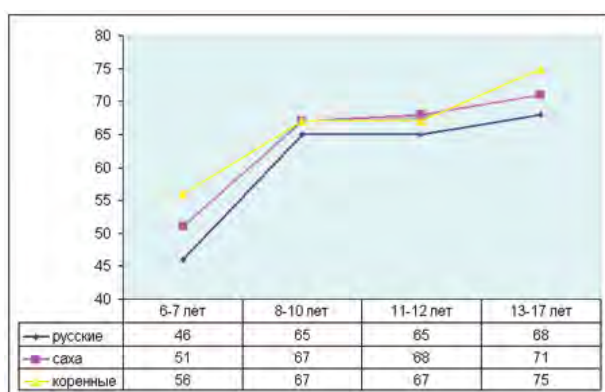


Рис.2. Возрастная динамика ДАД у детей малочисленных народов Севера, русских и саха

детей коренных национальностей достоверно отличаются от детей русских и саха ($p < 0,05$) и имеют тенденцию к высоким стандартам. Как видно, САД и ДАД детей коренных национальностей Севера достоверно выше, чем у детей мигрантов и саха практически во всех возрастных группах, за исключением возраста 8-12 лет для диастолического артериального давления и 8-10 лет и 13-17 лет для систолического артериального давления.

Таким образом, выявлено статистически значимое различие как систолического, так и диастолического АД в детских субпопуляциях коренных и пришлых жителей Республики Саха (Якутия), ранее нигде не описанное.

С целью определения связей между

использованными характеристиками описания этнических групп детей проведен корреляционный анализ.

Как показано в табл.1, выявлена корреляционная связь между: возрастом и ростом (0,93), ростом и весом ребенка (0,91), которая подтверждает гармоничность развития обследованных детей, возрастом и систолическим АД (0,70), ростом и систолическим АД (0,70), весом и систолическим АД (0,66), САД и ДАД (0,76), возрастом и диастолическим АД (0,57), ростом и диастолическим АД (0,53), весом и диастолическим АД (0,44).

Есть тенденция к корреляционной связи между: ростом и пробой на вкусовую чувствительность к поваренной соли (0,15), систолическим АД и пробой на вкусовую чувствительность к поваренной соли (0,20), диастолическим АД и пробой на вкусовую чувствительность к поваренной соли (0,22).

Таким образом, проведенный корреляционный анализ характеристик описания этнических групп детей подтверждает, что: зарегистрированные связи артериального давления, роста, веса и возраста полностью подтверждают известные закономерности, выявлена связь порога вкусовой чувствительности к поваренной соли с систолическим и диастолическим АД и ростом.

Среднее значение порога вкусовой чувствительности к поваренной соли у русских составило $0,369 \pm 0,364$, у саха $0,627 \pm 0,547$, у эвенов $0,654 \pm 0,918$, у эвенков $0,627 \pm 0,439$, у юкагиров $0,480 \pm 0,518$, у чукчей $0,267 \pm 0,092$, у долган $1,291 \pm 1,301$ (табл.2).

Таким образом, анализ достоверности различий среднего значения порога вкусовой чувствительности у детей разных этнических групп подтвердил:

1) достоверно более низкий, чем у саха, эвенов, эвенков, долган, порог вкусовой чувствительности к поваренной соли у русских детей,

2) достоверно более высокий, чем у русских, саха, эвенов, юкагиров, порог вкусовой чувствительности к поваренной соли у долган.

С целью определения влияния использованных характеристик (возраст ребенка, рост отца, рост матери, длина тела при рождении, вес при рождении, рост, вес, порог вкусовой чувствительности к поваренной соли) на уровень систолического артериального давления проведено регрессионное моделирование (табл.3-4).

При пошаговом (включение) линейном регрессионном моделировании

Таблица 1

Корреляционные связи некоторых характеристик у обследованных детей

Характеристика	Возраст	Рост	Вес	САД	ДАД	Проба с солью
Возраст	1,00					
Рост	0,93	1,00				
Вес	0,87	0,91	1,00			
САД	0,70	0,70	0,66	1,00		
ДАД	0,57	0,53	0,44	0,76	1,00	
Проба с солью	0,10	0,15	0,08	0,20	0,22	1,00

Таблица 2

Достоверность различий порога вкусовой чувствительности к поваренной соли у детей разных этнических групп (критерий t Стьюдента)

Этническая группа	M SD	Достоверность различий						
		ру р=	са р=	эн р=	эк р=	юк р=	чу р=	до р=
Русские	0,369 0,364	-						
Саха	0,627 0,547	0,00	-					
Эвены	0,654 0,918	0,03	0,78	-				
Эвенки	0,627 0,439	0,04	0,99	0,92	-			
Юкагиры	0,480 0,518	0,29	0,24	0,41	0,42	-		
Чукчи	0,267 0,092	0,63	0,26	0,45	0,19	0,49	-	
Долганы	1,291 1,301	0,00	0,00	0,00	0,08	0,01	0,18	-

Примечание. ру - русские, са - саха, эн - эвены, эк - эвенки, юк - юкагиры, чу - чукчи, до - долганы.

значений систолического артериального давления достоверно влияющими на САД оказались: рост ($p=0,02$) и порог вкусовой чувствительности к поваренной соли ($p=0,02$) (табл.3). Доля объясненной дисперсии = 56%, в том числе управляемая порогом вкусовой чувствительности поваренной соли = 3%, т.е. чувствительность соли определяет 3% систолического АД.

При пошаговом (включение) линейном регрессионном моделировании значений диастолического артериального давления достоверно влияющими на ДАД оказались: рост ($p<0,00$), возраст матери ($p<0,00$) и порог вкусовой чувствительности к поваренной соли ($p<0,00$) (табл.4). Доля объясненной дисперсии = 51%, в том числе управляемая порогом вкусовой чувствительности поваренной соли = 3%, возрастом матери = 10%, т.е. чувствительность к поваренной соли определяет 3% диастолического артериального давления.

Таким образом, порог вкусовой чувствительности к поваренной соли занимает второе после роста место по информативности при расчете артериального давления. Высокая информативность возраста матери не имеет объяснения.

Корреляционный анализ связи возраста ребенка с порогом вкусовой чувствительности к поваренной соли не выявил наличия корреляционной связи (уровень корреляции=0,06). Та-

ким образом, по результатам корреляционного анализа возраста и порога вкусовой чувствительности к поваренной соли подтверждено, что вкусовая чувствительность к соли не зависит от возраста ребенка.

Выводы

1. Выявлено статистически значимое различие как систолического так и диастолического артериального давления в детских субпопуляциях коренных и пришлых жителей Республики Саха (Якутия), ранее нигде не описанное.

2. Проведенный корреляционный анализ характеристик описания этнических групп детей подтверждает, что зарегистрированные связи артериального давления, роста, веса и возраста полностью соответствуют известным закономерностям.

3. Выявлена связь порога вкусовой чувствительности к поваренной соли с систолическим и диастолическим артериальным давлением и ростом.

Литература

1. Корнильева И.В. Распространенность артериальной гипертонии в Республике Саха (Якутия) / И.В. Корнильева, К.И. Иванов, Е.Ю. Алексеева // Consilium medicum. - 2003. - Т.9.

Таблица 3

Результаты пошагового (включение) линейного регрессионного моделирования значений систолического артериального давления

	B	SE	p
Константа	28,3	35,7	0,43
Возраст ребенка	0,41	0,80	0,61
Рост отца	>0,01	0,14	0,20
Рост матери	0,10	0,20	0,60
Длина тела при рождении	0,14	0,44	0,76
Масса тела при рождении	>0,01	0,00	0,90
Рост	0,46	0,20	0,02
Масса тела	0,26	0,22	0,24
NaCl- тест	2,51	1,10	0,02

Таблица 4

Результаты пошагового (включение) линейного регрессионного моделирования значений диастолического артериального давления

	B	SE	p
Константа	-10,9	6,52	0,10
Рост	0,37	0,06	0,00
Возраст матери	0,60	0,13	0,00
NaCl- тест	2,82	0,98	0,00

2. Саввина Н.В. Механизм реализации сохранения и укрепления здоровья детей школьного возраста: автореф.дис. ... д-ра мед. наук / Н.В. Саввина. - М., 2006. - 48 с.

3. Пузырев В.П. Генетика артериальной гипертонии / В.П. Пузырев // Клиническая медицина. - 2003. - №1. - С.12-18

4. Пузырев В.П. Север и геномная медицина / В.П. Пузырев // Материалы научно-практической конференции «Вопросы формирования здоровья и патологии человека на Севере: факты, проблемы и перспективы». - Якутск, 2002. - С.268-270.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ

Д.А. Алексеев, С.Г. Васильева

О ПОДГОТОВКЕ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

Профессиональную подготовку квалифицированных средних медицинских специалистов проводят Якутский базовый медицинский колледж, Алданское и Нерюнгринское медицинские училища. Прием студентов осуществляется по гибкой системе с учетом необходимости средних медицинских кадров в ЛПУ республики. Так, с 2005 г. открыто отделение «Фармация» и в 2008 г. со-

стоит первый выпуск фармацевтов. С 2006 г. в рамках реализации Национального проекта «Здоровье» началась подготовка для практического здравоохранения медицинских сестер по направлению «Семейная медицина», работающих с врачами общей практики. С 2007 г. для обеспечения клинико-диагностических лабораторий фельдшерами-лаборантами началась переподготовка из числа работающих лаборантов в количестве 60 чел.

Набор на плановые места ЯБМК с ежегодных 225 чел. снизился в 2007/2008 уч. г. до 180 чел., это связано с тем, что набор по специальности «Акушерское дело» не был предусмотр-

ен в связи со сложным трудоустройством данных специалистов.

Таким образом, подготовка средних медицинских кадров ориентирована на потребности отрасли здравоохранения в определенных специалистах (табл.1).

В настоящее время коренным образом изменился подход к подготовке средних медицинских работников в связи с огромным потоком медицинской информации, с вхождением в повседневную практику высоких технологий, требующих для их эффективного использования новых знаний. Для этого необходимо создать такие организационно-педагогические ус-

АЛЕКСЕЕВ Дмитрий Афанасьевич – к.м.н., засл. врач РФ, директор ГОУ ЯБМК, доцент МИ ЯГУ; **ВАСИЛЬЕВА Светлана Герасимовна** – к.п.н., засл. работник здравоохранения РС(Я), зам. директора ГОУ ЯБМК.

Таблица 1

Общее количество студентов
3 медицинских учебных заведений
на 2007/2008 уч. г.

Наименование специальности	Количество студентов		
	ЯБМК	АМУ	НМУ
Лечебное дело	219	218	-
Сестринское дело	270	91	233
Акушерское дело	117	143	-
Лабораторное дело	176		
Фармация	89		
Общее количество	961	452	233

ловия, позволяющие формировать теоретические знания, готовность к приобретению многофункциональных умений, обеспечивающих их профессиональную мобильность, овладение новыми сестринскими технологиями.

Для обеспечения качества подготовки специалистов необходимо иметь достаточную материально-техническую базу, это учебные кабинеты, оснащенные современным медицинским оборудованием, соответствующим Государственным образовательным стандартам, например, где можно научить студентов снимать ЭКГ, проводить лабораторные исследования и т.д., чтобы студенты видели и умели проводить все манипуляции, приближенные к практике.

Наши студенты обучаются и проходят производственную практику в городских и республиканских ЛПУ, мы благодарим всех главных врачей и главных медицинских сестер, которые позволяют проводить все виды практики на своих клинических базах.

Особо отмечаем главного врача Якутской городской клинической больницы Н.Н. Васильева, который выделил дополнительно в 2007 г. два учебных кабинета и главного врача РБ №2-ЦЭМП Б.В.Андреева, разрешающих все наши насущные вопросы по практике.

Учебный процесс проходит по программе согласно ГОС, преподавателями-совместителями являются опытные практические врачи ЛПУ г.Якутска.

При 100% успеваемости её качество составляет от 67 до 74%, средний балл от 3,9 до 4,1. Педагогический коллектив постоянно работает над улучшением показателей качества, которые даже выше, чем российские (ср.балл 3,6).

В нашем колледже обучаются студенты из различных улусов нашей республики, 69 % – из сельской местности.

Количество выпускников ГОУ «ЯБМК» и их социальная характеристика
для представления на распределение. 2007/2008 уч. г.

Отделение	Кол-во выпуск- ников:	В том числе			
		договор- ники	сироты	семейные	матери- одиночки
Лечебное дело	71	10	1	21	11
Сестринское дело	75	8	5	23	9
Акушерское дело	45	5	4	6	3
Фармация	25	3	1	7 (из них 5 берем.)	-
Лабораторное дело	17	3	1	3	3
Итого:	233	29	12	60	25

Таблица 3

Количество выпускников за 2005-2008 гг.

Средние медицинские кадры	2005 г.	2006 г.	2007 г.	Ожидаемый выпуск 2008 г.
Лечебное дело	110	88	110	71
Сестринское дело	63	78	114	75
Акушерское дело	65	58	59	45
Медико-профилактическое дело	40	-	-	-
Стоматология	28	-	-	-
Лабораторное дело	-	19	-	17
Фармация	-	-	-	25
Всего:	306	242	283 + 30 медсестер врача общей практики Итого: 313	233 + 30 медсестер врача общей практики и 60 фельдшеров- лаборантов Итого: 323

В общежитии проживает 37,4% студентов. Начиная с 2002 г. анализируется заболеваемость, по причине которой оформляются академические отпуска. Проведенное исследование свидетельствует, что имеются различные патологические изменения, которые выявляются при профилактических осмотрах. Не все учащиеся с хронической патологией состоят на диспансерном наблюдении, у них возникают проблемы с получением консультации специалистов, платностью медицинских услуг, а также различных функциональных лабораторных исследований, низок процент стационарного лечения. В связи с этим назревает необходимость организации поликлиники для студентов средних специальных учебных заведений.

Из табл.2 видно, что общее число выпускников - 233 чел., из них сирот - 5%, матерей-одиночек - 10,8%, семейных - 25,8%, что сыграет определенную роль при распределении выпускников.

Государственный заказ на подготовку средних медицинских кадров формируется и утверждается Министерством здравоохранения РС (Я).

Таблица 4

Данные о выпуске средних
медицинских кадров за 2006-2007 гг.

Год	Количество выпускников			Итого
	ЯБМК	АМУ	НМУ	
2006	242	96	74	412
2007	283	98	57	438
2008	233	129	73	435

В 2005 г. из 306 выпускников ЯБМК самостоятельно трудоустроивались 10,45%, в 2006 г. из 242 – 40%, в 2007 г. из 313 – 20%, в 2008 г. из 233 выпускников самостоятельно будут трудоустроиваться 15,4% (табл.3).

В 2008 г. Республика Саха (Якутия) будет дополнительно обеспечена средними медицинскими работниками в количестве 435 специалистов, что на 5,2% больше, чем в 2006 г. (табл.4).

В целях реализации Национального проекта в сфере здравоохранения нам предстоит активизировать работу по внедрению методов обучения, направленных на формирование компетентностного подхода в подготовке конкурентоспособных специалистов на основе технических средств в образовательном процессе.

Назрела необходимость лечебно-профилактическим учреждениям совместно с учебным учреждением рассчитать потребности в средних медицинских работниках по профилям специальностей до 2011 г., а также

проанализировать обустройство выпускников по результатам распределения.

Таким образом, мы пришли к выводу, что:

– необходима полная информация

о рабочих местах в ЦРБ, куда направляются на работу выпускники;

– при приеме студентов необходимо подписывать с ними договор об их согласии на распределение.

В.А. Сотников, С.С. Аргунов

ПРОБЛЕМА МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ

13-14 февраля 2008 г. в г. Москве в Международном выставочном центре «Крокус Экспо» в рамках Первого международного медицинского форума / выставки «Индустрия здоровья» проходила Всероссийская научно-практическая конференция «Роль службы медицины катастроф в реализации мероприятий Федеральной целевой программы «Повышение безопасности дорожного движения в 2006 – 2012 годах».

Конференция прошла под председательством директора ФГУ ВЦМК «Защита» Росздрава, члена-корреспондента РАМН, д.м.н., профессора Гончарова С.Ф. и его первого заместителя д.м.н., профессора Сахно И.И.

На конференции присутствовали 202 делегата из 73 субъектов РФ, в т.ч. 35 представителей других министерств и ведомств и 14 представителей зарубежных стран.

В 2007 г. только при дорожно-транспортных происшествиях на территории Российской Федерации пострадало 282206 чел., погибло 33308 чел. В ДТП с участием детей пострадало – 23856, ранено 24707, погибло 1116, коэффициент тяжести последствий – 4.32.

В 2004 г. расходы на оказание помощи по ДТП составили 227,7 млрд. руб., в 2007 г. – 293,5 млрд. руб. Готовится всемирный доклад о ситуации по ДТП. Основное внимание службы по оказанию помощи должны обращать на скорость поступления информации о ДТП и на время начала оказания медицинской помощи.

55% общего количества погибших умирают на догоспитальном этапе, следовательно необходимо обращать

внимание на обучение оказания первой помощи в стадии фазы изоляции.

В 2008 г. основными задачами для служб по оказанию помощи при ДТП являются:

1. Проведение системных мероприятий для создания базы.

2. Создание нормативно-правовых документов.

3. Обновление ФЗ от 10.12.1995 г. №196 «О безопасности дорожного движения».

4. Разработка критериев формирования зон ответственности ЛПУ по организации медицинской помощи.

5. Развитие санитарной авиации – крайне актуальная проблема, особенно, если иметь в виду расстояния для эвакуации пострадавших.

6. Согласование схемы базирования вертолетов с МВД, МЧС и с другими службами с учетом схемы эвакуации.

7. Разработка единой системы оказания медицинской помощи.

8. Виды и объемы медицинской помощи, сортировка, сортировочные бирки (марки), приемы, укладки КПП, КМС.

8. Правомерность и планомерность строительства вертолетных площадок.

9. Создание учебных центров.

На конференции проведен полный анализ службы специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи (количество отделений санитарной авиации, их статус, результаты работы отделений в 2006 г. и др.).

В то время как количество ДТП из года в год увеличивается, в большинстве регионов наблюдается тенденция снижения количества вылетов вертолетов при ДТП. Данная тенденция в значительной степени связана с ростом стоимости летного часа.

Таким образом, в Российской Федерации в настоящее время отсутствует система использования санитарной

авиации для лечебно-эвакуационного обеспечения пострадавших в ЧС.

Следовательно, по результатам данной конференции можно сделать вывод, что вопрос дорожно-транспортного травматизма, его профилактики и оказания помощи пострадавшим стоит на контроле у федеральных властей.

В Республике Саха (Якутия) проблема дорожно-транспортных происшествий занимает особое место.

Территория Якутии занимает площадь 3103,2 тыс. км². В состав Якутии входят ряд островов Северного ледовитого океана, в т.ч. Новосибирские острова. Свыше 40 % территории Якутии находится за Полярным кругом. Расстояние между крайними точками на западе и востоке превышает 2300 км., в связи с этим в пределах Якутии расположены 3 часовых пояса. Наибольшая протяженность с севера на юг составляет 2000 км. Климат резко континентальный, разница между максимальной летней и минимальной зимней температурой составляет около 100 град. Сообщение в основном воздушное, есть водное и автомобильное (сезонное).

По данным Всероссийской переписи населения 2002 года, численность постоянного населения составила 949,0 тыс. чел. Население республики проживает в 13 городах, 55 посёлках и 551 селе. Численность городского населения составляет 610,0 тыс. чел. сельского – 339,0 тыс. чел. или 64,3 и 35,7 % населения соответственно.

В этих условиях оказание экстренной медицинской помощи населению республики по линии санитарной авиации имеет огромное значение в целом по отрасли здравоохранения.

В случаях возникновения ДТП на федеральных и республиканских дорогах, в районах Крайнего Севера с их климатикогеографическими особенностями и удаленностью друг от друга населенных пунктов, где удлиняется фаза изоляции, использование ле-

СОТНИКОВ Владимир Андреевич – засл. врач РС(Я), отличник здравоохранения РС(Я) и РФ, гл. врач ГУ РЦМК; **АРГУНОВ Семен Семенович** – засл. врач РС(Я), отличник здравоохранения РС(Я) и РФ, зам. гл. врача ГУ РЦМК.

Таблица 1

Данные по ДТП в Республике Саха (Якутия) (по данным ГИБДД)

Дороги федерального значения	Всего			В т.ч. с участием детей		
	ДТП	погибло	ранено	ДТП	умерло	ранено
2001	76	22	89	1	-	1
2002	57	22	69	1	-	1
2003	36	15	63	-	-	-
2004	76	103	117	-	-	-
2005	78	33	108	нет данных		
Всего	323	195	446	2	-	2
республиканского значения						
2001	36	19	34	2	-	2
2002	79	32	103	2	-	2
2003	17	8	22	-	-	-
2004	83	28	102	-	-	-
2005	112	32	157	-	-	-
Всего	327	119	418	4	-	4
Итого	650	314	864	6	-	6

чебно-диагностических комплексов чрезвычайно актуально. Для этого медицинская помощь должна осуществляться бригадами постоянной готовности (круглосуточное дежурство), доставляемыми на место катастрофы автотранспортом, а по возможности – санитарно-авиационным. Поэтому основная задача всех подобных бригад – быстрая доставка пострадавших в стационар.

Как видно из табл.1, больше аварий и пострадавших отмечается на дорогах республиканского значения – 50,3%, и федерального – 49,7% от всех аварий и пострадавших на дорогах республики. Погибло 314 чел., что составляет 26,6% от числа всех пострадавших, а 864 получили увечья различной степени тяжести. Всё это ещё раз подтверждает необходимость функционирования бригад экстренно реагирования.

По критериям, подпадающими под категорию чрезвычайных ситуаций зарегистрированы:

За 2005 год – 3 ДТП и 2 авиационных происшествия.

Пострадали при ДТП 10 чел., погибли – 10, госпитализированы – 10. Трое пострадавших госпитализированы в травматологическое отделение РБ №2 – ЦЭМП специализированной бригадой ГУ РЦМК в составе 3 врачей и 1 фельдшера, а также 7 пострадавших доставлены в хирургическое отделение Нюрбинской ЦРБ, один из которых эвакуирован в травматологическое отделение РБ №2 – ЦЭМП на вертолёте Ми-8 ГУ РЦМК. Также пострадавшие обслужены бригадами ССМП из зон ответственности.

При авиационных происшествиях использованы вертолёт Ми-8 (дважды – Сангар и Батагай) и самолёт Ан-24, в спасательных операциях участвовали

4 врача (хирурги, анестезиологи, травматологи).

За 2006 год – 8 случаев ДТП и 1 авиационная катастрофа. Пострадали 31 чел., погибли – 28, госпитализированы 28 человек. Все пострадавшие были обслужены 8 бригадами ССМП из зон ответственности, приняли участие 10 врачей и 13 чел. среднего медицинского персонала, а также специализированная нейрохирургическая бригада в составе 2 врачей-нейрохирургов и 1 фельдшера БЭР, использован 1 вертолёт Ми-8.

При авиационной катастрофе погибли 5 чел. получили различной степени тяжести травмы 7 чел. Оказывали помощь на месте врач и фельдшер, которые были на борту вертолёта. Использовались вертолёт Ми-8 и самолёт Ан-24.

За 2007 год – 4 больших ДТП.

Пострадали 48 чел., из них 12 детей и 3 беременные женщины. Погибли 6 чел.

Оказана помощь всем 48 пострадавшим. Госпитализированы 15 чел., из них 8 детей и 3 беременные женщины. 33 пострадавших получили лёгкой степени телесные повреждения, после оказания медицинской помощи отпущены на амбулаторное лечение.

Для оказания медицинской помощи задействованы 5 бригад скорой медицинской помощи, состоящие из 5 врачей и 10 чел. среднего медицинского персонала, и 2 специализированные бригады экстренной медицинской помощи в составе 6 врачей и 1 фельдшера.

На дорожно-транспортное происшествие (опрокидывание автомашины «Урал») в Верхневильском районе на вертолёте Ми-8 вылетела бригада – реаниматолог, хирург и акушер-гинеколог, все пострадавшие эвакуированы в ЦРБ.

Таблица 2

Данные по ЧС, связанным с ДТП

Год	ДТП	Пострадали / в т.ч. дети	Госпитализированы	На амбулаторное лечение	Погибли
2005	3	10	10	-	10
2006	8	31	28	3	28
2007	4	48/12	15/8	33/4	6
Всего	15	89/12	53/8	36/4	44

Таким образом, за 3 года на федеральных и республиканских автодорогах Республики Саха (Якутия) произошли 15 ДТП, подпадающих под категорию чрезвычайных ситуаций, при этом пострадали 89 чел., из них 12 детей и 3 беременные женщины, погибли 44 чел. и госпитализированы в различные лечебные учреждения зон ответственности 53, из них 8 детей и 3 беременные женщины. 36 чел., получившие лёгкой степени повреждения, после оказания соответствующей помощи отпущены домой (табл.2).

5 погибших в авиационной катастрофе в данную таблицу не вошли.

Воздушные суда использовались при ДТП 3 раза (Ми-8), участвовали 17 бригад скорой медицинской помощи и 4 бригады специализированной бригады экстренной медицинской помощи.

При авиационных происшествиях и катастрофе использовали вертолёт Ми-8 два раза, самолёт Ан-24 два раза. В спасательных операциях принимали участие 2 БСЭМП в составе 8 врачей.

При использовании вертолётов Ми-8 (5 раз) и самолётов Ан-24 (2 раза), израсходовано примерно 2 650,0 тыс. руб. (1 625,0 тыс. – Ми-8 и 1 025,0 тыс. – Ан-24).

Опыт оказания медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях, связанных с ДТП, показывает, что медицинская служба сталкивается как с массовым числом пострадавших, так и с повреждениями самого разного характера.

Считаем, что при любых организационных формах оказания медицинской помощи пострадавшим ЧС неперемённым является устойчивая и надёжная связь между всеми участниками ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций. Поэтому все автомашины «скорой помощи», постоянно выделяемые для оказания помощи пострадавшим при ЧС и ДТП, следует оснастить приёмо-передающими средствами радиотелефонной связи. Оборудование вертолётных площадок на территории

Таблица 3

Финансирование по разделу «Совершенствование системы спасения и эвакуации пострадавших в ДТП», тыс. руб.

Мероприятия	Всего	2008	2009	2010	2011
Итого:	17420,0	4080,0	6180,0	3580,0	3580,0
4.1.1. 1. Аварийно-спасательный автомобиль АСМ-41 с АСИ «Спрут» на базе КАМАЗ-43106 – 1 единица	2600,0	-	2600,0	-	-
4.1.2. 1. Организация и оборудование центрального пульта ГУ РЦМК для отслеживания места нахождения бригад СМП ТМП. Оборудование средствами связи и навигации бригад санавиации, ТМП СМП в крупных городах на территории РС (Я)	4500,0	1500,0	1000,0	1000,0	1000,0
2. Оснащение бригад экстренного реагирования ГУ РЦМК	4400,0	1100,0	1100,0	1100,0	1100,0
3. Организация и оснащение ТМП вдоль автодорог федерального и республиканского значения	4000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0
4. Обучение сотрудников УГАИ и МЧС навыкам оказания первой медицинской помощи	1920,0	480,0	480,0	480,0	480,0

больничных учреждений ускорит оказание квалифицированной и специализированной медицинской помощи пострадавшим.

Общеизвестно, что 30 % пострадавших при различных авариях и катастрофах погибают от несвоевременного оказания медицинской помощи (от не оказания первой медицинской помощи, от немотивированного удлинения фазы изоляции, от отсутствия трассовых медицинских пунктов и бригад экстренного реагирования и многих других факторов).

Участие санитарной авиации (вертолетов) существенно повышает возможности службы медицины катастроф.

Для медицинского обеспечения

населения в г. Якутске, близлежащих районов, на автомобильных трассах федерального и республиканского значений при ЧС и ДТП, а также для интеграции нашей службы со службой скорой медицинской помощи предлагаем следующее:

1. Использовать вертолеты санитарной авиации при чрезвычайных ситуациях и дорожно-транспортных происшествиях (на автотрассах федерального и республиканского значения), для чего необходимо на уровне Правительства РС (Я) решить вопрос закупки вертолетов и самолетов малой авиации.

2. Создать трассовые медицинские пункты.

3. Обучать всех сотрудников ГИБДД методам оказания первой медицинской помощи.

4. Все посты ГИБДД должны быть оснащены аптечками первой медицинской помощи с соответствующим содержанием.

5. Необходимо начать реализацию закона Республики Саха (Якутия) «О государственной целевой программе «Повышение безопасности дорожного движения в РС (Я) на 2007-2011 годы», подписанного президентом В. Штыровым 08 ноября 2007 г., на которую выделено на 4 года 17 420,00 тыс. руб., в т.ч. по годам: 2008 г. - 4 080,0 тыс. руб., 2009 г. - 6 180,0 тыс., 2010 г. - 3 580,0 тыс. и 2011 г. - 3 580,0 тыс. руб.

Экономическая эффективность при реализации вышеуказанных финансовых средств составит:

1. Показатель производства ВРП в расчёте на душу населения в 2006 г. – 216 300 руб.

2. Средний возраст погибших 33,5 лет.

3. Средняя продолжительность жизни (СПЖ) в РС (Я), по данным на 2007 г., – у мужчин – 59,8 лет, у женщин – 71,9 лет.

4. Возраст дожития – 26,3 года.

Показатель производства ВРП на душу населения 44 погибших составил бы 250302360,0 руб. Данный показатель не рассчитан на 89 пострадавших, 53 госпитализированных и 36 пострадавших, получивших амбулаторное лечение, которые получили временную нетрудоспособность, а могли бы, будучи здоровыми, значительно увеличить эту цифру.

У.Е. Макарова

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ И МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В МЕСТАХ КОМПАКТНОГО ПРОЖИВАНИЯ КОРЕННЫХ МАЛОЧИСЛЕННЫХ НАРОДОВ СЕВЕРА В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

Одним из важных компонентов национальной безопасности является здоровье населения и в современном мире оно расценивается как одно из естественных прав человека.

МАКАРОВА Ульяна Егоровна – к.м.н., ученый секретарь ЯНЦ СО РАМН.

Рассматривая проблемы состояния здоровья коренных малочисленных народов Севера (КМНС), проживающих в Республике Саха (Якутия), и организации медицинского обслуживания данной категории населения, следует учитывать, что Крайний Север являет-

ся наиболее проблемной территорией России. Помимо трудностей, характерных для этого региона, на территории Якутии существует ряд сложностей, влияющих на качество организации медицинского обслуживания населения, такие как: неоднородность и экс-

тремальность климатогеографических условий; большая площадь территории и крайне низкая плотность населения, которые затрудняют организацию охраны здоровья, медико-санитарной помощи, так как она согласовывается с принципами нормативного штатного обеспечения, ориентированного на численность населения без учета степени его подвижности и площади расселения; удаленность, отсутствие дорог и коммуникаций; слабое развитие экономической и социально-культурной базы северных улусов по сравнению с центральными районами, что всегда было причиной более ущемленного положения жителей и которое многократно усилилось при переходе к рыночным отношениям; неоднородность населения и наиболее выраженный в последние годы миграционный процесс, связанный с общей социально-экономической реформой и политическими событиями в стране; промышленное освоение Севера, приведшее к загрязнению окружающей среды обитания человека. В шести улусах северного региона Якутии развита горнодобывающая промышленность, а в настоящее время вводятся все новые и новые объекты освоения. Эти территории веками являются местами расселения коренных жителей, которые преимущественно заняты оленеводством, звероводством, рыбным и пушным промыслом.

На территории Республики Саха (Якутия) располагаются 20 районов, имеющих 79 населенных пунктов компактного проживания КМН Севера. Безусловно, каждая из этих территорий и групп населения требует особых подходов при организации здравоохранения и медицинского обслуживания, что представляет сложную задачу, не всегда успешно решаемую. Поэтому в настоящее время наиболее актуальными становятся меры особой идеологии организации здравоохранения в отношении различных социальных и этнических групп, рекомендуемые ВОЗ, где указывается и "разработка устойчивых систем здравоохранения для удовлетворения потребностей населения". При этом подчеркивается, что здоровье людей, принадлежащих к наиболее уязвимым группам, является основным объектом и одновременно показателем обоснованности тактики медицинской службы. Начальным этапом такой политики здравоохранения должно быть изучение гарантированной доступности к медико-санитарным услугам и степени удовлетворения потребностей различных категорий

населения. Медико-санитарные службы, являющиеся первым уровнем контакта с населением, должны быть максимально приближены к местам жизни и работы КМН, а работа учреждений здравоохранения должна базироваться на высокотехнологичной помощи, оказываемой на дому.

В России приоритетным в работе здравоохранения становится усиление и закрепление профилактической деятельности. Однако не все профилактические и санитарно-гигиенические мероприятия для людей, ведущих кочующий образ жизни, доступны, изредка проводимые медицинские осмотры не могут в полном объеме удовлетворить их потребности. В последние годы в Государственном докладе о состоянии здоровья населения РС (Я) не находят отражения статистические показатели по коренным малочисленным народам, хотя в республике проживает около 60% КМН Севера России, а также не выполнена ни одна программа по оздоровлению данной категории населения.

На территории РС (Я), по переписи 2002 г., проживает свыше 30 тыс. представителей КМНС, и среди них более 300 кочующих семей, в которых насчитывается более 2000 чел. В силу вышеуказанных и других факторов для этой группы характерны крайне негативные демографические процессы, что подтверждается статистическими данными [3]. По расчетам сектора социальных исследований Института проблем малочисленных народов Севера СО РАН (ИПМНС), рождаемость в 1993 по сравнению с 1985 г. сократилась у эвенков на 11,4%, эвенов – на 23,8, чукчей – на 70,0, юкагиров – на 41,7, в целом по КМНС – на 26,6%. Повышение смертности за этот период составило у эвенков 20,2%, эвенов – 25,7%, у долган и юкагиров – в 2-3 раза. При этом 30% смертей составляют суицид и травматизм. Снижение естественного прироста составляет у эвенков – 3,5%, эвенов – 10,2, чукчей – 71,4, юкагиров – 41,75%. Средняя продолжительность жизни мужчин в 1999 г. оказалась равной 54 годам,

женщин – 65, что более чем на 10 лет меньше по сравнению с Россией, на 16 лет – с Севером Европы и США.

С явным преимуществом данная группа населения лидирует в заболеваемости туберкулезом, алкоголизмом, психическими расстройствами и другими заболеваниями.

В России, в том числе и в Якутии, всегда существовали сложности в организации противотуберкулезной работы на отдаленных участках Крайнего Севера. Широкое внедрение бригадного экспедиционного метода оказания противотуберкулезной помощи населению в местах компактного проживания позволило значительно снизить напряженность эпидемиологической ситуации среди оседлого коренного населения. Среди группы населения, ведущей кочевой образ жизни и труда, качественное проведение противотуберкулезных мероприятий (ФЛГ, туберкулиновые пробы, наблюдение в очагах инфекции и противорецидивные мероприятия и т.д.) практически невозможно по многим причинам (транспортно-производственным и климатогеографическим, дороговизны вертолетного обслуживания и т.д.). Основные показатели противотуберкулезной работы среди данной категории населения можно увидеть на примере данных за 2003г.

По данным Якутского НИИ туберкулеза, на начало 2003 г. в местах компактного проживания КМН на учете по туберкулезу состояли 938 чел., что составляет 3,1% данной категории населения в РС (Я), из них 116 больных активной формой туберкулеза, в том числе 37 бактериовыделителей (табл.1). В отчетных формах не предусматривается графа, где можно было указать, сколько человек из них проживает в местах производственного кочевья, труднодоступных участках, сколько детей, какие оздоровительные мероприятия проводились в таких очагах инфекции и т.д. Эти данные явились бы основными показателями эффективности противотуберкулезной работы среди КМН в местах их компактного проживания. В настоящее

Таблица 1

Основные показатели противотуберкулезной работы среди КМНС РС (Я) за 1999-2003 гг. (по данным ЯРМИИЦ)

	1999	2000	2001	2002	2003	2003 по РС (Я)
Заболеваемость	94,8	86,0	108,3	86,7	111,4	75,5
Болезненность	460,8	433,3	420,0	365,0	369,3	244,1
Бациллярность контингента	155,8	130,0	137,8	122,8	117,8	86,5
Смертность	30,7	10,1	16,5	10,0	6,4	9,9

время судить об этом крайне сложно. Показатель заболеваемости среди КМН РС (Я) в 2003 г составил 111,4 на 100 тыс. населения, что в 1,5 раза выше, чем по республике – 75,5. Болезненность туберкулезом среди малочисленных народов также в 1,5 раза выше, чем в среднем по республике. В структуре болезненности превалирует туберкулез органов дыхания – 88,7%. У каждого четвертого больного – туберкулезный процесс с распадом легочной ткани, больше трети больных – бактериовыделители. Бациллярность данного контингента на 100 тыс. населения составляет 117,8, что выше по РС (Я) в 1,4 раза. Укомплектованность фтизиатрическими кадрами неполная, в 4 улусах (Булунский, Нижнеколымский, Кобяйский, Оймяконский) она составляет не более 50%. В течение ряда лет нет врача-фтизиатра в Эвено-Бытантайском, Аллаиховском улусах. Неудовлетворительно осуществляются меры социальной профилактики туберкулеза, даже те, которые предусмотрены Федеральным законом «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» №77-ФЗ от 18.06.2001г. За 5 лет из числа заразных больных, проживающих в общежитиях и многонаселенных квартирах, где имелись дети, изолированную квартиру никто не получил.

Следует отметить, что в нашей республике появилась тенденция снижения заболеваемости туберкулезом народов Севера. Если в 2000 г. показатель заболеваемости составлял 86,0 на 100 000 населения, то в 2006г. он несколько снизился (до 84,5 на 100 000 населения) и все же остается выше республиканского на 11,7 на 100 000 населения. Отмечается значительное повышение (до 35,9%) заболеваемости туберкулезом среди женщин данной категории населения. Таким образом, в Республике Саха (Якутия) у КМНС сохраняется наиболее неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по туберкулезу [4].

Наиболее остро стоит вопрос алкоголизации населения, особенно у коренных жителей. Потребление алкоголя из года в год принимает угрожающие размеры, увеличивается женский и детский алкоголизм. По данным ЯРМИАЦ, в 2003г. в МКП КМНС число женщин, состоящих на учете по поводу хронического алкоголизма, увеличилось по сравнению с 2001 и 2002 гг. (табл.2).

Известно, что на каждого жителя республики приходится потребления

алкоголя до 6-9 л в год в пересчете на чистый спирт [1], считая непьющих и детей младшего возраста. Алкоголизм среди населения имеет широкое распространение, причем рост детского и женского алкоголизма, имеет неблагоприятную социальную основу. Существует мнение, что процесс формирования алкоголизма у КМНС в 2,2 раза быстрее, чем у других представителей Крайнего Севера. Это, безусловно, зависит от экстремальных условий жизни и, возможно, объясняется генетической особенностью организма, связанной с низкой способностью утилизировать этанол [2]. Поэтому злоупотребление алкоголем усугубляет физическую, психологическую и моральную, финансовую деградацию населения. Такое кризисное состояние души и тела способствует сохранению случаев заболевания психическими расстройствами на высоком уровне, а среди женщин – и увеличению (табл.3).

Важно отметить, что кроме факторов природной среды оказывают воздействие на здоровье населения и техногенные факторы. Возрастающие масштабы загрязнения окружающей среды производственными отходами золотодобывающей промышленности,

нарушение флоры и фауны под влиянием подземных ядерных взрывов, которые были произведены на территории Якутии в «мирных» целях, не исключают возможность их негативного влияния на состояние здоровья людей. По данным ЯРМИАЦ, число впервые выявленных больных злокачественными заболеваниями среди КМНС за 2003г. по сравнению с 2001 г. увеличилось, при этом число больных онкологическими заболеваниями пищевода увеличилось в 3 раза (табл.4).

В структуре общей заболеваемости в МКП КМНС, по данным Госкомитета по статистике РС (Я), на первом месте стоит патология органов дыхания (в 2002 г. 333 на 100 000 населения), второе место занимают травмы и отравления – 74, на третьем – болезни органов пищеварения – 63. Причем имеют тенденцию постоянного увеличения показатели болезней нервной системы и др. (табл.5).

В настоящее время здоровье человека отражает не только уровень его жизни, но и уровень его сознания, которое формирует потребность человека быть здоровым, что в определенной степени зависит от санитарного просвещения населения. В этом плане ГУ РСМП МЗ РС (Я) проводится боль-

Таблица 2

Сведения о заболеваниях наркологических расстройствами (по данным ЯРМИАЦ)

Заболевание	Число больных под наблюдением на конец отчетного года - всего			Из них женщин		
	2001	2002	2003	2001	2002	2003
Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, всего	680	531	610	155	140	147
в т.ч. алкогольные психозы	1	7	6			
хронический алкоголизм	528	415	522	113	124	125
наркомания	-	-	-			-
токсикомания	-	-	-	1		-
Употребление алкоголя с вредными последствиями	149	108	82	41	16	24

Таблица 3

Число заболеваний психическими расстройствами (по данным ЯРМИАЦ)

Заболевание	Всего больных			Из них женщин		
	2001	2002	2003	2001	2002	2003
Психические расстройства – всего	456	334	396	168	148	159
Органические психозы и (или) слабоумие	30	31	15	27	17	10
Шизофрения	51	40	45	33	25	36
Легкая умственная отсталость	214	175	206	72	81	64
Др. формы умственной отсталости	60	41	48	19	10	18

Таблица 4

Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями КМН РС (Я)
(по данным ЯРМИАЦ)

Заболевание	Всего состоит на учете на конец отчетного года			Из них с момента установления диагноза 5 лет и более		
	2001	2002	2003	2001	2002	2003
Злокачественные новообразования – всего	57		64	19		30
В том числе:						
пищевода	2		6			
желудка	6		6	2		3
ободочной кишки	2		2	1		2
прямой кишки	3		3			
гортани	1		1			1
трахеи, бронхов, легкого	7		9	3		4
молочной железы	9		10	6		7
шейки матки	4		2	1		1
яичника	1		4			3
щитовидной железы	5		5	1		1
Злокачественные лимфомы	1		1	1		1
Лейкемия	1		1			1

Таблица 5

Заболеваемость населения в районах проживания коренных малочисленных Севера РС (Я) по основным группам болезней
(по данным Госкомитета по статистике РС (Я))

	Абс. число			На 1000 населения		
	2001	2002	2003	2001	2002	2003*
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, всего	21517	42190	17612	349	743	311
в том числе:						
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	1110	2402	539	18	42	10
Новообразования	52	200	49	1	3	1
Болезни эндокринной системы, расстройства питания	121	618	118	2	11	2
Болезни крови и кроветворных органов	146	438	179	2	8	3
Психические расстройства	290	223	109	5	4	2
Болезни нервной системы	382	948	383	6	17	7
Болезни глаза и его придаточного аппарата	680	1743	501	11	31	9
Болезни уха и сосцевидного отростка	406	699	339	7	12	6
Болезни системы кровообращения	559	1120	441	9	20	8
Болезни органов дыхания	11184	18888	9117	182	333	161
Болезни органов пищеварения	1448	3583	1602	24	63	28
Болезни мочеполовой системы	936	1836	822	15	32	15
Болезни кожи и подкожной клетчатки	1431	2490	895	23	44	16
Болезни костно-мышечной системы	461	1491	607	7	26	11
Врожденные аномалии	32	82	16	1	1	0,3
Травмы, отравления	1769	4190	1488	29	74	26

* Расчет показателей произведен на среднегодовую численность населения на 2003 г. по итогам ВПР

шая организационная и методическая работа по профилактике неинфекционных заболеваний, по пропаганде медицинских и гигиенических знаний, формированию здорового образа жизни и укреплению здоровья населения. Однако, по отчетным данным, ни од-

ной беседы, лекции и других оздоровительных мероприятий не было проведено в местах кочевья, прекрасные школы "здоровья" охватывают только оседлое население, проживающее в наиболее крупных населенных пунктах.

Помимо вышеуказанных фактов кризисного состояния этой группы населения следует отметить, что многие семьи данной категории населения давно находятся за чертой бедности, среди них отмечается колоссальная безработица, у многих представителей КМНС нет жилища в поселках, значительное снижение калорийности пищевых продуктов сочетается с изменением типа питания. В современных условиях хозяйствования существующие родовые общины далеко не совершенны, не могут обеспечивать своих членов и их семей санаторно-курортными путевками, оплатой проезда до места отдыха и другими льготами, которыми пользуются работники госучреждений, и т.д.

В России в советские времена охране здоровья и медицинскому обслуживанию народов Севера уделялось значительное внимание. На первом этапе своего развития советское здравоохранение на Крайнем Севере даже опережало зарубежные страны. Затем деятельность государства перетерпела много трансформаций, а в последние годы все законодательства и положения в части охраны здоровья народов Севера стали носить формальный, декларативный характер. В настоящее время в России сделан крутой поворот развития истории, который привел к новым потрясениям аборигенные сообщества, и, возможно, многие из них уже не смогут возродиться.

Неблагополучное состояние (хотя и в меньшей степени) характерно для аборигенных народов и других приарктических стран. Именно уязвимость этой группы населения привела к созданию в этих странах особых подходов и особых форм охраны здоровья, специально направленных на преодоление медицинских проблем. Например, в США на Аляске помимо "штатного" (государственного, военного, общественного, частного) здравоохранения действует Alaska Area Native Health Service (Служба здоровья районов проживания коренных народов Аляски) - региональное отделение Федеральной индейской службы здоровья, имеющее свои задачи, приоритеты, планирование, финансирование и входящее в состав Департамента общественного здравоохранения США. Особые формы здравоохранения для коренных народов действуют и в Канаде.

Из всего сказанного можно сделать выводы:

1. Коренные малочисленные народы Севера в РС (Я), ведущие традиционную жизнедеятельность, являются наиболее нуждающимися в социальной, психологической и медицинской помощи.

2. Некоторые показатели состояния здоровья КМНС крайне неблагоприятные, демографической ситуации – нестабильные.

3. В настоящее время в РС (Я) нет официальной статистической и оперативной отчетности и анализа состояния здоровья КМН Севера.

4. Существующая система охраны здоровья населения РС (Я) в большей степени не доступна группе населения,

ведущей кочевой и полуседлый образ жизни, и живущим на труднодоступных участках рыбакам и охотникам.

5. Не разработана методика организации всеобщей диспансеризации и санитарного просвещения данной категории населения

6. Население самых труднодоступных отдаленных участков Севера остается недостаточно защищенным, нужны кардинальные изменения стратегии и тактики здравоохранения, безотлагательные научно обоснованные практические меры.

Литература

1. Донской Ф.С. Коренные малочисленные народы Севера, Сибири и Дальнего Востока

во второй половине XX века / Ф.С. Донской. – Новосибирск., 2006. – Т.3. – 417 с.

2. Кершенгольц Б.М. Алкоголизация и наркотизация – главная угроза генофонду народов Севера и пути их профилактики / Б.М. Кершенгольц // Материалы Международной конференции «Проблемы охраны генофонда народов Севера», п. Черский, 14-15 апреля 1995 г. - 1995. - С.60-69.

3. Сосин П.В. Социальная инфраструктура мест компактного проживания малочисленных народов Севера Республики Саха (Якутия) / П.В. Сосин. – Новосибирск, 2005.-192 с.

4. Тырылгин М.А. Этно-территориальные особенности современного развития туберкулезной эпидемии в Республике Саха (Якутия) / М.А. Тырылгин // Проблемы туберкулеза в Якутии: эпидемиология, организация и лечение: сб. науч. тр.- Якутск, 2007.-С. 9-15.

ОФИЦИАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

УСПЕХИ ОТРАСЛИ – РЕЗУЛЬТАТ УСИЛИЙ КАЖДОГО ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Открывая итоговое заседание коллегии Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия) министр Вячеслав Александров поблагодарил коллег за обеспечение успешной реализации в 2006-2007 гг. приоритетного национального проекта «Здоровье», а заместитель Председателя Правительства республики Юрий Куприянов призвал главных врачей стабильное состояние отрасли, которое держится в республике на протяжении нескольких лет, изменить на позитивное.

Самым значительным социально-политическим событием двух последних лет в республике стала работа по реализации приоритетных национальных проектов. В докладе министра на итоговой коллегии было отмечено, что в результате реализации мероприятий национального проекта «Здоровье» достигнуты следующие индикативные показатели: улучшена материально-техническая база учреждений первичного звена, на 50% обновлен парк санитарного автотранспорта, увеличилась заработная плата медицинских работников, повысился квалификационный уровень медицинских работников, улучшились качество и доступность медицинской помощи населению.

В 2006-2007 гг. на реализацию проекта было направлено 1,2 млрд. руб. из средств федерального бюджета, 472 млн. руб. – из республиканского бюджета.

Республика получила 577 единиц диагностического оборудования на 273 млн. руб., 139 единиц санитарного автотранспорта, оснащенного совре-

менным диагностическим оборудованием.

На новом диагностическом оборудовании за 2 года проведено 1,7 млн. исследований, значительно повысилось качество проводимых исследований, появилась возможность проведения дополнительных специализированных исследований в поликлиниках. Сократилось ожидание обследования в амбулаторно-поликлинических учреждениях до 4 дней.

За счет обновления автопарка медицинской «скорой помощи» время ожидания бригад «скорой помощи» сократилось в городской местности с 23 до 17 мин, в сельской – до 13 мин.

За 2007 г. сданы в эксплуатацию 12 объектов здравоохранения общей мощностью 110 коек и 425 посещений в смену, общей стоимостью 594637 тыс.руб.

Республика участвует в реализации трех федеральных целевых программ: «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями», «Дети России», «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту».

В 2007 г. Государственная целевая программа «Охрана здоровья населения Республики Саха (Якутия) на 2007-2011 годы» финансировалась по 16 подпрограммам на общую сумму 701,3 млн. руб., в том числе из федерального бюджета 320,3 млн., из республиканского – 381,0 млн. руб.

Республика включена также в проект Международного банка реконструкции и развития «Профилактика, диагностика и лечение туберкулеза

и СПИД» и в программу Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией «Развитие стратегии лечения населения Российской Федерации, уязвимого к туберкулезу, на 2005-2010 годы».

В 2007 г. Якутия вошла в перечень регионов Российской Федерации, участвующих в выполнении государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи населению Камчатской и Магаданской областей, Корякского автономного округа и Республики Саха (Якутия).

Все это позволило добиться стабилизации некоторых медико-демографических показателей и сохранить доступность медицинской помощи для широких слоев населения. Якутия относится к тем немногим регионам Российской Федерации, где сохраняется естественный прирост населения. В 2007 г. в республике родилось на 1486 детей больше, чем в 2006. Показатель рождаемости на 1000 населения составил 15,9%, что на 10,4% выше показателей 2006г. Показатель общей смертности, как и в 2006г., составил 9,7 на 1000 населения. Уменьшился показатель материнской смертности (26,3 на 100 000 живорожденных против 36,7 в 2006г.). Показатель младенческой смертности на 1000 родившихся составил 10,7% (2006 г. – 10,6).

Говоря о задачах отрасли на 2008 г., министр поставил в своем докладе, а коллегия обсудила, и те животрепещущие вопросы, которые требуют сегодня неотлагательного коллегиального решения.

Заседание коллегии завершилось награждением большой группы ме-

медицинских работников республики, а также награждением победителей Республиканского конкурса «Лучший врач года» и «Лучший руководитель 2007» – 35 чел., в числе которых организаторы здравоохранения, врачи, медицинские сестры, лаборанты лечебно-профилактических учреждений. Кроме того два коллектива – Абыйская и Чурапчинская центральные районные больницы – награждены ведомственными наградами.

Почетное звание «Заслуженный врач РС(Я)» присвоено заместителю заведующего клинко-консультативным отделом РБ №1-Национального центра медицины Лидии Колосовой.

Знака «Отличник здравоохранения Российской Федерации» удостоены:

- Софья Александрова, главный врач Городской детской клинической больницы №2 г.Якутска
- Людмила Атласова, старшая медицинская сестра Якутской городской клинической больницы
- Валентина Ветрова, медицинская сестра РБ №2-Центра экстренной медицинской помощи
- Ирина Крылыкова, врач Усть-Алданской центральной районной больницы
- Антонина Ли, заведующая отделением РБ №1-НЦМ
- Ада Слепцова, врач Якутской городской больницы №3
- Виталина Теплякова, старшая медсестра РБ №2-ЦЭМП

• Елена Фарафонова, заведующая отделением РБ №2-ЦЭМП

• Екатерина Федорова, главный специалист Комитета здравоохранения г.Якутск

• Антонина Шеломова, врач РБ №1-НЦМ

Подведены итоги Республиканского конкурса «Лучший врач года» и «Лучший руководитель лечебно-профилактического учреждения».

Лучшими руководителями года названы:

- Владимир Погодаев, главный врач Якутской городской больницы №5
- Марианна Дьячкова, главный врач Верхнеколымской центральной районной больницы
- Альбина Сивцева, главный врач Республиканского центра медицинской профилактики.

Лучший терапевт – Ирина Пальшина, врач Якутской городской больницы №2

Лучший хирург – Михаил Охлопков, РБ №1-НЦМ

Лучший акушер-гинеколог – Альбина Аргунова, РБ №1-НЦМ

Лучший стоматолог – Любовь Большухина, стоматологическая поликлиника г.Якутска

Лучший врач-исследователь – Кюна Павлова, РБ №1-НЦМ

Лучший врач-инфекционист – Федора Винокурова, поликлиника №5 г.Якутска

Лучший эндокринолог – Дора Кривошапкина, РБ №1-НЦМ

Лучший врач-онколог – Татьяна Николаева, Республиканский онкодиспансер

Лучший невролог – Людмила Окочешникова, РБ №2-ЦЭМП

Лучший врач экстренной медицинской помощи – Наталья Новикова, Станция скорой медицинской помощи г.Якутска

Лучший анестезиолог – Александр Потапов, РБ №2-ЦЭМП

Лучший оториноларинголог – Гаврил Неустроев, РБ №2-ЦЭМП

Лучший провизор – Клара Карпова, аптека №28 с.Сунтар

Почетными грамотами Минсоцразвития Российской Федерации награждены Лидия Даувадьтер, врач Якутской городской больницы №3, Андрей Дегтярев, фельдшер Станции скорой помощи г.Якутска, Трофим Иванов, главный врач стоматологической поликлиники г.Якутска, Евдокия Протопопова, главный врач городского Дома ребенка г.Якутска и Тамара Шамсутдинова, диспетчер РБ №2-ЦЭМП.

Благодарственные письма вице-Президента РС(Я) Евгении Михайловой получили еще четверо медиков: Мария Капустина, врач-фтизиатр Республиканского детского противотуберкулезного диспансера, Маргарита Перфильева, главная медицинская сестра консультативно-диагностического центра РБ №1-НЦМ, Александр Сидоров, главный врач Республиканской больницы №3, и Нина Тумаева, врач-офтальмолог РБ №2-ЦЭМП.

Пресс-служба Министерства здравоохранения РС(Я)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

КОЛЛЕГИЯ № 6

Решение № 1

г. Якутск

« 28 » марта 2008 г.

«Об итогах деятельности отрасли здравоохранения Республики Саха (Якутия) в 2007 году и задачах на 2008 год»

Заслушав и обсудив доклад министра здравоохранения Республики Саха (Якутия) В.Л. Александрова об итогах деятельности здравоохранения РС(Я) за 2007г., **Коллегия отмечает**, что мероприятия, проведенные в 2007 г. в системе здравоохранения РС(Я), положительно отразились на улучшении демографической ситуации в республике, стабилизации деятельности учреждений здравоохранения, лекарственного обеспечения населения, повышении профессиональной подготовки и заработной платы медицинских работников, улучшении ма-

териально-технической базы учреждений здравоохранения, и определенных результатов в доступности медицинской помощи населению. Успешно завершён второй этап реализации приоритетных национальных проектов в отрасли здравоохранения.

Наряду с тем, что остается проблема недостаточного качества медицинских услуг, которую возможно решить через систему стандартизации медицинской помощи, уменьшения дефицита Программы государственных гарантий оказания гражданам РС(Я) бесплатной медицинской помощи,

воздействия на управляемые причины заболеваемости и смертности населения, повышения укомплектованности медицинскими кадрами учреждений первичного звена, повышения мотивации медицинских работников в результатах труда, дальнейшей оптимизации лечебной сети с усилением амбулаторно-поликлинического звена и развития системы врача общей/семейной практики, завершения лицензирования деятельности учреждений, создания государственного контроля качества медицинских услуг, развития новых форм хозяйственной деятель-

ности лечебно-профилактических учреждений.

В здравоохранении республики не решен ряд проблем, таких как: закрепление молодых специалистов и низкая укомплектованность специалистами в арктических и северных районах (улусах) и недостаточная поддержка органов местного самоуправления в решении проблем здравоохранения на местах.

На основании изложенного КОЛЛЕГИЯ РЕШАЕТ:

1. Министерству здравоохранения Республики Саха (Якутия) (Александров В.Л.):

1.1. Продолжить реализацию мероприятий приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения с учетом новых направлений:

- реализация мероприятий в рамках пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в здравоохранении;

- снижение смертности от предотвратимых причин, включающее мероприятия по совершенствованию организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортном происшествии, больным с сердечно-сосудистыми и профессиональными заболеваниями;

- развитие службы крови, включающее модернизацию материально-технической базы организаций здравоохранения, осуществляющих заготовку, переработку, хранение и обеспечение безопасной донорской крови и её компонентов, пропаганду массового донорства крови и её компонентов;

- диспансеризация детей, находящихся в стационарных учреждениях, детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей, и детей в трудной жизненной ситуации.

Срок – постоянно

1.2. Обеспечить достижение целевых показателей эффективности деятельности органов исполнительной власти и пилотных проектов.

Срок – 31 декабря 2008 г.

1.3. Доработать стратегический межведомственный план интегрированной профилактики заболеваний и укрепления здоровья населения Республики Саха (Якутия) с учетом внесения мероприятий по снижению смертности населения от внешних факторов.

Срок – 1 октября 2008 г.

1.4. Провести организационные мероприятия по подготовке учреждений здравоохранения к выхаживанию маловесных детей, развитию служб пре-

натальной диагностики врожденных пороков развития плода.

Срок – 31 декабря 2008 г.

1.5. Продолжить мероприятия по дальнейшему снижению материнской и младенческой смертности.

Срок – постоянно

1.6. Завершить организационные мероприятия по созданию Управления лицензирования медицинской, фармацевтической деятельности и контроля качества в соответствии с переданными полномочиями по ФЗ от 29.12.2007 г. № 258-ФЗ

Срок – 01 мая 2008 г.

1.7. Активизировать работу по стандартизации медицинских услуг, внедрению клинико-экономических стандартов в ЛПУ.

Срок – 31 декабря 2008 г.

1.8. Организовать взаимодействие с региональным отделением Федерального фонда социального страхования РФ по РС (Я), территориальным управлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека РФ по РС (Я) и работодателями по повышению эффективности сотрудничества при проведении углубленных медицинских осмотров в отраслях с вредными и опасными производственными условиями.

Срок – 01 мая 2008 г.

1.9. Продолжить работу по созданию фармацевтического производства в республике, лицензированию деятельности на право производства и государственной регистрации инфузионных растворов в соответствии с федеральным законодательством ГУП «Сахамедпром».

Срок – 01 августа 2008 г.

1.10. Продолжить планомерную работу по повышению доступности диализной помощи больным с хронической почечной недостаточностью в терминальной стадии путем организации амбулаторного гемодиализа и наделения муниципальных образований отдельными государственными полномочиями в области здравоохранения в 2008-2009 г.г., в том числе МО «Негунгинский район», ГО «Жатай».

Срок – 31 декабря 2008 г.

1.11. Продолжить работу по привлечению дополнительных источников финансирования отрасли здравоохранения на 2009 г. (средства крупных хозяйствующих субъектов на территории республики, кредиты и займы Всемирного, Европейского банков

реконструкции и развития под гарантии Правительства Республики Саха (Якутия)).

Срок – 31 декабря 2008 г.

1.12. Разработать план мероприятий по снижению смертности населения Республики Саха (Якутия) от мозговых инсультов.

Срок – 31 июня 2008 г.

1.13. В дальнейшем в выступлениях отражать не только достижения и положительные стороны в развитии отрасли, но и возникающие вопросы и проблемы в системе здравоохранения

Срок – 31 декабря 2008 г.

2. Руководителям управлений и комитетов здравоохранения МО, руководителям лечебно-профилактических учреждений, аптечных организаций:

2.1. Завершить лицензирование учреждений здравоохранения, обратив особое внимание на их структурные подразделения (участковые больницы, врачебные амбулатории, фельдшерско-акушерские пункты) и аптечных организаций.

Срок – 31 декабря 2008 г.

2.2. Не допускать простоя и неэффективного использования диагностического и лабораторного оборудования.

Срок - постоянно

2.3. Обеспечить необходимыми расходными материалами оборудование, поступившее по приоритетному национальному проекту «Здоровье».

Срок 31 декабря 2008 г.

2.4. Взять под персональную ответственность организацию реализации «пилотных» проектов и внедрение новых систем оплаты труда, включающих разработку положений по оплате труда, разработку и утверждение критериев стимулирующих выплат, создание экспертных комиссий, внесение изменений в коллективные договоры

Срок – постоянно

3. Руководителям лечебно-профилактических учреждений, аптечных организаций РС (Я), участвующих в выполнении программы обеспечения необходимыми лекарственными средствами (ОНЛС):

3.1. Обеспечить четкое выполнение действующих приказов, регламента организации обеспечения граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, лекарственными средствами, в части

составления заявки, усиления контроля над обоснованностью назначения лекарственных средств по ОНЛС.

Срок - постоянно

3.2. Обеспечить своевременное предоставление отчетности по выполнению программы ОНЛС, совершенствовать информационный обмен между ЛПУ и аптечными организациями, региональным складом ГУП «Саха-фармация».

Срок - постоянно

3.3. При размещении муниципального заказа на инфузионные растворы принять во внимание наличие собственного фармацевтического производства в республике.

Срок – постоянно

4. Руководителям республиканских и муниципальных учреждений здравоохранения:

4.1. Провести организационные мероприятия по расширению клинической базы на договорной основе с Медицинским институтом ГОУ ВПО ЯГУ им. М.К. Аммосова

Срок - постоянно

4.2. Продолжить организационные мероприятия по расширению и созданию условий для развития добровольного медицинского страхования

Срок – постоянно

4.3. Повысить ответственность по устранению выявленных Управлением Росздравнадзора по РС (Я) нару-

шений в ходе проверок реализации ПНП в сфере здравоохранения.

Срок – постоянно

5. Главам муниципальных образований Республики Саха (Якутия) рекомендовать:

5.1. Разработать и утвердить муниципальные целевые программы по здравоохранению в соответствии с республиканскими целевыми программами, утвердить их финансирование, а также обеспечить реализацию Государственной целевой программы «Социально-экономическое развитие села Республики Саха (Якутия) на 2007-2011гг.»

Срок – 01 сентября 2008 г.

5.2. Взять под персональный контроль реализацию Федерального закона № 122-ФЗ в части обеспечения лекарствами льготной категории населения, своевременное проведение конкурсных процедур на право поставки лекарств по муниципальным обязательствам, исполнение сетевого графика реализации мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье».

Срок - постоянно

5.3. Предоставлять социальные гарантии для привлечения молодых медицинских и фармацевтических кадров на местах.

Срок – постоянно

5.4. Предусматривать приоритетное финансирование учреждений здраво-

охранения на подготовку и переподготовку медицинских кадров.

Срок – постоянно

5.5. Создать и совершенствовать информационное взаимодействие между всеми участниками, реализующими приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения (внедрение программы регистр медицинских и фармацевтических работников, персонифицированный учет каждого медицинского, фармацевтического работника, АИС «медицинское оборудование», контроль качества и управления лечебно-диагностическими процессами и т.д.).

Срок – постоянно

6. Медицинскому институту ГОУ ВПО ЯГУ им. М.К. Аммосова:

6.1. Провести работу по открытию специальности «Фармация» на базе Медицинского института по подготовке фармацевтических кадров для республики.

6.2. Продолжить совместную работу по постдипломному образованию медицинских кадров республики с расширением клинических баз института в ведущих ЛПУ.

6.3. Подготовить и утвердить совместное положение о распределении выпускников Медицинского института с участием глав администраций улусов и главных врачей ЦУБ.

6. Контроль за исполнением данного решения оставляю за собой.

Председатель Коллегии,
министр

В.Л.Александров

Секретарь Коллегии

А.В. Егорова

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

КОЛЛЕГИЯ № 6

Решение № 2

г. Якутск

« 28 » марта 2008 г.

«Анализ причин младенческой смертности в 2007 году по Республике Саха (Якутия) и пути ее снижения»

Заслушав и обсудив доклад заместителя министра Вербицкой Л.И., **Коллегия отмечает:**

Использованы не все резервы для снижения младенческой смертности (МлС), по улучшению организации и качества медицинской помощи детям.

По итогам 2007г. отмечено увеличение показателя МлС, по данным ТО ФС ГС РС (Я) он составил 10,7‰ (152), по данным ЛПУ - 10,8‰ (164).

Имеется расхождение статистических данных, представляемых ЯРМИАЦ и Госкомстатом, что свидетельствует

об отсутствии преемственности между ЛПУ районов и республиканскими учреждениями, а также контроля за своевременной регистрацией умерших детей.

В течение трех лет не зарегистрированы случаи младенческой смертнос-

ти в Усть-Янском районе, в течение двух лет - в Абыйском.

Наиболее высокие показатели МлС отмечаются в Момском (39,4% – 3 случая), Эвено-Бытантайском (35,1–1), Оленекском (24,9-2), Верхнеколымском (17,51% - 1) районах с учетом плотности детского населения (закон малых чисел).

Остаются высокие показатели в Сунтарском, Нюрбинском, Таттинском, Усть-Алданском, Амгинском, Кобяйском районах.

Выше республиканского показатели МлС в Анабарском, Верхневилуйском, Верхоянском, Ленском, Намском, Нерюнгринском, Нижнеколымском, Оймяконском, Среднеколымском, Томпонском районах.

По сравнению с прошлым годом снижена младенческая смертность от перинатальных причин за счет усиления и повышения качества оказываемой медицинской реанимационной помощи новорожденным, родившимся в критическом состоянии. Сохраняется на прежнем уровне младенческая смертность от врожденных пороков развития.

Выросла смертность детей до года вне медицинских учреждений, от травм и отравлений.

Допускают младенческую смертность вне медицинских учреждений в Вилюйском, Ленском, Кобяйском, Момском, Олекминском районах.

В течение 2007г. не представлены на рецензию истории болезней умерших детей из Верхневилуйского, Вилюйского, Момского, Оленекского, Средне-, Нижне- и Верхнеколымского районов.

Из 5 умерших детей Кобяйского района направлено на рецензию только 2 истории, из 7 детей Ленского – 3, из 5 Мегино-Кангаласского - 2, из 7 умерших детей Усть-Алданского района направлено на рецензию только 1 история.

Своевременно направляли истории Верхоянский район, Алданский, Горный, Мирнинский, Сунтарский.

На основании вышеизложенного КОЛЛЕГИЯ РЕШАЕТ:

1. Министерству здравоохранения РС (Я) (Александров В.Л.)

1.1. Продолжить работу комиссии по анализу младенческой смертности. Срок – постоянно.

1.2. Направлять главам МО информацию по результатам решений комиссии.

Срок – ежеквартально.

2. Генеральному директору РБ № 1 - Национальный центр медицины (Петров В.С.)

2.1. Разработать план реорганизации реанимационной помощи новорожденным.

Срок – II квартал 2008 г.

2.2. Рассмотреть эффективность оказания медицинской помощи новорожденным с перераспределением и расширением штатов реанимации новорожденных.

Срок – II квартал 2008 г.

3. Председателю Комитета здравоохранения окружной Администрации городского округа «Якутск» (Борисов Е.Е.) открыть отделение реанимации новорожденных в родильном отделении горбольницы.

Срок – в течение 2008 г.

4. Директору Республиканского центра медицинской профилактики (Сивцева А.В.)

4.1. Усилить профилактические мероприятия по мотивации сохранения здоровья населения, особенно среди детей и подростков малоимущих и асоциальных семей.

Срок - в течение 2008 г.

4.2. Совместно с Комитетом по делам семьи и детства при Президенте РС (Я) (Сергучев А.Е.) разработать план мероприятий по профилактике младенческой смертности на дому в асоциальных семьях.

Срок – II квартал 2008 г.

4.3. Совместно с Министерством образования (Габышева Ф.В.) усилить работу по проблемам полового воспитания школьников

Срок - в течение 2008 г.

5. Председателю Комитета здравоохранения г.Якутска, главным врачам республиканских ЛПУ, начальникам Управлений здравоохранения МО «Мирнинский район», «Нерюнгринский район», главным врачам ЦРБ:

5.1. Улучшить качество проводимой диспансеризации детей до года с целью предупреждения случаев младенческой смертности на дому;

Срок - в течение 2008 г.

5.2. Разработать программу мероприятий по переходу на критерии живорожденности по ВОЗ.

Срок – II квартал 2008 г.

5.3. Включить в планы работы ЛПУ ежеквартальные медицинские советы по анализу случаев младенческой смертности.

Срок - в течение 2008 г.

6. Главам муниципального образования рекомендовать считать одним из критериев качества деятельности органов и учреждений здравоохранения всех уровней младенческую смертность на дому.

Срок – II квартал 2008 г.

7. Контроль за исполнением данного решения возложить на заместителя министра здравоохранения РС (Я) Вербицкую Л.И.

Председатель Коллегии,
министр

В.Л.Александров

Секретарь Коллегии

А.В. Егорова

ГИГИЕНА, САНИТАРИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ЭКОЛОГИЯ

З.С. Никифорова, П.О. Агеев, В.Ф. Чернявский

ОПЫТ ЮРИДИЧЕСКОГО
СОПРОВОЖДЕНИЯ ЗАЩИТЫ ПРАВ
ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ЕДИНОЙ СИСТЕМОЙ
ГОССАНЭПИДНАДЗОРА В РЕСПУБЛИКЕ
САХА (ЯКУТИЯ). Сообщение 1

Каждый гражданин в течение своей жизни выступает в роли потребителя товаров, работ и услуг [1], которая защищена [2,3] с позиции процессуального, финансового, гражданского и санитарно-эпидемиологического права. Совершенствование нормативно-правового обеспечения и усиление юридического сопровождения [4, 5] в области профилактической медицины – прерогатива санитарно-эпидемиологической службы (таблица).

Настоящее сообщение основано на аналитической оценке 1143 устных и письменных обращений граждан, кроме того отработаны более 2000 телефонных звонков, а также информация на форуме сайта ТУ Роспотребнадзора с просьбой об оказании конкретной помощи.

Констатируется, что характер и количество обращений свидетельствуют о повышении правового образования населения. При этом тематический спектр поступивших письменных обращений граждан оказался весьма широким: ненадлежащее оказание услуг – 429 случаев (37,5%), нарушение прав потребителей в сфере торговли – 627 (55), прочие – 87 (7,5), приобретение некачественных пищевых продуктов – 106 (9,2), продажа некачественной сложно-бытовой техники – 327 (28,6%), некачественных трикотажных товаров, обуви – 103 (9), некачественные услуги связи – 32 (2,8), некачественные услуги ЖКХ – 208 (18,2), деятельность кредитных организаций – 15 (1,3), оказание услуг по реализации туристического продукта – 9 (0,8%).

Результаты приводимых данных показывают, что основная масса об-

ращений поступила на качество и безопасность оказания различных услуг населению – 37,5%, на качество и безопасность продовольственных, промышленных товаров, соблюдение правил продажи товаров – 55%.

В оперативно-исполнительском и тактико-стратегическом плане достаточно информативны сведения по результатам рассмотрения обращения граждан. При этом просматриваются следующие способы их разрешения: находились на рассмотрении – 8,5%, закончено рассмотрение – 91,5%, включая переадресование по принадлежности – 4,3% и отказы (неправоммерные требования граждан) – 3,1%.

Убедителен коэффициент результативности рассмотрений обращений граждан, по которым: меры приняты – 42,2%, даны разъяснения – 39,3 % и в 12% случаях виновные привлечены к ответственности.

Анализ количества и существа обращений, поступивших в Управление Роспотребнадзора по РС (Я), с жалобами на нарушение законных прав и интересов граждан в различных сферах хозяйственной деятельности свидетельствует не только о снижении, но и о кластерном росте числа обращений, который произошел в сферах: торговли, оказания жилищно-коммунальных услуг, услуг сотовой связи, услуг по установке стеклопакетов из ПВХ.

В целях создания условий по обеспечению жителей Республики Саха (Якутия) качественными услугами торговли, общественного питания и иными платными услугами осуществлялась реализация мероприятий по защите прав потребителей. В ходе проверок выявились нарушения действующего законодательства, которые устраня-

лись руководителями предприятий и предпринимателями в добровольном, досудебном порядке.

За обозначенный период передано в судебные органы 13 заявлений (представительством в Верхнеколымском районе – 2, Кобяйском районе – 2 и территориальными отделами: в Алданском – 1, Намском – 1, Мирнинском – 1, Томпонском – 1). Из них решено положительно в пользу неопределенного круга потребителей 6 заявлений, находятся в производстве судебных органов – 7. Оформлено и передано 22 исковых заявления в интересах конкретных потребителей, из них 20 – направлено Отделами защиты прав потребителей, 2 – представительством в Сунтарском районе и 1 в Верхнеколымском. По 13 заявлениям вынесены решения в пользу потребителей, находятся в производстве судебных органов – 9.

В целях защиты прав потребителей дано 57 заключений, взыскано компенсаций за причинение морального ущерба на общую сумму 140 тыс. 480 руб.

В основном причинами для обращения в суд по защите прав потребителей явились: не оказание или ненадлежащее качество оказываемых жилищно-коммунальных услуг, бытовых услуг, ненадлежащее качество установки пластиковых окон, продажа товаров ненадлежащего качества.

Следует отметить отсутствие практики судебной защиты до настоящего времени в территориальных отделах: в Ленском, Мегино-Кангаласском, Таттинском, Оймяконском, Абыйском, Булунском, Верхоянском, Нюрбинском, Вилюйском, Нерюнгринском районах и в представительствах: в Усть-Майском, Усть-Алданском, Горном, Олек-

НИКИФОРОВА Зинаида Степановна – начальник отдела защиты прав потребителей Управления Роспотребнадзора по РС(Я), советник государственной службы III класса; **АГЕЕВ Павел Олегович** – зав. отделом правового и кадрового обеспечения ФГУЗ “Центр гигиены и эпидемиологии в РС(Я)”; **ЧЕРНЯВСКИЙ Виктор Федорович** – к.м.н., врач-эпидемиолог высшей квалиф. категории ФГУЗ “Центр гигиены и эпидемиологии в РС(Я)”.

Структура обращения граждан в Управление Роспотребнадзора по РС (Я)

Год	Всего	Нарушение правил, норм и прав, абс. число (%)	
		санитарно-эпидемиологических	защиты прав потребителей
2005	1734	726 (41,87)	1008 (58,13)
2006	2768	1351 (48,8)	1417 (51,2)
	3964	2870 (72,4)	1143 (28,83)
2007		включая действия (бездействие) должностных лиц – 5 (0,1) и прочие обращения – 333 (8,4)	

минском, Анабарском, Оленекском, Жиганском, Амгинском, Чурапчинском, Момском, Аллаиховском, Усть-Янском, Верхневилуйском, Среднеколымском районах.

В порядке реализации правового КГД судебных решений по статье 6.3. КоАП РФ приостановлена деятельность 10 хозяйствующих субъектов.

Одним из приоритетных направлений в работе Управления Роспотребнадзора по Республике Саха (Якутия) является государственный контроль за соблюдением законов и иных нормативных актов Российской Федерации, регулирующих отношения в области защиты прав потребителей при получении услуг жилищно-коммунального хозяйства. Анализ 247 заявлений показал преимущество нарушений по вопросам перерасчета за коммунальные услуги ненадлежащего качества, санитарно-технические и санитарно-эпидемиологические нарушения уборки прилегающей территории, несвоевременного вывоза мусора, которые могут быть также отнесены к потенциалу санитарно-эпидемиологического неблагополучия.

В целом по результатам 156 мероприятий возбуждено 118 дел об административных правонарушениях, вынесено 98 постановлений о привлечении к административной ответственности по следующим статьям: по ч. 1 ст. 14.4 КоАП РФ – 35 штрафов, по ч. 1 ст. 14.8 КоАП РФ – 11, по ст. 8.2 КоАП РФ – 34, по ст. 6.4 КоАП РФ – 18 штрафов.

Особо, в порядке статьи 46 «Закона о защите прав потребителей», в судебные органы направлено 7 заявлений в интересах неопределенного круга лиц.

Тем не менее основным направлением в работе по предупреждению и пресечению нарушений законодательства о защите прав потребителей в обозначенных сферах является профилактика нарушений и их устранение в добровольном порядке. Для этого использовались различные методы и формы, такие как дача официальных разъяснений по законодательству о защите прав потребителей, подготовка методических рекомендаций, информационная и просветительская работа через средства массовой информации, консультирование и оказание практической помощи в разрешении конфликтных ситуаций.

Во исполнение письма Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 18.04.2007 г. №0100/3996-

-07-32 «О проведении мероприятий по контролю за соблюдением законодательства о защите прав потребителей в сфере предоставления платных медицинских услуг гражданам» Управлением Роспотребнадзора по Республике Саха (Якутия) проведено 53 мероприятия по контролю за хозяйствующими субъектами, предоставляющими платные медицинские услуги. Проверкой охвачено 24 государственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждений, 29 – иные юридические лица и индивидуальные предприниматели, оказывающие платные медицинские услуги гражданам. Из них выявлено нарушений – 41 случай.

Для большинства проверенных и, особенно, частнопрактикующих врачей характерно нарушение прав потребителей при заключении договоров об оказании платных медицинских услуг: не соблюдается письменная форма договора и оформляются только квитанции об оплате.

Значительны нарушения прав потребителей на получение информации об исполнителе, режиме его работы, об оказываемых услугах. Не предоставляются сведения о квалификации и сертификации специалистов, информация о льготах для отдельных категорий граждан, о сроках получения услуги.

Два материала были направлены в Арбитражный суд Республики Саха (Якутия) (по ст. 14.1 ч. 2) в связи с осуществлением индивидуальными предпринимателями медицинской деятельности без лицензии.

По результатам проведенных проверок возбуждено 41 административное дело по статьям 14.4 ч.2; 14.5; 14.8 ч.1. Общая сумма наложенных штрафов составляет 172 тыс. руб.

Рынок услуг мобильной связи характеризуется сегодня как наиболее динамично развивающийся. Услуги сотовой связи предоставляются в г. Якутске и его пригородах, в городах Мирный, Нерюнгри, Покровск, с. Майя. С расширением рынка услуг сотовой радиотелефонной подвижной связи увеличилось и количество нарушений прав потребителей, типичность которых определяется: непредоставлением полной и достоверной информации об услугах сотовой связи, применяемых тарифах на услуги, о дополнительных услугах, предоставляемых оператором связи.

Управлением Роспотребнадзора совместно с филиалом ОАО «МТС» и с привлечением средств массовой ин-

формации Республики Саха (Якутия) были проведены пресс-конференция, консультации, на которых были поставлены задачи:

- улучшение качества обслуживания абонентов. Это направление определяется возросшим спросом на услуги подвижной связи, а также возрастающими требованиями абонентов к качеству связи;

- расширение перечня услуг, предоставляемых абонентам. Важность этого направления определяется необходимостью реагировать на возрастающие запросы потребителей.

В порядке предоставления туристической деятельности (№ 132 –ФЗ «Об основах туристской деятельности в Российской Федерации») проверен 21 хозяйствующий субъект, оказывающий туроператорскую и турагентскую деятельность, составлено 25 протоколов об административном правонарушении по ст. 6.3 (12 протоколов) и ч. 1 ст. 14.8 (13 протоколов) КоАП РФ.

Проведенные проверки свидетелемствовали о нарушении прав потребителей, предусмотренных статьями 8, 9, 11 Федерального закона «О защите прав потребителей»:

- непредоставление полной и достоверной информации о продавце (исполнителе) и реализуемом товаре (услуге);

- нарушение санитарных требований к санитарно-гигиеническому состоянию и содержанию объектов.

Типичными нарушениями при предоставлении указанных услуг являются: отсутствие в доступном для потребителей месте правил оказания туристских услуг, свидетельства о государственной регистрации предприятия, бланков документов, оформляемых при реализации туристского продукта, книги отзывов и предложений, информационных материалов относительно паспортных, визовых процедур и таможенных правил, о местных обычаях, религии и т.д., непредоставление полной и достоверной информации об услугах, не фиксируется документально прохождение инструктажа туристов по особо опасным инфекциям с выдачей памятки под личную подпись, работниками не пройден медицинский осмотр и санитарно-гигиеническое обучение. В договорах на оказание услуг отсутствует информация о медицинском страховании, о сроке подачи заявления в случае претензии со стороны туриста и сроке ее рассмотрения.

По результатам проведенного анализа действующих нормативно-пра-

новых актов федерального законодательства по защите прав потребителей подготовлены методические рекомендации в сфере предоставления туристских услуг, разработан реестр юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих туроператорскую и турагентскую деятельность, а также иную деятельность по организации путешествий.

Согласно плану организации рынков на территории Республики Саха (Якутия), по состоянию на 26 апреля 2007 г. действовало 86 рынков, из них 38 – универсальных, 44 – вещевых, 1 – продовольственный, 1 – сельскохозяйственный, 1 – автомобильный. На территории г. Якутска функционировало 8 объектов розничной торговли.

По результатам проведенных контрольно-надзорных мероприятий за соблюдением хозяйствующими субъектами Федерального закона № 271 –ФЗ «О розничных рынках и о внесении изменений в Трудовой кодекс Российской Федерации» установлено:

1. ООО Рынок «Столичный»: составлено 2 протокола об административном правонарушении (по части 1 ст. 14.34 и по ст. 6.3 КоАП РФ) и нарушении Санитарных правил и норм (СанПиН 2.3.6. 1066-01 п. 7.8).

2. ООО «Центр строительных материалов» (рынок по продаже материалов, изделий, оборудования, инвентаря для строительства и ремонта): составлен 1 протокол об административном правонарушении (по части 1 ст. 14.34 КоАП РФ).

3. ООО «Мономах» (специализированный рынок по продаже меховых изделий): составлен 1 протокол об административном правонарушении в отношении ООО «Мономах» (по части 1 ст. 14.34 КоАП РФ).

4. ОАО «Городской рынок» (универсальный розничный рынок по продаже товаров народного потребления): составлены 3 протокола об административных правонарушениях (по ст. 14.8, 14.34, 6.3 КоАП РФ) и 2 акта контрольно-надзорных мероприятий переданы в прокуратуру г. Якутска для принятия мер.

5. ОАО «Сайсары» (универсальный розничный рынок по продаже товаров народного потребления). На момент проверки, по данным договорного отдела ОАО «Сайсары», количество арендаторов составляет 212. По схеме размещения всего торговых мест 338. Состояние рынка удовлетворительное.

6. ООО ПКФ «Лера» (универсальный розничный рынок по продаже товаров народного потребления): со-

ставлены 2 протокола об административных правонарушениях (по ст. 14.8, 14.34 КоАП РФ) и 2 акта контрольно-надзорных мероприятий переданы в прокуратуру г. Якутска для принятия мер.

7. ПК «Силуэт» (универсальный розничный рынок по продаже товаров народного потребления): составлен 1 протокол об административном правонарушении (по части 1 ст. 14.34 КоАП РФ).

8. ООО «Золотинка» (универсальный розничный рынок по продаже товаров народного потребления). В нарушение санитарных правил и норм 42-128-4690-88 «Санитарные правила содержания территорий населенных мест» п. 5.2.2 отсутствуют канализация и водопровод. Материалы дела переданы в прокуратуру г. Якутска для принятия мер.

Таким образом, в ходе контрольно-надзорных мероприятий за соблюдением хозяйствующими субъектами Федерального законодательства составлено 10 протоколов об административных правонарушениях и 5 актов контрольно-надзорных мероприятий. Кроме этого, в Якутский городской федеральный суд переданы материалы дела в отношении ООО «Ника» («Студенческий рынок») на предмет приостановления деятельности рынка и в отношении ИП (рынок «Энсиэли») на предмет прекращения деятельности рынка.

В результате проведенных контрольно-надзорных мероприятий констатировано следующее:

1) администрацией городского округа «Город Якутск» выданы 7 разрешений на право организации розничного рынка хозяйствующим субъектам с нарушением требований пункта 1 ст. 14 Федерального закона № 271 «О розничных рынках и о внесении изменений в Трудовой кодекс Российской Федерации», не разработаны и не согласованы с Управлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Саха (Якутия) схемы размещения торговых мест.

В нарушение ст. 13 Федерального закона № 271 «О розничных рынках и о внесении изменений в Трудовой кодекс Российской Федерации» и пункта 1.5 Правил работы рынков в Республике Саха (Якутия), утвержденных постановлением Правительства Республики Саха (Якутия) от 26 апреля 2007 г. № 176 «Об упорядочении рыночной торговли и утверждении правил работы рынков в Республике Саха (Якутия)», с Управлением Федеральной службы

по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Саха (Якутия) график санитарных дней не согласован.

2) Рынок ПК «Силуэт» не соответствует определению понятия «розничный рынок», установленному ст. 3 Федерального закона № 271 «О розничных рынках и о внесении изменений в Трудовой кодекс Российской Федерации».

3) Торговый комплекс «Манньыаттах», где присутствуют элементы рыночной торговли, на территории рынка установлены палатки и торговые ряды по продаже промышленной группы товаров. Хозяйствующий субъект данной территории не установлен. Документы переданы в Администрацию городского округа «Город Якутск» для выяснения обстоятельств.

За 12 месяцев 2007 г. проведено 428 контрольно-надзорных мероприятий, направленных на проверку соблюдения хозяйствующими субъектами, осуществляющими реализацию алкогольной продукции, соответствующих правил продажи и санитарно-эпидемиологических правил и норм. При проведении контрольных мероприятий было отобрано и направлено в испытательно-лабораторный центр ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Саха (Якутия)» 2015 образцов алкогольной продукции на соответствие требованиям санитарно-гигиенических правил и нормативов. Из них не соответствуют санитарным требованиям и государственным стандартам 98 проб или 5 % (к общему числу исследованных проб). Число забракованных партий – 79. Объем забракованной продукции – 35987,5 л, в том числе водки и ликеро-водочной продукции – 30093,8 л, вин виноградных и плодовых – 6279 л, вин шампанских и игристых – 71,6 л, коньяка – 12,9 л. Всего изъято из оборота алкогольной продукции 36157,6 л, в том числе находящейся в нелегальном обороте, а также без надлежаще оформленных сопроводительных документов.

Итоги 40 контрольно-надзорных мероприятий, в том числе 23 совместно с представителями органов внутренних дел республики, выявили нарушения правил продажи отдельных видов товаров (по статьям КоАП РФ ч.1 ст. 14.8, 14.15). Снята с продажи продукция на сумму 401 тыс.500 руб. По структуре основные нарушения связаны с отсутствием на каждом экземпляре (упаковке) аудиовизуального произведения и фонограмм сведений об обладателе авторских и смежных прав, наименовании и месте нахождения изготовите-

ля, номера лицензии на деятельность по воспроизведению (изготовлению экземпляра). В сфере оборота экземпляров аудиовизуальных произведений и фонограмм всего за отчетный период зарегистрировано 3 заявления граждан, которые рассмотрены в срок, приняты меры.

В целях совершенствования механизма защиты прав потребителей и профилактики нарушений отделом защиты прав потребителей проводилась совместная работа с другими контролирующими органами и министерствами РС (Я): Министерством внутренних дел, Министерством по делам предпринимательства, развития туризма и занятости, Государственным комитетом Республики Саха (Якутия) по торговле и материально-техническим ресурсам. В рамках данных соглашений созданы и действуют Межведомственные рабочие группы по разработке рекомендаций для предприятий и предпринимателей торговли и общественного питания Республики Саха (Якутия), по безопасности и качеству алкогольной продукции. Заключено 15 соглашений о взаимодействии в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека с администрациями муниципальных районов республики, 5 соглашений с общественными объединениями по защите прав потребителей.

Взаимодействие Управления Роспотребнадзора по РС (Я) с общественными объединениями потребителей осуществляется согласно совместным планам реализации соглашений по следующим направлениям: оказание консультационной помощи по вопросам защиты прав потребителей; обмен информацией о фактах нарушения законодательства о защите прав потребителей, судебная практика; информирование и просвещение населения и хозяйствующих субъектов по вопросам правоприменения в области защиты прав потребителей и др. В качестве методической помощи осуществляется обеспечение нормативно-правовыми актами, процессуальными документами, проектами ответов заявителей и др. Специалистами отдела защиты прав потребителей прочитаны лекции по взаимоотношению МО с Управлением Роспотребнадзора по РС(Я). Проведено 34 совещания-семинара в районах и городах республики по вопросам взаимодействия в сфере защиты прав потребителей, по работе с обращениями граждан, а также круглые столы на различные темы по соблюдению законодательства в указанной сфере.

Также отделом проведены 33 семинара для руководителей предприятий, индивидуальных предпринимателей, 34 семинара – для специалистов органов местного самоуправления, территориальных отделов Управления по вопросам защиты прав потребителей. Организованы «горячая линия» и День открытых дверей. Специалисты отдела защиты прав потребителей выезжали в командировки почти во все районы республики, где осуществляли комплексные проверки деятельности территориальных отделов и представительств, торговых объектов, проводили совещания, семинары и круглые столы с участием представителей администраций муниципальных образований, индивидуальных предпринимателей. Результаты командировок: проведено более 200 мероприятий по контролю торговых объектов, аптек, школ, детских садов и т.д. Составлено более 110 протоколов об административном правонарушении. В числе основных нарушений – отсутствие санитарно-эпидемиологического заключения на объект, в продаже имеются товары с истекшим сроком годности, нарушение условий хранения, отсутствует информация о продавце, ненадлежащим образом оформляются ценники на товары, отсутствуют сертификаты соответствия на товары, нет книг отзыва и предложений, в большинстве магазинов нарушается ассортиментный перечень реализуемых товаров.

Результаты работы отдела, информация о проведенных проверках предприятий, а также информационные статьи по вопросам применения закона РФ «О защите прав потребителей» размещены на сайте Управления Роспотребнадзора по Республике Саха (Якутия), освещаются в газетах, по радио и телевидению.

Одним из важных направлений деятельности отдела является консультационная работа. В результате разъяснительной работы, постоянно проводимой специалистами отдела с субъектами предпринимательской деятельности, удалось добиться разрешения конфликтных ситуаций в досудебном порядке. Проводится определенная работа в сфере просвещения и информирования широких слоев населения посредством публикаций в печати, выступлений на радио и телевидении.

Для оказания практической помощи территориальным отделам и представителям специалистами выполнено 29 (плановых) и 6 (вне плана) командировок, осуществлялись комплексные проверки деятельности Тер-

риториальных отделов и представительств, торговых объектов, проверки соблюдения Регламента с оказанием практической и юридической помощи, проводились совещания, семинары по вопросам соблюдения законодательства о защите прав потребителей, правил торговли.

Составлены методические письма по проведению контрольно-надзорных мероприятий в сфере долевого строительства, в сфере оказания жилищно-коммунальных услуг, в сфере платных медицинских услуг, направленных на защиту прав потребителей. Подготовлено информационно-методическое письмо для территориальных отделов Управления о предупреждающей надписи о вреде чрезмерного употребления алкогольной продукции для здоровья человека, а также о противопоказаниях к ее употреблению на потребительской таре единицы алкогольной продукции.

В предметно-конкретном плане [1] необходимо в каждом территориальном отделе иметь специалиста по защите прав потребителей или совместить работу юриста и специалиста по ЗПП, что повысит КПД контрольно-надзорной деятельности, направленной на защиту прав потребителей. Важно объединить свои усилия с общественными движениями и органами МО по усовершенствованию системы сбора и обработки данных контрольно-надзорной деятельности территориальных отделов (в том числе для составления статистических наблюдений по форме 1-КЧ. 1-ЗП), для системного и своевременного решения возложенных задач.

Литература

1. **Протодияконов А.П.** Опыт работы отдела защиты прав потребителей в Республиканском Управлении Роспотребнадзора / А.П. Протодияконов, З.С. Никифорова // Дальневосточный журнал инфекционной патологии. - № 9. - С. 100-102.
2. **Закон** РФ от 07.02.1992 № 2300-01 «О защите прав потребителей».
3. **Закон** РФ № 52-ФЗ от 30 марта 1999 г. «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».
4. **О результатах** проверки деятельности Управления Роспотребнадзора по РС (Я) и ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РС(Я)». Решение постоянно действующего совещания Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека / приложение № 3 к протоколу от 29.05.2007 г. за № 5. - М., 2007. - 121 с.
5. **Справка** о деятельности Управления Роспотребнадзора по РС (Я) и ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РС(Я)». - Якутск, 2008. - (02.03.08 г.). - 38 с.

М.В. Щелчкова, М.С. Находкина

ХИМИЧЕСКАЯ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВОДЫ ОЗЕРА МЮРЮ И ВОДОХРАНИЛИЩА КУОСАГАС (УСТЬ-АЛДАНСКИЙ РАЙОН)

Введение. Проблема безопасного и качественного водообеспечения населения Республики Саха (Якутия) имеет непреходящее актуальное значение. Она вписывается не только в систему регионального здравоохранения, но и в целостную систему Госсанэпиднадзора. В решении этой проблемы важное значение имеет мониторинг качества воды, позволяющий своевременно проводить профилактические мероприятия и разрабатывать меры по устранению недостатков. Исследования последних лет показывают, что при огромных ресурсах пресной воды в Якутии (более 700 тыс. рек и 800 тыс. озер) состояние питьевого водоснабжения населения с гигиенических позиций является неудовлетворительным. Это связано с эпидемиологической ненадежностью традиционно используемых водоисточников в результате их многолетнего загрязнения и отсутствия эффективных технологий очистки воды [1,5,6].

Цель нашей работы состояла в изучении санитарно значимых химических и микробиологических показателей воды оз. Мюрю и водохранилища Куосагас, расположенных на территории с. Борогонцы – административного центра Усть-Алданского улуса. На основе этих данных оценивали качество воды и пригодность ее для использования человеком, а также характер загрязнения водоемов и эффективность существующих мер по их охране.

Материалы и методы. Исследования воды оз. Мюрю и водохранилища Куосагас проводили в 2005-2007 гг. в сезонной динамике. Отбор проб производили весной (в марте или апреле), летом (в июне), осенью (в сентябре), зимой (в январе) с глубины 0,5; 1,5-2 и 3 м. В пробах определяли следующие химические показатели: цветность, мутность, окисляемость, pH, жесткость, содержание кальция, магния, железа, хлоридов, сульфатов, карбонатов, марганца, фтора, нитри-

тов, аммония и нефтепродуктов [4]. Из микробиологических показателей определяли общее микробное число (ОМЧ), общие колиформные (ОКБ) и термотолератные бактерии (ТКБ), колифаги и патогенную микрофлору [2].

Результаты и обсуждение. Озеро Мюрю – крупнейшее термокарстовое озеро Якутии. Оно издавна является местом поселения якутов. В настоящее время на его берегах расположены пять населенных пунктов с численностью населения около 9 тыс. человек. Озеро находится в стадии

усыхания, имеет площадь зеркала 12,1 км² и глубину 7,7 м.

Наши исследования показали, что вода оз. Мюрю характеризуется как жесткая, щелочная, гидрокарбонатно-магниева. Она обогащена органикой, взвешенными веществами, коллоидными соединениями железа, водорослями и микроорганизмами. В связи с этим показатели цветности, мутности и окисляемости характеризуются высокими значениями во все сезоны года, превышающими предельно допустимые нормы в 2-5 раз (табл. 1).

Таблица 1

Химические свойства воды озера Мюрю и водохранилища Куосагас (n=9)

Показатели	Норма	Оз. Мюрю			Водохранилище Куосагас		
		Глубина, м	М	Lim	Глубина, м	М	Lim
pH	6-9	0,5	9,1	8,7-9,6	0,5	9,2	8,5-10,2
		1,5	8,6	8,0-9,2	2,0	9,9	8,6-9,7
		3,0	9,0	8,7-9,2			
Жесткость, мг-экв/дм	Не более 7	0,5	11,45	7,90-18,40	0,5	3,36	2,16-4,20
		1,5	11,82	9,06-18,06	2,0	2,68	1,20-2,99
		3,0	12,56	8,06-18,26			
Магний, мг/дм	Не более 50,0	0,5	151,82	44,99-202,20	0,5	28,11	16,55-45,23
		1,5	149,90	49,80-200,00	2,0	22,89	6,08-45,82
		3,0	143,50	1,20-212,10			
Кальций, мг/дм	Не нормируется	0,5	35,34	13,03-56,51	0,5	14,28	0,20-31,26
		1,5	43,05	12,22-85,51	2,0	12,88	10,82-14,03
		3,0	51,84	8,22-134,37			
Железо, мг/дм	Не более 0,3	0,5	0,55	0,05-1,20	0,5	0,36	0,06-1,50
		1,5	0,41	0,06-0,80	2,0	0,25	0,04-0,92
		3,0	0,41	0,07-0,90			
Хлориды, мг/дм	Не более 350	0,5	41,07	33,20-49,70	0,5	19,12	12,00-28,80
		1,5	40,22	32,10-49,60	2,0	21,09	12,50-27,50
		3,0	40,52	30,90-50,60			
Сульфаты, мг/дм	Не более 500	0,5	12,69	11,00-13,30	0,5	8,56	5,00-19,45
		1,5	12,92	12,20-13,10	2,0	6,91	5,00-10,45
		3,0	12,82	11,20-13,60			
Карбонаты, мг/дм	Не нормируются	0,5	898,3	744,4-1183,8	0,5	285,8	262,4-381,2
		1,5	833,5	740,0- 900,5	2,0	-	-
		3,0	838,9	735,0- 900,7			
Марганец, мг/дм	Не более 0,5	0,5	0,014	0,005-0,090	0,5	0,012	0,006-0,018
		1,5	0,005	0,002-0,005	2,0	0,007	0,002-0,017
		3,0	0,005	0,004-0,005			
Фтор, мг/дм	Не более 1,2	0,5	0,47	0-1,30	0,5	0,24	0,02-0,33
		1,5	0,18	0-0,40	2,0	0,30	0,10-0,54
		3,0	0,09	0-0,25			
Нитриты, мг/дм	Не более 3,0	0,5	0,010	0-0,023	0,5	0,130	0,003-0,500
		1,5	0,006	0-0,020	2,0	0,130	0,001-0,500
		3,0	0,006	0-0,022			
Нефтепродукты, мг/дм	Не более 0,1	0,5	0,006	0-0,033	0,5	0,012	0-0,32
		1,5	0	0-0	2,0	0	0-0
		3,0	0	0-0			

ЩЕЛЧКОВА Марина Владимировна – к.б.н., доцент МИ ЯГУ; **НАХОДКИНА Маргарита Семеновна** – врач-бактериолог филиала ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РС (Я)» в Усть-Алданском районе.

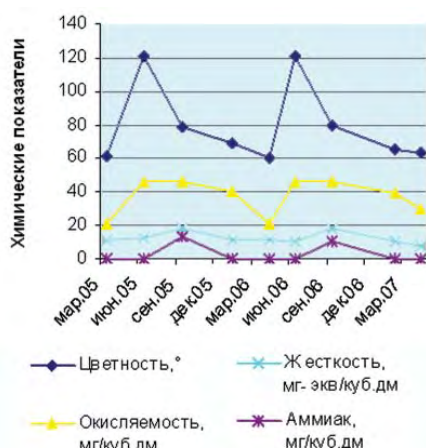


Рис. 1. Сезонная динамика химических параметров воды оз. Мюрю (на глубине 0,5 м)

Сезонные изменения характеризуются повышением жесткости, цветности, мутности и окисляемости воды летом и осенью. Это объясняется эвтрофикацией озера, т.е. обогащением его биогенными элементами за счет стоков при таянии снега и в период выпадения дождей. Об эвтрофикации свидетельствует также «цветение» воды, которое наблюдается в конце июня - начале июля. В результате этого качество воды и условия жизни гидробионтов в озере ухудшаются. Осенью в воде оз. Мюрю возрастает содержание аммиака, что свидетельствует о загрязнении его органическими веществами животного происхождения — отходами животноводства и бытовыми стоками (рис. 1).

В тесной корреляции с химическими показателями находятся микробиологические показатели, которые оценивали по общему микробному числу. Полученные нами данные показывают, что вода оз. Мюрю содержит повышенное количество бактерий, численность которых возрастает в летний и осенний периоды (рис. 2, а). В это же время в воде возрастает содержание общих колиформных и термотолерантных бактерий (рис. 2, б). Их количество превышает допустимые нормы

примерно в 2-2,5 раза. Данные группы бактерий являются типичными обитателями кишечника животных, и повышение их содержания в воде говорит о фекальном загрязнении озера. Патогенные бактерии и колифаги во все сезоны года в озере не обнаружены.

Профильное распределение микрофлоры показало, что наиболее высокая концентрация бактерий содержится в верхнем (50 см) слое воды, что связано с влиянием комплекса физических факторов: хорошей освещенностью, прогреваемостью, содержанием растворенных газов. С глубиной численность микроорганизмов закономерно снижается.

Таким образом, эпидемиологическая обстановка оз. Мюрю по микробиологическим показателям в летнее время оценивается как неблагоприятная. Однако осенью и зимой она соответствует норме в результате самоочищения озера. Самоочищение — это разложение органических веществ и уменьшения численности бактерий различных видов под действием аутохтонной (собственной) сапрофитной микрофлоры озера. Об интенсивности процессов самоочищения можно судить по соотношению общей численности бактерий, выросших при температуре +20°C, к общей численности бактерий, выросших при температуре +37°C. Установлено, что процессы самоочищения идут активно, если это отношение равно 4 и выше. Наши исследования показали, что самоочищение в оз. Мюрю наиболее активно протекает летом и осенью, что характерно для естественных водоемов (табл. 2).

Водохранилище Куосагас в отличие от оз. Мюрю имеет искусственное происхождение. Оно было создано в 1998 г. как основной резервуар питьевой воды, имеет водоизмещение 959 тыс. м³,

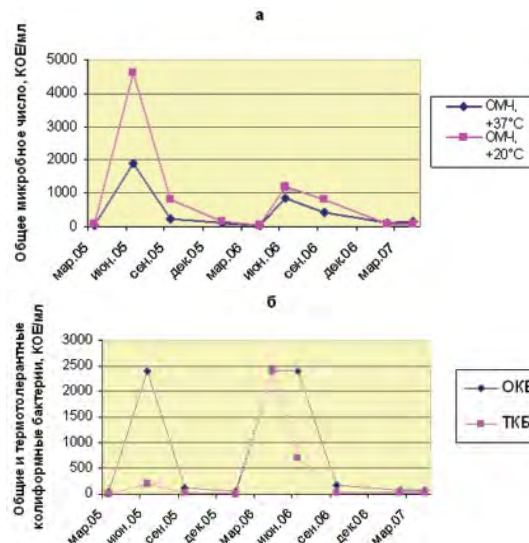


Рис. 2. Сезонная динамика микробиологических параметров воды оз. Мюрю (на глубине 0,5 м): а — общее микробное число; б — общие и термотолерантные колиформные бактерии

заполнено ленойской водой. Вода водохранилища характеризуется как мягкая, щелочная, гидрокарбонатно-магниева, слабоминерализованная (табл. 1). Наши исследования и исследования предыдущих лет показывают, что динамика органолептических показателей, косвенно характеризующих органическое загрязнение воды, не имеет тенденции к ухудшению. Но в летнее время в отдельных пробах установлено превышение нормы по цветности, окисляемости, мутности, а также по общему микробному числу (рис. 3).

Причиной этого явления может быть как естественная эвтрофикация, так и невыполнение режимных мероприятий в зоне санитарной охраны водохранилища (летом в водохранилище купаются люди, моют машины). Фекальное загрязнение воды отсутствует, так как содержание нитритов, аммиака, колиформных и термотолерантных бактерий не превышает ПДК. Патогенная микрофлора также не обнаруживается. Вместе с тем процессы самоочищения в водохранилище нарушены, что объясняется искусственным происхождением водоема и незрелостью биоценозов, в том числе и микробных (табл. 2).

Закключение. В результате проведенных исследований было показано, что вода в оз. Мюрю и в водохранилище Куосагас различается по химическому составу и микрофлоре. Вода оз. Мюрю жесткая, гидрокарбонатно-магниева, щелочная, слабоминерализованная с повышенной цветностью, мутностью

Таблица 2

Самоочищение (отношение ОМЧ +20°C к ОМЧ +37°C) озера Мюрю и водохранилища Куосагас

Глубина, м	Дата отбора проб								
	14.03.05	06.06.05	09.09.05	21.01.06	05.04.06	10.06.06	21.09.06	14.02.07	05.04.07
Оз. Мюрю									
0,5	1,5	2,4	3,8	1,1	0,8	1,4	1,9	0,6	0,6
1,5	0	77,3	2,4	1	0	26,8	1,3	3,6	0,5
3,0	4	2,3	4	0	0	28,6	8,6	0	0,2
Водохранилище Куосагас									
0,5	0	1,0	0	1,6	0	0,5	2,3	1,8	0
2,0	0	3,2	1,9	1	0	2,0	2,2	0	0

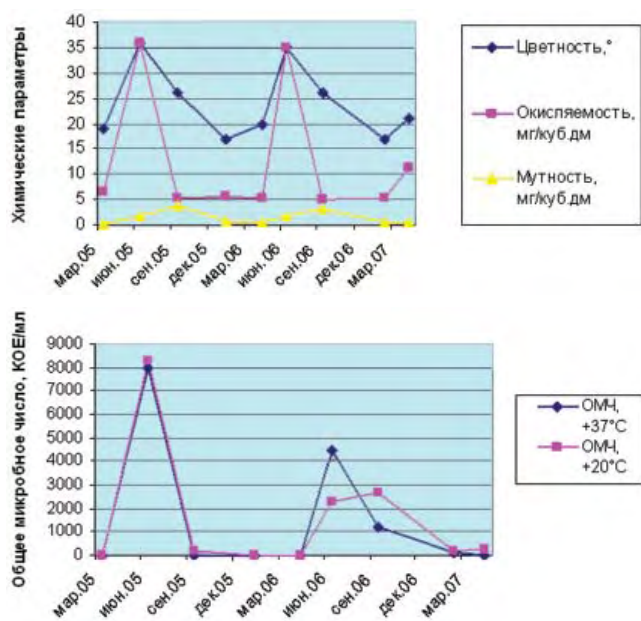


Рис. 3. Сезонная динамика химических параметров (а) и общего микробного числа (б) воды водохранилища Куосагас (на глубине 0,5 м)

и окисляемостью, обогащена микроорганизмами, в том числе условно патогенными. Оз. Мюрю загрязнено неочищенными хозяйственно-бытовыми и сельскохозяйственными сточными водами, что создает предпосылки для распространения острых кишечных инфекций. Вода оз. Мюрю в соответствии с санитарно-гигиеническими нормами не может быть использована для питья и может применяться лишь в хозяйственных целях.

Вода водохранилища Куосагас мягкая, гидрокарбонатно-магниево-щелочная, слабо-минерализованная с нормальной цветностью, мутностью и окисляемостью, общее количество микроорганизмов высокое, но условно патогенная флора отсутствует. В летний период отдельные химические (цветность, мутность) и микробиологические (ОМЧ) показатели могут превышать допустимые нормы, поэтому вода водохранилища Куосагас может применяться для питья только после обеззараживания. Производство очищенной воды в с. Борогонцы уже начато ОАО «Легой». Вода выпускается под одноименной маркой «Легой», и как показывают химические исследования, характеризуется хорошим качеством [3]. Однако широким массам населения бутилированная вода «Легой» недоступна ввиду относительно высокой цены.

Нами установлено также, что существующая система охраны водохранилища Куосагас неэффективна

и требует усовершенствования. Это особенно актуально, так как водоем имеет искусственное происхождение и характеризуется слабыми темпами самоочищения воды, что определяет его высокую чувствительность к антропогенному загрязнению.

Литература

1. Астафьев В.А. Загрязнение объектов окружающей среды и заболеваемость инфекциями с водным путем передачи / В.А. Астафьев, Е.Д. Савилов // Материалы IX съезда Всероссийского научно-практического общества эпидемиологов, микробиологов и паразитологов. - М.: Санэпидмедиа, 2007. - Т.2. - С. 210-211.
2. Методические указания МУК 4.2.1884-04. Санитарно-микробиологический и санитарно-паразитологический анализ воды поверхностных водных объектов. - М.: Минздрав России, 2004. - 26 с.
3. Новгородов П.Г. О качестве бутилированных питьевых вод Якутии / П.Г. Новгородов // Наука и техника в Якутии. - 2006. - №2 (11). - С. 96-99.
4. Новиков Ю.В. Методы исследования качества воды водоемов / Ю.В. Новиков, К.О. Ласточкина, З.Н. Болдина. - М.: «Медицина», 1990. - 400 с.
5. Прокопьева М.В. Гигиеническая оценка антропогенного загрязнения водной экосистемы реки Лена: автореф. дис... канд. мед. наук / М.В. Прокопьева. - М.: Науч. центр. мед. экологии ВСНЦ СО РАМН, 2004. - 18 с.
6. Духанина А.В. Санитарно-вирусологическая характеристика реки Вилюй / А.В. Духанина и [др.] // Материалы IX съезда Всероссийского научно-практического общества эпидемиологов, микробиологов и паразитологов. - М.: Санэпидмедиа, 2007. - Т.2. - С.230-231.

О.Н. Иванова, П.Г. Петрова, М.Ю. Тарасов

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ДЕТЕЙ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

Проблема высокой инфекционной заболеваемости детского населения имеет большое медико-социальное значение, так как она не только в значительной степени обуславливает уровень общей заболеваемости детей, но и является важным фактором риска развития в последующем хронических заболеваний (Балаболкин И.И., 2000).

ИВАНОВА Ольга Николаевна – д.м.н., проф., зав.кафедрой МИ ЯГУ; **ПЕТРОВА Пальмира Георгиевна** – д.м.н., проф., директор МИ ЯГУ; **ТАРАСОВ Михаил Юльевич** – зам.гл. врача по организационно-методической работе Детской городской клинической больницы.

Однако несмотря на большую научно-практическую значимость проблемы, до сих пор остаются малоизученными вопросы влияния социально-гигиенических и медико-биологических факторов риска на развитие инфекционной патологии у детей (Мизерницкий Ю.Л., 2004). Профилактика ОРВИ имеет существенное медицинское и экономическое значение. Медицинское значение заключается в том, что благодаря профилактике можно достичь значительного снижения заболеваемости и удельного веса тяжелых форм болезни, уменьшения заболеваемости пневмоний, случаев

госпитализации и смерти. Известно, что основной функцией иммунной системы является защита генетической целостности организма от проникновения инородных антигенов. Такая защита обеспечивается сложной системой органов, клеток и факторов. При определении эффективных профилактических и лечебных мероприятий для детей, часто болеющих респираторными заболеваниями, необходим поиск индивидуальных методов оздоровления с учетом этиологических и патогенетических механизмов заболевания, а также факторов внешнего окружения, формирующих предрасполо-

женность организма ребенка к частым респираторным заболеваниям. Часто болеющие дети страдают от инфекций верхних дыхательных путей (ринит, назофарингит, тонзиллит, ларингит, трахеит, бронхит), бронхопневмоний, а также вирусно-бактериальных заболеваний ЛОР-органов (отит, синуситы, аденоидиты). Наиболее частым возбудителем этих заболеваний являются вирусы, вирусные инфекции часто осложняются бактериальной, что приводит к нарастанию тяжести заболевания и повышению риска развития осложнений, в связи с этим врач имеет дело с инфекцией смешанного характера.

Материалы и методы

Проведен анализ статистических данных по распространенности вирусными инфекциями верхних дыхательных путей среди детского населения Республики Саха (Якутия) по классификации болезней, травм и причин смерти пересмотра, утвержденной на 25 Всемирной ассамблее здравоохранения в 1998 г. Сведения были получены в Минздраве РС (Я) и Якутском республиканском информационном аналитическом Центре (ЯРМИАЦ) за 1999-2004 гг.

Результаты анализа

Актуальность проблемы ОРВИ на Севере является бесспорной, но анализ этого явления и различия в показателях распространенности по регионам России остается малоизученным. В Республике Саха (Якутия) в настоящее время проживает 949 тыс. человек. Численность детского населения в республике в возрасте до 17 лет составляет 293293 чел., из них в возрасте до 14 лет – 233405 ребенка, в сельской местности проживает 128045 детей. По данным ряда авторов, за последние годы положение детей, проживающих в отдаленных северных регионах страны, значительно ухудшилось (Петрова П.Г., 2003)

При анализе статистических данных ЯРМИАЦ выявлен высокий уровень заболеваемости вирусными инфекциями у детей. За период с 1996 по 2006 г. отмечается рост заболеваемости осложнениями ОРВИ: пневмониями, бронхитами, хроническими фарингитами, синуситами, ринитами. В сравнении с российскими показателями в 2006 г. (6,72 на 1000 населения) заболеваемость ОРВИ в РС(Я) у детей до 14 лет была высокой и составляла 11,8 (рис.1, а).

При анализе диспансеризации детей с пневмониями, бронхитами, отитами выявлен рост показателей

наблюдения за детьми с пневмониями (рис.1, б).

При анализе заболеваемости ОРВИ и её осложнениями выявлен высокий уровень встречаемости гриппа и осложнений ОРВИ (пневмоний, отитов) у детей раннего возраста (рис.2). По статистическим данным, по Российской Федерации заболеваемость ОРВИ и её осложнениями у детей до 1 года в 2006 г. составила 1182,1, что сопоставимо с данными по Республике Саха (Якутия).

Таким образом, ОРВИ в условиях Республики Саха (Якутия) представляют актуальную проблему, которая требует дальнейшего анализа факторов риска формирования групп длительно и часто болеющих детей.

При анализе историй болезни детей, поступивших в отделение реанимации и интенсивной терапии Детской городской клинической больницы за 2006-2007 гг., выявлено, что на долю острых респираторно-вирусных инфекций и острых кишечных инфекций приходится 91,6% от всех случаев инфекционных заболеваний у детей, потребовавших госпитализации в ОРИТ. При этом наибольший удельный вес тяжелых форм ОРВИ характерен для возрастной группы до 6 лет - 79,1%.

Ведущими социально-гигиеническими факторами риска развития тяжелых форм ОРВИ у детей дошкольного возраста являются: искусственное вскармливание ребенка неадаптированными смесями, выход матери на

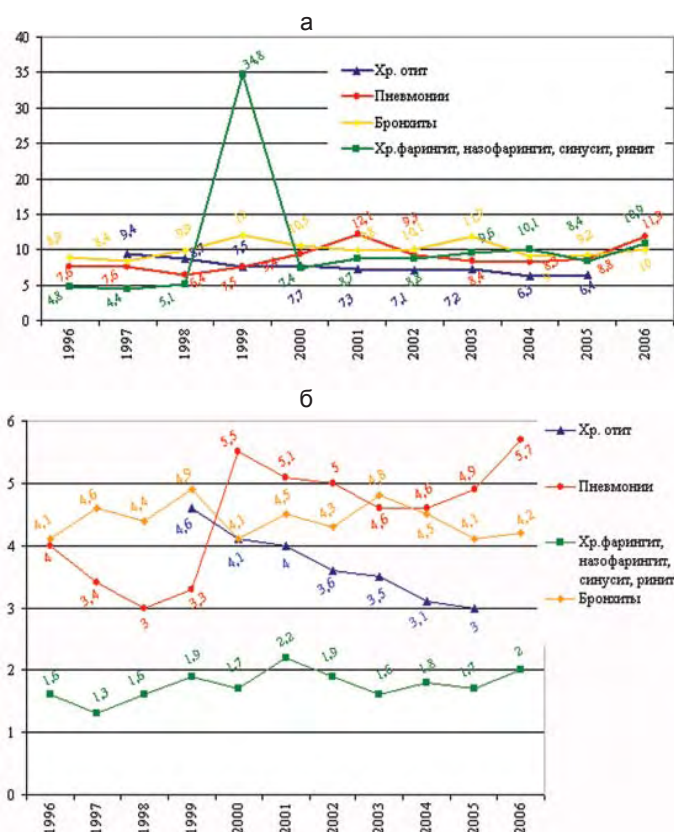


Рис.1. Общая заболеваемость (а) и диспансеризация (б) детского населения (0-14 лет), зарегистрированного в лечебно-профилактических учреждениях Республики Саха (Якутия) (на 1000 детского населения)

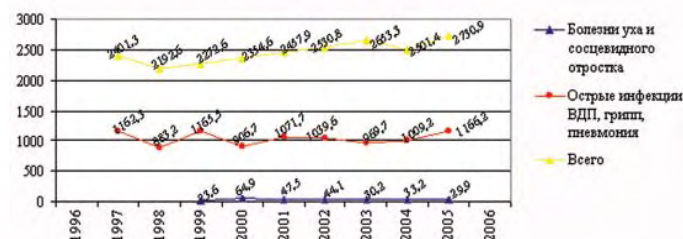


Рис.2. Общая заболеваемость детей 1-го года жизни, зарегистрированных в лечебно-профилактических учреждениях Республики Саха (Якутия) (на 1000 детского населения)

работу до окончания декретного отпуска и курение отца в присутствии ребенка.

Заключение

Анализ статистических данных по Республике Саха (Якутия) и Российской Федерации свидетельствует о высокой распространенности осложнений ОРВИ у детей Республики Саха (Якутия). Для детей из группы риска по развитию тяжелых форм ОРВИ должны быть предусмотрены такие медико-организационные мероприятия, как выявление и санация очагов хронических инфекций у всех членов семьи, назначение курсов адаптогенов, вита-

минов, интерферонов в периоды сезонного подъема заболеваемости, вакцинопрофилактика, а также коррекция режима дня и питания ребенка.

Литература

Балаболкин И.И. Влияние острых респираторных инфекций на течение аллергических заболеваний у детей подросткового возраста/ И.И. Балаболкин, Т.Б. Сенцова, В.А. Булгаков

ва// Материалы 19-го съезда педиатров России.-М., 2001.-С.61.

Балаболкин И.И. Профилактика респираторной аллергии у детей/ И.И. Балаболкин// Российский педиатрический журнал.-2003.-№6.-С.55-56.

Балкарова Е.О. Вирусно-бактериальные ассоциации у пациентов с atopическим синдромом/ Е.О. Балкарова, А.Г.Чучалин, Н.А.Калганов// 10-й Национальный конгресс по болезням органов дыхания. – СПб., 2000. -№75. - С.26.

Мизерницкий Ю.Л. Детский научно-практический пульмонологический центр МЗ РФ: состояние и ближайшие перспективы/ Ю.Л. Мизерницкий, С.Ю. Царегородцев, С.Ю. Калганов// Российский вестник перинатологии и педиатрии.-2002.-№5.-С.59-62.

Петрова П.Г. Захарова Д.А., Иноземцева Л.О. Микроэлементный дисбаланс среды и иммунный статус организма/ тез.докл. ХРоссийского-Японского медицинского симпозиума.-2003.-43с.

АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА

И.А. Иванов

ОТДАЛЁННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ И ИХ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

В 80-х гг. прошлого века число больных с черепно-мозговой травмой (ЧМТ) ежегодно увеличивалось в среднем на 2%. К сожалению, за последние 15 лет рост числа больных с черепно-мозговыми травмами приобрёл ещё более нарастающий темп. По прогнозам специалистов, в 21-м веке случаи стихийных (наводнения, ураганы, землетрясения, засухи и т.д.) и техногенных катастроф, обусловленных человеческим фактором, будут только учащаться. Большое количество тяжёлых травм люди получают в состоянии алкогольного опьянения. А бытовое пьянство и алкоголизм среди населения России за прошедшие полтора десятилетия приобрели форму национального бедствия.

На первом месте среди травм мирного времени стоят бытовые, затем идут дорожно-транспортные, производственные, спортивные. При черепно-мозговых травмах (сотрясениях, контузиях, ушибах, сдавлениях мозга) возникают функциональные и органические, локальные и обширные изменения: разрушение структуры мозговой ткани, её отёк и набухание, кровоизлияния, в дальнейшем – гнойное или асептическое воспаление, процессы атрофии клеточных элементов и волокон, рубцовое замещение повреждённой ткани. Отмечаются нарушения гемо- и ликвородинамики, нейрорефлекторных механизмов, регулирующих обмен веществ, деятельность сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Л.И.Смирнов (1947) объединил эти процессы под названием травматическая болезнь.

В течении травматической болезни выделяют четыре периода: начальный, острый, подострый, или поздний, и отдалённый. Психические нарушения, возникающие в результате черепно-мозговых травм, принято соотносить с этими этапами развития травматического заболевания: 1) психические нарушения начального периода, проявляющиеся в основном расстройствами сознания (оглушение, сонор, кома) и последующей астенией; 2) острые травматические психозы, возникающие непосредственно после травмы головного мозга в начальный и острый периоды; 3) подострые или затяжные травматические психозы, являющиеся продолжением острых психозов или впервые появляющиеся спустя несколько месяцев после травмы в подостром периоде и 4) психические нарушения отдалённого периода, обычно появляющиеся впервые спустя через несколько лет или же вытекающие из более ранних психических расстройств. Тема нашего разговора – психические расстройства в отдалённом периоде ЧМТ, которые в клиническом отношении наиболее многообразны и тяжелы по своим последствиям.

Отдалённые последствия черепно-мозговых травм возникают тогда, когда после перенесенной травмы не наступает полного выздоровления. Это зависит от многих факторов: тяжести травмы, возраста больного в тот момент, состояния его здоровья, особенностей характера, предрасположенности организма, эффективности проводимого лечения и воздействия дополнительных вредоносных факторов, например, как это часто бывает, алкоголизации. Психические нарушения в отдалённый период травми-

ческой болезни возникают не только после тяжёлых, но и после лёгких черепно-мозговых травм. Поэтому вполне обосновано предупреждение, что к лёгким черепно-мозговым травмам не должно быть «лёгкого отношения». Профессор Г.К. Ушаков, заведующий кафедрой психиатрии 2-го МОЛГМИ в 70-х гг. прошлого века на своих лекциях по этому поводу говорил: «... В прогностическом отношении лучше перенести одну тяжёлую, но излеченную черепно-мозговую травму, чем несколько лёгких, но не пролеченных».

Трудность разграничения органического и функционального факторов сказывается на систематизации непсихотических травматических расстройств в отдалённый период. Понятие «травматическая энцефалопатия» не лишено недостатков, так как в основном указывает на наличие структурно-органических изменений. Выделяют несколько её вариантов. Это - травматическая астения, иначе церебрастения, травматическая апатия, травматическая энцефалопатия с психопатизацией, циклотимоподобными расстройствами. В отдалённый период наряду с непсихотическими нарушениями наблюдаются пароксизмальные расстройства, острые и затяжные травматические психозы, травматическое слабоумие. Поговорим о каждом из них в отдельности.

Травматическая церебрастения. Астенический синдром в отдалённый период, являясь «сквозным» при травматической болезни, встречается примерно у 1/3 больных и в целом будет исчисляться огромным количеством страдающих этим недугом людей, учитывая не одну миллионную армию перенесших черепно-мозговую травму. А «сквозным» называется, потому что

возникает, как правило, на ранних этапах черепно-мозговой травмы.

Картина болезни выражается в основном в виде раздражительности и истощаемости. Больные становятся несдержанными, вспыльчивыми, нетерпеливыми, неуступчивыми, легко вступают в конфликты, а потом раскаиваются в случившемся. Наряду с этим для больных характерны повышенная утомляемость, нерешительность, неверие в собственные силы и возможности. Обычно астенический синдром сочетается с пониженным фоном настроения, тревожными и ипохондрическими реакциями, сопровождается выраженными вегето-сосудистыми расстройствами: покраснением кожи, потливостью, колебанием пульса. Больные жалуются на рассеянность, забывчивость, невозможность сосредоточиться, нарушение сна. Повышенная истощаемость, нетерпеливость отмечают при выполнении точных работ, требующих напряжения внимания и сосредоточенности. Из-за повышенной отвлекаемости внимания усвоение нового материала затруднено или невозможно. Часто отмечается непереносимость к звуковым и световым раздражителям. Характерны жалобы на головные боли, головокружения, усиливающиеся при плохой погоде, колебании атмосферного давления. Отдых приводит к значительному улучшению. Интеллектуальные нарушения у больных с церебральным синдромом выражены незначительно. Кроме повышенной истощаемости и связанного с ней нарушения внимания, в частности недостаточной сосредоточенности, может отмечаться нерезко выраженное нарушение памяти. Больные особенно плохо переносят жаркое время года, пребывание в душных помещениях. Таких людей обычно называют метеопатами.

Травматическая апатия. Проявляется в сочетании повышенной истощаемости с вялостью, заторможенностью, снижением активности, инициативы. Интересы ограничиваются прежде всего узким кругом забот о собственном здоровье и необходимых условиях существования (утилитарный эгоцентризм). В поведении сквозит безучастно-равнодушное отношение к действительности. Все эти названные проявления болезни в основном возникают в связи с преимущественным поражением лобного отдела головного мозга. Память обычно нарушена.

Травматическая энцефалопатия с психопатизацией чаще формируется у лиц со своеобразными, даже

патологическими чертами характера до болезни и выражается в основном в истерических формах поведения и эксплозивных (взрывчатых) реакциях, злобным, брутальным аффектом со склонностью к агрессивным действиям. Поведение у первой группы больных может принимать черты театральности, демонстративности, в некоторых случаях на высоте аффекта могут возникнуть функциональные судорожные пароксизмы, протекающие часто весьма бурно. Эгоизм и эгоцентричность становятся личностными особенностями больного. Больные конфликтуют, не уживаются в коллективе, часто меняют место работы. Больной считает, что быт в семье и поведение близких в семье должны быть направлены на него, на лечение и уход за ним. У лиц с преимущественно возбудимыми чертами характера отмечаются грубость, конфликтность, злость, агрессивность, нарушение влечений. Такие больные склонны к злоупотреблению алкоголем, наркотиками, в состоянии опьянения устраивают драки, погромы, которые потом нередко не могут воспроизвести в памяти. Под влиянием дополнительных внешних факторов, чаще всего алкоголизации, повторных черепно-мозговых травм, психотравмирующих ситуаций, которые создают прежде всего сами же больные, нарастают черты взрывчатости, мышление приобретает конкретность, инертность. У некоторых больных появляются черты эпилептоидности - педантизм, слащавость, склонность к рассуждению «о безобразиях».

В ряде случаев психопатоподобный синдром характеризуется повышенным фоном настроения с оттенком беспечности, благодушия. Такие больные говорливы, суеверны, легкомысленны, внушаемы, некритичны к своему состоянию (А.А.Корнилов, 1981). На этом фоне наблюдается расторможенность влечений - пьянство, бродяжничество, сексуальные похождения. В свою очередь, систематическое употребление спиртных напитков усугубляет аффективную возбудимость, склонность к правонарушениям, препятствует социально-трудовой адаптации. Психопатоподобные расстройства при отсутствии дополнительных внешних вредностей протекают обычно регрессиентно, т.е. наблюдается обратное развитие.

Циклотимоподобные расстройства сочетаются либо с астенией, либо с психопатоподобными нарушениями и характеризуются колебаниями настроения в виде невыраженных депрессий

и маний (субдепрессий и гипоманий). Пониженное настроение обычно сопровождается плаксивостью, жалостью к себе, опасениями за собственное здоровье и упорным стремлением лечиться. Повышенное настроение отличается восторженностью, умиленностью со склонностью к слабодушию. Иногда отмечаются сверхценные идеи переоценки собственной личности и склонность к сутяжничеству, написанию жалоб в различные инстанции. Пример из практики: в 1994 г. инженер-механик по образованию, 44 лет, попал в дорожно-транспортное происшествие в форме лобового столкновения двух автомашин. В результате полученной закрытой черепно-мозговой травмы около 2 часов находился в бессознательном состоянии. Лечился в хирургическом отделении одной из центральных улусных больниц в течение 4 месяцев. В остром периоде отмечалась т.н. антеро-ретроградная амнезия (беспамятство всего того, что предшествовало и последовало после травмы). Был признан инвалидом 2-й группы по неврологическому профилю. В дальнейшем начали проявляться психопатоподобные расстройства в виде повышенной возбудимости, грубости, конфликтности. Мог проявлять агрессивные тенденции, особенно по отношению к близким. Употребление алкоголя начало принимать систематический и даже безудержный характер. Спустя 2 года после полученной ЧМТ больной попал в поле зрения психиатров. К этому времени намерения устроиться на работу не имели успеха, четко выявилась интеллектуальная и профессиональная несостоятельность. Вторая группа инвалидности была установлена уже по причине травматического слабоумия. Неоднократно находился на стационарном лечении в республиканской психиатрической больнице. А с 2002 г. находится в ней без выписки, к этому времени достаточно четко выступило периодическое аффективное колебание в виде субдепрессий и гипоманий на фоне умеренно выраженных проявлений слабоумия. В гипоманиакальном состоянии становится раскованным, чувства дистанции и такта исчезают, становится говорливым, деятельным. Обычно нарушается сон.

В состоянии субдепрессии становится незаметным, замкнутым, пассивен, бездеятелен. Обычно жалуется на нарушение сна, упорно просит назначения достаточно высокой дозы азалептина. Мыслей о нежелании жить никогда не высказывал.

Травматическая эпилепсия. Она обычно возникает через несколько лет после черепно-мозговой травмы, полученной чаще в виде ушиба мозга, а также огнестрельных ранений, и в результате открытого её характера. Названные виды травмы головы, как правило, обуславливают со временем образование грубых рубцовых изменений ткани мозга. Клинически травматическая эпилепсия отличается значительным полиморфизмом пароксизмальных проявлений. Встречаются большие и малые припадки, кратковременные выключения сознания (абсансы), локальные припадки типа джексоновских, сумеречное расстройство сознания, нарушение настроения в виде тоскливо-злобного или тоскливо-тревожного настроения (дисфории), атипичные припадки с ярко выраженным вегетативно-сосудистым компонентом («диэнцефальные»). Как и другие пароксизмальные расстройства, дисфории провоцируются психотравмирующими обстоятельствами или учащаются при их наличии. В результате полиморфных и частых эпилептиформных проявлений при травматической эпилепсии может наступать прогрессирующее изменение личности, иногда весьма сходное с тем, что бывает при истинной (генуинной) эпилепсии. При травматической эпилепсии довольно часто наблюдаются различные атипичные припадки, которые не всегда можно отличить от истерических, тем более, что они могут сочетаться. В первую очередь следует указать на диэнцефальные припадки с приступообразным сложным комплексом вегетативных расстройств (озноб, ощущение жара, мочеизнурение, жажда, повышенное потоотделение, слюнотечение и др.), иногда сопровождающиеся атипичными судорожными проявлениями на фоне изменённого сознания. При диэнцефальных эпилептических припадках, в межприпадочном периоде остаются ярко выраженные и стойкие вегетативно-сосудистые расстройства, эпизодически обостряющиеся в состоянии припадка. При травматической эпилепсии часто возникают расстройства сознания различной структуры, длящиеся от нескольких минут до нескольких дней. Нередко наблюдаются своеобразные варианты сумеречного помрачения сознания с менее глубоким помрачением сознания, чем при истинных эпилептических сумеречных состояниях. В последующем воспоминания о переживаниях психотического периода (обычно бредовых) частично сохраняются. Травматические сумеречные помрачения сознания иногда возникают аутохтонно (самостоятельно, без внешних воздействий), представляя собой как бы эквивалент эпилептического припадка, а также после эпилептического припадка или в связи с разными неблагоприятными воздействиями - психотравмой, алкогольными эксцессами, переутомлением.

Травматические психозы. К психозам отдалённого периода относятся острые преходящие, затяжные, рецидивирующие и хронические травматические психозы. Среди острых психозов часто наблюдаются сумеречные состояния сознания, которые нередко провоцируются заболеваниями внутренних органов, алкогольными эксцессами и психотравмирующими ситуациями. Их развитию предшествуют головная боль, головокружение, нарушение сна, астенические симптомы. Особенностью сумеречных расстройств сознания травматического происхождения является включение в их структуру делириозных, онейроидных компонентов с последующей частичной амнезией.

Аффективные психозы проявляются в виде периодически возникающих маниакальных и депрессивных состояний (продолжительностью 1-3 месяца) и называются периодически травматическими психозами. Приступы бывают как монополярные, так и биполярные. Они, как правило, наблюдаются спустя 10-15 лет после перенесенной травмы головного мозга. Маниакальные приступы случаются чаще депрессивных и преимущественно встречаются у женщин. Маниакальный синдром при травматическом психозе нередко сопровождается эксплозивностью (взрывчатостью), быстро сменяющейся благодушием. Для него характерны идеаторная непродуктивность, истоцаемость аффекта. Депрессия сопровождается слезливостью или мрачно-злобным настроением, вегето-сосудистыми приступами, ипохондрической фиксацией на своём здоровье. Депрессия с тревогой и страхом часто сочетается с помрачением сознания (лёгким оглушением, делириозными явлениями). Депрессии травматического происхождения отличаются отсутствием витального чувства, преобладанием тревоги, связанной нередко с сенестопатиями, психосенсорными и вегето-сосудистыми нарушениями. Если депрессии часто предшествует психическая травма, то маниакальное состояние провоцируется приёмом алкоголя. Приподнятое состояние принимает вид то эйфории, то возбуждения с гневливостью, то ду-

рашливости с напускным слабоумием и детским поведением. При тяжёлом течении психоза возникает помрачение сознания типа сумеречного или аментивного, что прогностически менее благоприятно. Приступы психозов по своей клинической картине обычно похожи один на другой, как и другие пароксизмальные расстройства, и склонны к повторяемости.

Галлюцинаторно-бредовый психоз чаще встречается у мужчин после 40 лет, много лет спустя после травмы. Его начало обычно провоцируется приёмом больших доз спиртного, оперативным вмешательством. Развивается остро, начинается с помрачения сознания, а затем ведущими становятся обманы слуха («голоса») и бредовые идеи. Острый психоз обычно переходит в хронический. Пример из практики начала 80-х гг.: Мужчина в возрасте 36 лет, работал водителем «Сельхозтехники» в одном из центральных районов Якутии. Обратился к психиатру с жалобой на наличие «голосов», страхи. Как выяснилось, около 10 лет назад, будучи за рулём, потерпел аварию. Машина перевернулась. Помнит, что была кратковременная потеря сознания, но каких-то серьёзных проявлений сотрясения головного мозга не было и за медицинской помощью не обращался. За год до обращения к врачу, возвращаясь из дальнего рейса домой, услышал, что кто-то окликает его по имени. На первый «клик» не обратил никакого внимания. После повторных «кликов» начал оглядываться, искать глазами кто его зовет, но никого рядом не было, «стало как-то жутко». Позже случившемуся начал давать объяснение: «Почудилось, ехал невыспавшийся, уставший был». К несчастью, «клики» через полгода возобновились, но он их не боялся, так как содержание вербальных галлюцинаций было индифферентным. Стал даже привыкать к ним. Со временем произошла трансформация содержания «голосов», появились слова угроз. Естественно, он начал бояться «голосов», что и заставило его обратиться к психиатру. На рентгенограмме черепа внутри одного из полушарий головного мозга был выявлен локальный участок кальцинации (обызвествления), что можно было объяснить как последствие случившегося в прошлом кровоизлияния.

Спустя год после первого посещения психиатра он, как позже выяснилось, уволился с места работы и переехал с семьёй в другой район. К этому времени «голоса» императивно-угрожающего содержания учас-

тились, идеи преследования начали распространяться на большее количество людей из окружения. Испытывал страх за свою жизнь, стал вести затворнический образ жизни. Дальнейшая судьба этого человека мне неизвестна.

Травматический галлюциноз часто является результатами локального поражения височных отделов мозга. Галлюцинаторные образы отличаются своей акустической завершенностью, больными они идентифицируются с реально существующими лицами, «голоса» локализируются в объективном пространстве. Больные отвечают им вслух, ведут с ними беседы, споры. Тематика разнообразна, чаще - это угрозы, брани, приказы, хор голосов. Больные поглощены галлюцинациями, но по выздоровлению критически оценивают болезненные переживания. Временами могут присоединяться зрительные галлюцинации. Отмечается интеллектуально-мнестическое снижение и аффективная неустойчивость.

Паранойальный психоз формируется в отличие от галлюцинаторно-бредового постепенно, в течение многих лет и выражается в бредовой трактовке обстоятельств получения травмы и последующих событий. Могут развиваться идеи отравления, преследования. У ряда лиц, особенно злоупотребляющих алкоголем, формируется бред ревности. Течение хроническое: непрерывное, либо с частыми обострениями.

Корсаковский синдром при черепно-мозговых травмах может развиваться как в острый, так и в отдаленный период. Основным содержанием этого синдрома являются нарушения памяти, в частности запоминания, фиксации текущих событий. Поэтому больной не может назвать дату, месяц, год, день недели, не знает, где он находится, кто его врач. Пробелы в памяти он замещает вымышленными или имевшими место ранее событиями, фактами из своей жизни. Сознание не нарушено. Больной доступен контакту, но критика своего состояния резко нарушена. В последующем может регрессировать, прогрессировать, осложняться другой симптоматикой или сохраняться в неизменном виде на протяжении длительного времени.

Травматическое слабоумие. Оно возникает примерно у 5% лиц, перенесших черепно-мозговую травму. Чаще наблюдается как следствие тяжелых открытых черепно-мозговых травм с поражением лобных и височных долей. Травмы в детском и позднем возрасте вызывают более выраженные дефекты интеллекта. Развитию слабоумия способствуют повторные травмы, частые психозы, присоединяющиеся сосудистые поражения головного мозга, злоупотребление алкогольными напитками.

Основным признаком травматического слабоумия являются расстройства высших интеллектуальных функций, в первую очередь мышления. Эти расстройства выражаются в своеобразном непонимании сложной обстановки в целом при правильном усвоении отдельных её деталей, невозможности выделения существенных признаков, сугубой конкретности представлений с непониманием переносного смысла и нарушением критики. Иногда критическое отношение к отдельным болезненным проявлениям, к отдельным компонентам ситуации частично сохранено.

Довольно постоянны бывают расстройства памяти - от нарушения запоминания до картины амнестического симптомокомплекса (Корсаковский синдром). Для травматического слабоумия характерна повышенная психическая истощаемость. Кроме общей тенденции к обратному развитию, свойственной травматическому слабоумию, следует отметить эпизодические ухудшения состояния, связанные с различными психогенными и соматогенными факторами. Иногда трудно определить степень снижения интеллекта в связи со снижением активности, нарушением побуждений и отсутствием интереса к окружающему и собранностью у больных. Когда удастся достаточно заинтересовать больного и он не слишком утомлён, впечатление о его слабоумии значительно ослабляется.

В случае присоединения церебрального атеросклероза, алкоголизма, после повторных травм слабоумие может стать прогрессирующим.

Лечение. В остром периоде травматические нарушения лечат нейро-

хирурги, невропатологи и ряд других специалистов в зависимости от характера и тяжести черепно-мозговой травмы. Психиатры включаются в процесс лечения в случае возникновения психических нарушений на любом из этапов развития травматической болезни. Терапия назначается комплексно с учётом состояния больного и возможных осложнений. В остром периоде необходим постельный режим, полноценное питание и заботливый уход. С целью снижения внутричерепного давления назначают мочегонные препараты, внутривенно вводят сернокислую магнезию (курсовое лечение), при необходимости проводят спинномозговую пункцию. Правильность применения спинномозговой пункции при закрытых черепно-мозговых травмах как с диагностической, так и терапевтической целью, доказана на практике, но при этом необходимо соблюдать необходимые меры предосторожности. Пункцию нужно проводить при положении больного лёжа. Рекомендуется поочередное применение метаболических препаратов (церебролизина, ноотропов), а также средств, улучшающих циркуляцию крови (трентал, стугерон, кавинтон, циннаризин). При выраженных вегето-сосудистых нарушениях используют транквилизаторы (глицин, седуксен, нозепам, феназепам), малые дозы нейролептиков (этаперазин, клопиксол). При сильном возбуждении применяют нейролептики в виде внутримышечных инъекций (аминазин, тизерцин). При галлюцинациях и бреде используют галоперидол (сенорм), трифтазин (тразин) и др. При наличии припадков и других эпилептических расстройств необходимы противосудорожные средства. Наряду с лекарственными средствами назначают физиотерапию, иглорефлексотерапию, различные методы психотерапии. В случаях тяжелых травм и длительного восстановительного периода требуется кропотливая работа по восстановлению трудоспособности и проведению профессиональной реабилитации. Профилактика психических нарушений при черепно-мозговых травмах заключается в ранней диагностике, своевременном и адекватном лечении как острых явлений, так и возможных последствий и осложнений.

А.А. Донская, С.Н. Морозов, Е.А. Морозова

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНия НА СЕВЕРЕ

До настоящего времени нет четкого представления о причинах возникновения артериальной гипертензии (АГ) в условиях Севера. Ряд авторов Деряпа Н.Р. [5], Давиденко В.И. [4], Хаснулин В.И. [26], Поликарпов Л.С. [17] выделяют особенности течения АГ на Севере в так называемый «северный вариант» АГ с выраженной метеочувствительностью, для которого характерно раннее начало с быстрым прогрессированием, значительным увеличением массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) и индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ).

Во второй половине прошлого века взгляды на распространенность АГ среди коренных и пришлых жителей свидетельствовали о более низкой распространенности заболевания среди коренных. Так, в исследовании, проведенном в 1967-1971 гг. Р.А. Петровым и В.П. Алексеевым [15], обследовано 1003 пациента (мужчины) в возрасте 50-59 лет, в том числе 500 коренных жителей, где выявлена более высокая распространенность АГ среди некоренного населения и среди лиц, имеющих низкий уровень образования, что отмечалось и другими исследователями.

Р.А. Петров [16] также отметил, что у коренного населения побережья Северного Ледовитого океана средний уровень АД у лиц в возрасте до 50 лет был несколько выше, чем в соответствующих по возрасту группах московского населения. Частота гипертонических кризов и ухудшений состояния при гипертонической болезни (ГБ) совпадает с прохождением фронтальных и циклонических периодов погоды в зимние и летние месяцы. Несколько чаще эти кризы возникали у некоренного населения, что, видимо, обусловлено недостаточной адаптацией его к суровым климатическим условиям Якутии.

В настоящее время ряд авторов отметили более высокую распространенность АГ у коренных жителей. По данным И.В. Корнильевой [12], Ю.П. Никитина [13], в России АГ наиболее часто встречается на Урале, в Сибири и на Дальнем Востоке, т. е.

в регионах с менее благоприятными климатическими и экологическими условиями жизни по сравнению с европейской частью России. В работах А.И. Попова и Л.В. Саламатиной [20] изучалась распространенность АГ в районах Крайнего Севера. Полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности АГ у населения, проживающего в неблагоприятных климатических регионах Крайнего Севера. Значительные различия в распространенности АГ в разных районах Крайнего Севера выявлены между мужчинами и женщинами, коренным и пришлым населением, доказав большую распространенность АГ у коренных жителей.

При анализе работы терапевтического отделения МУ ЯГКБ за 2004-2006 гг. из 1390 больных лица с АГ составили 73,9%. Заболевания почек, нарушения обмена, патология ЦНС - это одни из частых состояний, при которых отмечается повышение АД. Заслуживают внимания данные, свидетельствующие о гетерогенности группы АГ, при этом около 60% лиц с АГ составили коренные жители и проживающие на Севере более 20 лет.

На Севере АГ «омолаживается» и становится одной из основных причин инвалидизации и смертности людей в активном трудовом возрасте. Деряпа Н.Р., Давиденко В.И. отметили, что особенностями АГ на Севере является развитие у лиц молодого возраста АГ с неблагоприятным клиническим течением, с частыми кризами, быстрым прогрессированием, наличием осложнений в виде ишемической болезни сердца (ИБС) и хронической сердечной недостаточности. В последнее десятилетие в Республике Саха Якутия сосудистые заболевания сердца и мозга вышли на первое место среди причин смерти населения. Однако северная АГ развивается не только у коренных жителей, но и у лиц, временно проживающих в северных условиях. Хаснулин В.И. доказал, что возможности механизмов адаптации у 70% пришлого северного населения не могут обеспечить длительное сохранение здоровья в экстремальных условиях высоких широт, что ведет к «омоложению» хронических заболеваний, преждевременному старению и сокращению продолжительности жизни работоспособного населения.

Большинство исследователей Севера сходятся во мнении, что суровые климатические условия predisполагают к гипертензивным состояниям, и АГ является одной из типичных болезней адаптации. Проведенные эпидемиологические исследования в Ямало-Ненецком автономном округе показали, что распространенность АГ в этом регионе достигает 47%, при этом большей частью страдает пришлое взрослое население.

В последние годы большое значение придается гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) как показателю поражения органов-мишеней при АГ. Изучение гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) в Якутии были проведено только у лиц пожилого и старческого возраста. Согласно исследованиям Е.К. Поповой, Н.С. Архиповой и др. [22], где с целью изучения распространенности ГЛЖ у лиц пожилого и старческого возраста был проведен ретроспективный анализ 94 историй болезни больных с АГ, пролечившихся в кардиологическом отделении Гериатрического Центра г.Якутска, ГЛЖ диагностирована у большинства обследованных - у 67 больных (71,3%). Оказалось, что чаще ГЛЖ встречалась у коренных жителей старческого возраста (свыше 90 лет), которые имели также более высокие уровни АД. Оценивая предыдущие данные, складывается мнение об устойчивых механизмах адаптации коренных жителей с развитием ГЛЖ только в старческом возрасте.

Л.И. Гапон, Н.И. Шуркевич [2,3] изучили показатели эхокардиографии в зависимости от параметров суточного мониторирования АД (СМАД) у 177 мужчин с АГ 1-й-2-й степени в возрасте 25-59 лет в условиях вахтового труда на Крайнем Севере. Группу сравнения составили 75 пациентов с АГ 1-й-2-й степени, постоянно проживающих в умеренной климатической зоне. Данные исследователи отметили, что ГЛЖ у северян с артериальной гипертензией 1-й-2-й степени встречается в 2 раза чаще, при этом преобладает ее концентрический тип. Нормальная геометрия левого желудочка определена только у 10 при 39% в группе сравнения. В отличие от пациентов с АГ группы сравнения у больных с АГ, работающих вахтовым методом в условиях Севера, выявлены достоверные прямые связи между параметрами

ДОНСКАЯ Ариадна Андреевна - д.м.н., директор клиники ЯГУ; **МОРОЗОВ Сергей Николаевич** - зав. отделением Якутской городской клинической больницы; **МОРОЗОВА Елена Александровна** - врач-терапевт ЯГКБ.

СМАД и типом ремоделирования ЛЖ. При всех вариантах геометрии ЛЖ у больных с АГ, работающих на Севере в условиях вахты, отмечены высокая вариабельность систолического и диастолического АД, снижение среднесуточного систолического АД и перепада АД "день-ночь". При концентрическом типе ГЛЖ у больных с АГ северной группы достоверно увеличен ИММЛЖ. Также найдено, что наиболее существенным гемодинамическим параметром, влияющим на структурное состояние миокарда у данных больных является диастолическая "ночная" гипертензия. Наглядно показано, что даже непродолжительное время работы на Севере вызывает изначально нарушение суточных ритмов АД, что приведет к развитию АГ.

По мнению Е.Вихман [1], при исследовании гемодинамики у жителей Новосибирска, страдающих изолированной систолической артериальной гипертензией (ИСАГ), выявлено, что ГЛЖ диагностирована у лиц с ИСАГ от 77,5 до 83,0% в зависимости от типа ИСАГ, причем преобладала эксцентрическая ГЛЖ от 41,1 до 60,0%, соответственно концентрическая ГЛЖ составляла от 20,0 до 29,4%, концентрическое ремоделирование – 3%. Нормальная геометрия диагностирована в 22,5-17,0%, однако она сопровождается наиболее выраженными гемодинамическими сдвигами.

По данным Донской А.А. и Татариневой В.В [6], при исследовании на базе поликлиники №1 г. Якутска выборки коренных жителей прослеживался ряд нижеследующих достоверных связей, свидетельствующих о симптоматическом характере гипертензии. Так, у мужчин пожилого возраста найдены прямые корреляционные связи между индексом массы тела (ИМТ) и размером левого предсердия (ЛП) и обратные – между конечным систолическим размером (КСР) и фракцией выброса (ФВ), конечным диастолическим размером (КДР) и ФВ. Система взаимоотношений у мужчин свидетельствует о возможной дилатации левого желудочка (ЛЖ). У женщин выявилась средняя тесноты обратная связь между толщиной задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) и размером ЛП, ТЗСЛЖ и КДР, что может свидетельствовать о наличии диастолической дисфункции ЛЖ. Большое количество корреляционных связей выявлено у женщин 60 лет и старше, где отмечается прямая корреляционная связь между ИМТ и АД средним гемодинамическим (АДср. гемод.), а также об-

ратная зависимость между размером ЛП и КДР, КДР и ФВ. Комплекс этих связей свидетельствует в пользу кардиосклероза с возможной дилатацией ЛЖ. Таким образом, изменение морфометрических характеристик сердца происходит в пожилом возрасте, подтверждая возможность устойчивых механизмов адаптации у северян.

Как отмечает Савронская Т.В. [24,25], по данным профилактических осмотров, АГ встречается в среднем у 13% работников газовой промышленности в районе Крайнего Севера (г. Новый Уренгой). Распространенность АГ не зависит от пола, но закономерно увеличивается с возрастом, достигая в среднем 46% среди работников в возрасте 60 лет и старше. АГ практически не встречается среди мужчин и женщин со стажем работы менее 5 лет, однако частота ее обнаружения превышает 60% среди работников со стажем работы в условиях Крайнего Севера не менее 15 лет. В условиях Крайнего Севера у мужчин-работников газовой промышленности, страдающих АГ, ГЛЖ по эхокардиографическим критериям развивается у 66%, несмотря на эффективную антигипертензивную терапию. Таким образом, прослеживается взаимосвязь развития заболевания от возможностей адаптивных реакций – нормотоники превалируют в зрелом возрасте и при наличии непродолжительного стажа работы.

В проведенном в 1998-1999 гг. исследовании среди организованного (водители автотранспорта) населения 20-59 лет, по данным О. П. Осиповой [14], распространенность АГ (160/95 мм рт.ст. и выше) составила 29,9%, по критериям (140/90 мм рт.ст. и выше) - 44,4%. Установлено, что более высокий риск смертности от ИБС и сердечно-сосудистых заболеваний среди водителей автотранспорта вносят: уровень систолического АД, ИМТ, уровень диастолического АД, курение, уровень образования и наличие ИБС. Также Попов А.И. [18,19] доказал, что среди водителей автотранспорта, проживающих в регионах с умеренным климатом, распространенность АГ ниже (27,3-37,9%), чем среди работающих на Крайнем Севере (52,3%), вследствие воздействия экстремальных факторов внешней среды. Распространенность АГ возрастает с увеличением стажа работы на Крайнем Севере, особенно среди водителей до 40 лет. Так, она составляет 8,1% при северном стаже менее 5 лет, 13,5% при стаже до 10 лет и 27,0% при северном стаже более 10 лет. При этом

наиболее значимыми факторами риска развития АГ являются низкая физическая активность (70,2%), курение (48,6), дислипидемия (41,7), нарушение порога вкусовой чувствительности к поваренной соли (37,6), избыточная масса тела (29,6%). Течение АГ у водителей сопровождается выраженным изменением суточного профиля АД, в частности нон-диперы составляют 43,1%, найт-пикеры – 32,7%. При этом в 54,8% случаев АГ сопровождается ГЛЖ.

В 1997 г. на выборке из неорганизованного мужского населения 20-54 лет, обследованной в рамках всесоюзной кооперативной программы "Эпидемиология атеросклероза и ИБС в городах различных регионов" в г. Якутске в 1985-1987 гг., проводилось изучение смертности К.И. Ивановым [7,21]. Срок проспективного наблюдения составил 9,7 лет. По результатам исследования было установлено, что сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смерти среди мужского населения 20-54 лет, составляя 38,4% всех случаев смерти. Среди причин, формирующих структуру смертности от сердечно-сосудистой патологии, ИБС является ведущей и составляет 66,7%; смертность от сосудистых поражений мозга и прочих сердечно-сосудистых заболеваний - 21,6 и 11,7% соответственно. Проведенный многомерный анализ показал, что для всех категорий смертности основными предикторами, определяющими риск смертности среди мужского населения г. Якутска, являются высокий уровень АД, курение и наличие ИБС.

В 1998-2000 гг. Т.М. Климовой и О.В. Шадринной [11] было проведено одномоментное исследование среди неорганизованного мужского населения 20-59 лет и изучена динамика распространенности АГ за 14-летний период. Распространенность АГ среди неорганизованного населения Якутска положительно ассоциировалась с избыточной массой тела, с гиперхолестеринемией, с этнической принадлежностью мужчин, с употреблением алкоголя и наличием ИБС. Проведенный многомерный анализ продемонстрировал, что избыточная масса тела и низкий уровень образования являются весомыми предикторами, определяющими распространенность АГ среди мужского населения в г.Якутске. В динамике за 14-летний период распространенность АГ повысилась с 11,1 до 19,2%.

По данным М.А. Перекальской, А.А. Донской(2003) [23], исследовавших АГ

у лиц с гипоталамическим синдромом (ГС), показатели АД и общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС) прямо зависели от ИМТ, а у величин ударного и минутного объемов, сердечного индекса эта зависимость была обратной. Также найдены прямые достоверные корреляционные связи между ТММЛЖ, КДР, размером ЛП и ИМТ. Полученные данные свидетельствуют о тесной взаимосвязи изменений гемодинамических показателей у мужчин с АГ на фоне нейроэндокринно-обменной формы ГС. Таким образом, основной причиной развития сердечно-сосудистых осложнений у северян явились не метеофакторы, а нарушение обменных процессов.

Согласно данным репрезентативного исследования К.И.Иванова, И.В.Корнильевой [8,9,10], проведенного в Республике Саха в 2002 г.,

распространенность АГ в среднем по республике составила 30,3%. Наиболее высокий показатель распространенности АГ отмечается в Алданском районе, наименее низкий - в Вилюйском (40,0 и 13,5% соответственно, $p < 0,05$). Высокие показатели распространенности АГ регистрируются и в Якутске, где более трети взрослого населения имеют повышенный уровень АД. У мужчин и женщин отмечается отчетливое увеличение распространенности АГ с возрастом. Среди коренного населения Якутии частота АГ достоверно ниже, чем у некоренного (22,9 и 31,7% соответственно). Однако с 6-го десятилетия жизни у коренных жителей распространенность АГ резко увеличивается до 29,3% и более. О наличии повышенного АД информировано от медицинских работников 49,9% мужчин и 66,5% женщин. Антигипер-

тензивные препараты были назначены 34,5% мужчин и 54,5% женщин, при этом эффективно контролировали уровень АД соответственно 14% женщин и 28,8% мужчин.

Таким образом, по литературным данным можно сделать вывод о более тяжелом течении АГ на Севере, при этом у пришлых жителей на раннем этапе адаптации прослеживается компенсаторный механизм развития АГ и она чаще носит транзиторный характер. Одновременно складывается впечатление об устойчивых адаптивных механизмах к АГ у коренных жителей, при этом преобладают симптоматические гипертензии, а суровые условия Севера усугубляют тяжесть течения АГ.

(С библиографией можно ознакомиться в редакции журнала).

ОБМЕН ОПЫТОМ

В.В. Сивцев

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МИКРОБНОЙ ФЛОРЫ ПРИ СЛОНОВОСТИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

В процессе обследования больных слоновостью половых органов были проведены бактериологические исследования патологических изменений тканей. Частые различные воспаления, предшествующие или осложняющие это заболевание, обширность операции по поводу слоновости, анатомическое строение и мацерация кожных покровов половых органов могут способствовать вспышке инфекции.

Проведенные ранее бактериологические исследования кожи, клетчатки, мышцы, фасции, лимфатической жидкости у 76 больных, страдающих слоновостью нижних конечностей, показали, что микробная флора обнаружена у 78,5% больных и представлена, главным образом, белым гемолитическим стафилококком (Луначарская, Савченко, 1969).

Дифференциация микробной флоры, выделенной нами у 21 больного из

различных участков, пораженных слоновостью половых органов (подкожная клетчатка, фасция, отечная ткань вокруг яичек, лимфатическая жидкость), выявила наряду со стафилококком, обладающим белым золотистым и кремовым пигментом, другие монокультуры (протей, споровая и синегнойная палочка). Довольно часто указанные монокультуры были обнаружены в различных микробных ассоциациях. Отмечена частая инфицированность тканей основания мошонки.

Неоднородность микробной флоры дала нам основание использовать в комплексном лечении слоновости половых органов до и после операции определенные антибиотики широкого спектра действия: новые тетрациклины (таблетированная форма морфоциклина, парентеральный препарат оксиглюкоциклин) и полусинтетический пенициллин-ампициллин. При применении терапевтических доз этих препаратов установлено, что они проникают в подкожную клетчатку, лимфатичес-

кую жидкость и кровь в пределах ниже минимальной задерживающей концентрации. Оксиглюкоциклин и морфоциклин накапливаются в клетчатке и лимфе в зависимости от длительности приема. Уровень концентрации ампициллина в клетчатке и лимфе ниже уровня указанных тетрациклинов.

Назначение антибиотиков широкого спектра действия с учетом чувствительности к ним микробной флоры создало их достаточную концентрацию в очагах поражения, позволило избежать или в значительной степени ослабить осложнения в послеоперационном периоде. Все это подчеркивает целесообразность антибиотикотерапии в комплексном хирургическом лечении слоновости половых органов.

Литература

Луначарская Т.В. Микрофлора при слоновости и применение тетрациклинов с профилактической и лечебной целью / Т.В. Луначарская, Т.В. Савченко // Сов. медицина. - 1969. - №7. - С.100-104.

СИВЦЕВ Василий Васильевич — к.м.н., хирург-уролог, доцент МИ ЯГУ.

Р.Ш. Малогулов, И.Д. Ушницкий, М.В. Андросов, В.А. Вознюк

ДЕНТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТОЛОГИЯ В РЕГИОНЕ ЯКУТИИ ВЧЕРА, СЕГОДНЯ И ЗАВТРА

Стоматологическая или зубная имплантология в настоящее время является одним из наиболее перспективных направлений стоматологии. Это в некоторой степени связано с распространённостью стоматологических заболеваний среди населения, которые оказывают влияние на возникновение дефектов зубных рядов, требующее нормализации функциональной деятельности зубочелюстной системы с использованием различных методов лечения, в том числе применением дентальной имплантологии.

В настоящее время для устранения дефектов зубных рядов челюстей широко используются на костные или внутрикостные конструкции имплантатов из различных биологически совместимых материалов [8]. В клиническом плане имплантаты имеют ряд преимуществ, связанных с возможностью установки несъёмных протезов и улучшения фиксации съёмных протезов, снижая при этом интенсивность резорбции костной ткани. Также известно, что они улучшают функциональные и эстетические результаты лечения, что вызывает огромный интерес у специалистов и привлекает все большее количество пациентов.

Интенсивное развитие научно-технического прогресса за последний период позволило широко изучить проблему интеграции имплантатов в костную ткань челюстей, состоящих из различных материалов [4]. Так, в середине второй половины XX в. в исследованиях шведского ученого Пер-Ингвара Бранемарка и работах американского стоматолога профессора Леонарда Линкова впервые была обоснована возможность использования имплантатов из титана – биоинертного и биотолерантного металла, а также его сплавов, в качестве опор для зубных протезов [6]. При этом клинически было доказано, что титановые имплантаты в процессе своего

функционирования могут сохранять непосредственный контакт с костью (феномен остеоинтеграции) или контактировать с ней через слой фиброзной ткани (феномен фиброостеоинтеграции) [1].

В отечественной истории дентальной имплантологии имеется ряд событий, содержащих интересные факты. Так, в Советском Союзе до середины 70-х гг. пропаганда внедрения имплантации в систему здравоохранения не одобрялась, оставалась уделом немногих частнопрактикующих врачей и вызывала скорее раздражение в образовательных и академических кругах. Позитивные изменения произошли лишь в начале 80-х гг. прошлого века. Дентальная имплантология была включена в академическую дисциплину как самостоятельный раздел, преподаваемый во многих мировых образовательных учреждениях на дипломном и постдипломном этапах обучения. Следует отметить, что в СССР официально снятие запрета на стоматологическую имплантацию произошло лишь в 1986 г., что дало новый импульс для развития данного раздела в отечественной клинической и научной практике [5].

Клиническая дентальная имплантология в Якутии имеет определенные исторические моменты. Первый фундамент в развитии данной отрасли стоматологии был заложен в далеком 1986 г. Так, в городской стоматологической поликлинике Якутска челюстно-лицевым хирургом, первым кандидатом медицинских наук по специальности стоматология в Якутской АССР Михеевым Константином Константиновичем была произведена успешная операция по установке имплантата, состоящего из серебряно-палладиевого сплава. На основе данного дентального имплантата впервые была изготовлена ортопедическая конструкция врачом высшей квалификации категории Гараниным Игорем Ивановичем. Однако особенности данной конструкции и состава не позволили широко внедрять её на практике из-за короткого срока оптимальной остеоинтеграции.

Несмотря на недостаточные функциональные возможности имплан-

татов предыдущего поколения из серебряно-палладиевого сплава, исследователями постоянно проводился поиск усовершенствованных, с биологической точки зрения, конструкций с целью повышения эффективности лечения. В настоящее время в стоматологической имплантологии разрабатываются и внедряются имплантаты с различными конструкциями и составляющими компонентами, что связано с постоянным поиском оптимальной их интеграции с окружающими тканями. В структуре современных материалов, применяемых в эндопротезировании, особое место занимают сплавы из никелида титана, которые имеют ряд положительных моментов, связанных с его термомеханической памятью, т.е. способностью восстанавливать свою первоначальную форму после значительной предварительной деформации [7]. Кроме того, для сплавов, состоящих из никелида титана, характерны высокая пластичность, прочность, сопротивляемость износу, релаксационная и деформационная стойкость, которые в комплексе оказывают позитивное действие в клинической эффективности представленного имплантологического материала. Данный сплав в структурной характеристике представляется в системе имплантатов IMTA (зубные имплантаты с памятью формы и сверхэластичностью) [2].

Так, в 1995 г. в Якутской городской стоматологической поликлинике успешно начали использовать цилиндрические пористые имплантаты производства Всероссийского научно-практического центра имплантатов (г.Новокузнецк, Россия). Расширение спектра разновидностей дентальных устройств на мировом стоматологическом рынке услуг позволило в 1997 г. на практике внедрить зарубежные имплантаты немецкого производства системы «Duroplant». Далее, с 1999 г., начинают использовать цилиндрические и пластиночные имплантаты с эффектом памяти формы по системе IMTA, в 2003 г. – цилиндрические имплантаты фирмы «НИТИТОП» (г.Нижний Новгород, Россия), в 2006 г. – цилиндрические и пластиночные системы «Radix» (г.Минск, Белоруссия) [3].

МАЛОГУЛОВ Ренат Шамильевич – врач-стоматолог МИ ЯГУ; **УШНИЦКИЙ Иннокентий Дмитриевич** – д.м.н., проф., зав. кафедрой МИ ЯГУ; **АНДРОСОВ Михаил Васильевич** – врач-стоматолог МИ ЯГУ; **ВОЗНЮК Виктор Александрович** – врач-стоматолог городской стоматологической поликлиники.

Повышение функциональной деятельности имплантатов в зубочелюстной системе дало новый импульс для их широкого использования. Так, на базе городской стоматологической поликлиники в период с 1995 по 2007 г. было установлено 684 имплантата, из них 234 пластиночных и 450 цилиндрических. Данные виды дентальных конструкций обладают достаточно высоким уровнем биосовместимости, что позволило улучшить клиническую эффективность. В связи с этим качественный показатель общего процента приживления установленных имплантатов составил 97–98%, а сроки функционирования – 8 и более лет.

На сегодняшний день лечение пациентов с использованием дентальных имплантатов в Республике Саха (Якутия) географически расширяется. Данный метод лечения успешно используется в лечебно-профилактических учреждениях стоматологического профиля городов Ленска, Нерюнгри и т.д.

В рамках реализации комплексной программы Национального проекта здоровья и образования, утвержденной Правительством Российской Федерации в 2006 г. и приоритетного плана развития Якутского государственного университета им. М.К. Аммосова в стоматологической поликлинике Медицинского института внедряются инновационные технологии, в том числе и в области дентальной имплантологии. На базе данного лечебного учреждения, так же как и в других стоматологических поликлиниках (отделениях), для лечения пациентов с различными дефектами зубных рядов используются дентальные имплантаты системы IMTA. Так, за 1,5-годовой период (июнь 2006г.–декабрь 2007г.) в хирургическом отделении было проведено вживление имплантатов при

различных видах дефектов зубных рядов у 25 пациентов, из них 17 (68%) женщин (33-55 лет) и 8 (32%) мужчин (19-64 лет). Всего установлено 40 имплантатов, из них: 31 (77,5%) – цилиндрический, 7 (17,5%) – пластиночных, 2 (5%) – частичных поднадкостничных (изготовленных экспресс-методом).

Эффективность лечебных мероприятий с использованием метода зубной имплантации оказалась на высоком уровне (95%), что соответствует научно обоснованным установленным стандартным прогнозам. Но несмотря на это, в двух случаях (5%) из общего количества установленных имплантатов выявлен периимплантит. При этом в одном случае причиной развития воспалительно-деструктивного процесса в зоне имплантации явились грубые нарушения рекомендаций врача пациентом (неудовлетворительная гигиена полости рта), а в другом – предположительно явилась острая респираторная вирусная инфекция.

Стандартным методом ведения пациентов после дентальной имплантации является изготовление ортопедических конструкций с целью восстановления жевательной функции зубочелюстной системы и предупреждения местных осложнений альвеолярного отростка в области отсутствующих зубов. В связи с этим в ортопедическом отделении стоматологической поликлиники Медицинского института Якутского университета проводился курс ортопедического лечения. Всем пациентам были изготовлены и установлены несъемные конструкции (металлокерамические протезы) с опорой на дентальные имплантаты.

Таким образом, в условиях Севера внедряются инновационные технологии и методы хирургического, ортопедического лечения дефектов зубных

рядов, которые оказывают позитивное действие в качестве оказываемой специализированной стоматологической помощи населению региона. В целом дентальная имплантология в Республике Саха (Якутия) имеет перспективу, что связано с ее высоким уровнем клинической эффективности.

Литература

1. **Безруков В.М.** Зубная имплантация – из века XIX в век XXI / В.М. Безруков, А.А. Кулаков // Российский вестник дентальной имплантологии. – 2003, № 1. – С. 4–7.
2. **Гаранин И.И.** Исторические аспекты в имплантологии в Республике Саха (Якутия) / И.И. Гаранин, Н.Д. Векслер, В.А. Вознюк // Актуальные проблемы и перспективы развития стоматологической службы: сб. науч. статей межрегион. науч.-практ. конф., посвящ. 85-летию стоматологической службы в РС(Я). – Якутск, 2005. – С. 206 – 208.
3. **Григорьян А.С.** Проблемы интеграции имплантатов в костную ткань (теоретические аспекты) / А.С. Григорьян, А.К. Топоркова. – М.: Техносфера, 2007. – 128 с.
4. **Имплантаты с памятью формы** в лечении адентии нижней челюсти: методическое пособие / Л.Г. Волостнов [и др.]. – Новокузнецк: Изд-во ВНИЦ ИПФ, 2000. – 18 с.
5. **Кулаков А.А.** Зубная имплантация: основные принципы, современные достижения / А.А. Кулаков, Ф.Ф. Лосев, Р.Ш. Гветадзе. – М.: ООО «МИА», 2006. – 152 с.
6. **Albrektsson T.** Osseointegration of bone implants. A review of an alternative mode of fixation / T. Albrektsson, B. Albrektsson // Acta orthop Scand. - 1987. – Vol. 58. – P. 567-577.
7. **Castellman L.S.** The biocompatibility of TiNinol / L.S. Castellman, S.M. Motzkin; Williams D.F., editor // Biocompatibility of clinical implant materials. - Miami F.L.: CRC Press, 1982. - Vol. 1. – P. 145 – 150.
8. **Naert I.E.** Osseointegration in Oral Rehabilitation / I.E. Naert, D. Steenberg, Ph. Worthington. – London, 1993. – 212 p.

Т.Е. Уварова, Т.Е. Бурцева, М.И. Самсонова, М.И. Томский,
В.К. Козлов, Г.М. Баишева

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ И ЗАКОНОМЕРНОСТИ ИНТЕГРАЦИИ НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ И ИММУННОЙ СИСТЕМ

В течение последних 15-20 лет на стыке нейрофизиологии, эндокринологии и иммунологии сформировалась новая наука – нейроиммунология, предметом изучения которой являются механизмы, принципы, закономерности и значение взаимодействия, интеграции нейроэндокринной и иммунной систем в организме. Нейроэндокринная и иммунная системы являются основными адаптационными и гомеостатическими системами организма, тесно взаимодействующими в процессе выполнения своих специфических функций. Нарушения на разных уровнях взаимодействия данных систем могут предшествовать возникновению онкологических, иммунодефицитных, аллергических и аутоиммунных заболеваний, а также инициировать их развитие и прогрессирование [1, 21].

1. Влияние иммунной системы на функции нервной системы

В последнее десятилетие получили реальное развитие исследования механизмов ответа мозга на активацию иммунной системы. Установлено, что системное введение в организм неспецифических активаторов иммунной системы, в частности липополисахарида клеточной стенки грамотрицательных бактерий, индуцирует экспрессию провоспалительных цитокинов в клетках иммунной системы, а далее – последовательный ряд реакций центральной нервной системы (ЦНС) и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы (ГГНС) [8, 22].

Ряд исследователей сообщает о том, что цитокины, секретируемые иммунокомпетентными клетками, оказы-

вают физиологическое регулирующее действие на ЦНС [22, 34, 35]. Вместе с тем имеющиеся литературные сведения об экспрессии генов цитокинов являются достаточно противоречивыми. Так, по данным Gabellec M.M. et al., (1995), Quan N. et al., (1998), Schobitz B. et al., (1994), в физиологических условиях без антигенной стимуляции в головном мозге невозможно обнаружить мРНК-гены цитокинов, и их экспрессия связана лишь с введением антигена - липополисахарида бактериальной стенки. Напротив, Kita M. с соавт. (1993) в физиологических условиях в головном мозге обнаружили экспрессию генов большинства цитокинов. Повешенко А.Ф. и др. (2003, 2005) установили, что в физиологических условиях в полушариях головного мозга без антигенной стимуляции экспрессируются специфические мРНК ИЛ-1 β , рецептора интерлейкина-1 (ИЛ-1-Р), рецептора эритропоэтина (ЭП-Р). Следовательно, имеет место базовый уровень экспрессии цитокинов и их рецепторов в мозге. Воспроизведение этих результатов на разных видах экспериментальных животных позволило предположить, что цитокины участвуют не только в патологических процессах, но и в реализации нормальных физиологических функций, в частности в регуляции процессов высшей нервной деятельности (ВНД).

Сотрудниками лаборатории нейроиммунологии НИИ клинической иммунологии СО РАМН впервые в мире экспериментально доказана возможность направленной регуляции поведенческих реакций у животных путем трансплантации иммунокомпетентных клеток. В качестве объекта исследования были выбраны животные – мыши с различным уровнем ориентировочно-исследовательского поведения. Было установлено, что внутривенное введение спленоцитов, выделенных от мышей-доноров, характеризующихся низкими параметрами ориентировочно-исследовательского поведения (группа 1), мышам с высоким уровнем указанной поведенческой реакции (группа 2) сопровождается достоверным снижением параметров

этого поведения у реципиентов. Напротив, трансплантация спленоцитов от доноров, принадлежащих к группе 2, приводила к повышению уровня исследуемой поведенческой реакции у реципиентов из группы 1. В то же время при трансплантации спленоцитов внутри групп животных, характеризующихся идентичным поведением, параметры поведения у реципиентов не изменялись. Указанные изменения параметров ориентировочно-исследовательского поведения сопровождались определенными изменениями уровня экспрессии мРНК-генов ИЛ-1 β и рИЛ-1 клетками головного мозга мышей-реципиентов [8, 17]. Таким образом, полученные экспериментальные данные доказывают способность иммунокомпетентных клеток переносить особенности поведения мышей-доноров мышам-реципиентам, что подтверждает участие клеток иммунной системы в регуляции ВНД. Причем характер взаимоотношений между иммунокомпетентными клетками и ЦНС является двусторонним – как ЦНС (поведение животных) может влиять на функциональное состояние клеток иммунной системы, так и клетки иммунной системы могут определять особенность поведения животных.

2. Неврологическая регуляция функций иммунокомпетентных клеток

Результаты многочисленных исследований позволяют обоснованно утверждать, что основными мессенджерами неврологической регуляции функций иммунокомпетентных клеток являются отделы вегетативной нервной системы (ВНС) (симпатический и парасимпатический – СО ВНС и ПО ВНС), гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковый отдел (ГГНО) и факторы, выделяющиеся непосредственно из ЦНС в кровь. При этом нейромедиаторы СО и ПО ВНС (норадреналин, адреналин, ацетилхолин), гормоны ГГНО (глюкокортикоиды, минералокортикоиды, адреналин) способны регулировать миграцию, пролиферацию, дифференцировку и кооперацию иммунокомпетентных клеток.

УВАРОВА Татьяна Егоровна – к.м.н., с.н.с. ЯНЦ СО РАМН; **БУРЦЕВА Татьяна Егоровна** – к.м.н., зав. лаб. ЯНЦ СО РАМН; **САМСОНОВА Маргарита Ивановна** – к.м.н., зам. директора по педиатрии ПЦ РБ №1-НЦМ; **ТОМСКИЙ Михаил Иннокентьевич** – д.м.н., проф., директор ЯНЦ СО РАМН; **КОЗЛОВ Владимир Кириллович** – чл.-кор. РАМН, проф., директор НИИ охраны материнства и детства (г. Хабаровск); **БАИШЕВА Галина Максимовна** – к.м.н., доцент МИ ЯГУ.

2.1. Модуляция клеточного и гуморального иммунитета катехоламинами

Норадреналин и адреналин опосредуют свои эффекты на клетки-мишени через стимуляцию двух основных типов рецепторов: α - и β -адренорецепторов. Фактически все лимфоидные клетки экспрессируют β -адренорецепторы за исключением Т-хелперов 1-го типа лимфоцитов.

Подавляющее большинство научных исследований, проведенных за последнее десятилетие, свидетельствуют о супрессивном эффекте катехоламинов на активность Т-хелперов 1-го типа (клеточный иммунитет) и стимулирующем влиянии на Т-хелперы 2-го типа (гуморальный иммунитет). Так, в своих исследованиях Qiu Y.H. с соавт. (2003) показали, что катехоламины подавляют функциональную активность Т-хелперов 1-го типа (СД4), цитотоксических Т-лимфоцитов (СД8), естественных киллерных клеток (ЕКК) и моноцитов, одновременно стимулируя активность Т-хелперов 2-го типа и В-лимфоцитов. Авторы сообщают, что эффекты катехоламинов опосредуются через β 2-адренорецепторы, имеющиеся на поверхности иммунокомпетентных клеток, что приводит к увеличению продукции цитокинов 2 типа – ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-10 и уменьшению продукции цитокинов 1-го типа – ИЛ-2, ИЛ-12. Аналогичные данные приведены в исследованиях Elenkov I.J. et al. (2000). По мнению авторов, снижение продукции провоспалительных цитокинов (ИЛ-12, ФНО α , ИФ γ) и повышение продукции противовоспалительных цитокинов (ИЛ-10 ТРФ- β) приводит к селективной супрессии активности Т-хелперов 1-го класса и стимуляции активности Т-хелперов 2-го класса, что обуславливает сдвиг в сторону преобладания выраженности гуморального ответа. В то же время авторы указывают на то, что при определенных условиях катехоламины могут индуцировать продукцию ИЛ-1, ИЛ-8 и ФНО α , стимулируя тем самым региональный иммунный ответ. О подавлении норадреналином цитотоксической активности ЕКК сообщается в работе Peng H. с соавт. (2004).

Несмотря на то, что в настоящее время большинство исследователей сообщает об ингибирующем влиянии катехоламинов на пролиферацию Т-лимфоцитов, имеющиеся, пусть и немногочисленные, данные свидетельствуют о возможности стимулирующего эффекта, особенно на региональном уровне [26, 30]. Неоднозначность эф-

фекта катехоламинов на пролиферацию Т-лимфоцитов проявляется там, где исследуются клетки не периферической крови, а селезенки или лимфоузлов, причем огромное значение имеет то, находятся ли эти клетки в интактном или активированном состоянии. В этих случаях эффект нейромедиаторов может отсутствовать или проявляется в виде стимуляции деления клеток [8]. Кроме того, среди исследователей нет единого мнения и даже имеются определенные противоречия в определении характера влияния катехоламинов на функции В-лимфоцитов. Как уже упоминалось выше, по данным Qiu Y.H. с соавт. (2003), катехоламины увеличивают функциональную активность В-лимфоцитов, в то время как, согласно Bergquist J. с соавт. (1997), указанные нейромедиаторы способны подавлять продукцию иммуноглобулинов В-лимфоцитами.

Таким образом, современные данные свидетельствуют о возможности двунаправленного (стимулирующего и ингибирующего) влияния катехоламинов на функциональную активность иммунокомпетентных клеток. Ингибирующие же эффекты проявляются преимущественно на уровне Т-лимфоцитов периферической крови и нацелены на локализацию воспалительной реакции.

2.2. Модуляция клеточного и гуморального иммунитета ацетилхолином

Иммунорегулирующий потенциал ацетилхолина – нейромедиатора ПО ВНС изучен значительно меньше, чем катехоламинов. По данным Czuga S.J., Tracey K.J. (2005), ацетилхолин является индуктором противовоспалительного эффекта, поскольку воздействует на макрофаги и ингибирует продукцию противовоспалительных цитокинов. Borovikova L.V. с соавт. (2000) обосновывают положение о противовоспалительной функции ацетилхолина его способностью подавлять продукцию провоспалительных цитокинов ФНО, ИЛ1 β , ИЛ-6, ИЛ-18, а не ИЛ-10 – противовоспалительного цитокина. Заслуживают внимания также сведения Wessler I. et al. (2003) о повышении уровня ацетилхолина при воспалительных заболеваниях.

Согласно Qiu Y.H. с соавт. (2003), ацетилхолин увеличивает продукцию ИЛ-2 в культуре Кон-А стимулированных Т-лимфоцитов и в то же время способствует снижению митогенактивированной цитотоксической актив-

ности ЕКК, выделенных из селезенки крыс.

В.В. Абрамов с соавт. (1984, 1988) в результате своих исследований установили, что ацетилхолин обладает способностью как стимулировать, так и подавлять пролиферацию лимфоцитов в культуре, причем характер влияния зависит от интенсивности митогениндуцированной пролиферации. Так, ацетилхолин, введенный в культуру мононуклеаров вместе с митогеном, стимулирует продукцию иммуноглобулинов, причем по мере увеличения интенсивности митогениндуцированной пролиферации влияние на указанную продукцию постепенно усиливается. Авторы показали, что клетками-мишенями, через которые опосредуется влияние ацетилхолина *in vitro*, являются Т-лимфоциты. По наблюдениям И.А. Гонтовой (1990), введение прозерина мышам, иммунизированным эритроцитами барана, приводит как к стимуляции, так и к подавлению гуморального иммунитета.

Таким образом, ацетилхолин обладает способностью как стимулировать, так и подавлять пролиферацию лимфоцитов, продукцию иммуноглобулинов *in vitro* и гуморальный ответ *in vivo*.

3. Структурно-функциональная асимметрия мозга и ее биологическое значение

Изучение нервной системы с точки зрения асимметричной организации полушарий показало наличие молекулярно-биологических, биохимических, сенсорных (зрительных, слуховых, тактильных), двигательных (моторных, вегетативных) различий на этом уровне, а также асимметрию на уровне высших психических функций (типологических свойств ЦНС, памяти, эмоций, мышления, сознания [9, 10]. С асимметрией полушарий головного мозга связаны также такие аспекты деятельности живого организма, как онтогенез, половой диморфизм, наличие творческих способностей, адаптация к экстремальным условиям и т.д. [9].

Функциональная асимметрия мозга базируется на морфологической асимметрии. Вероятно, основным клеточным базисом функциональной асимметрии головного мозга является латерализация комплекса взаимодействующих нейронов и глияльных клеточных элементов [19].

Исследования биохимической природы функциональной асимметрии получили развитие в работах Glick S.D.

(1981). Сопоставляя аутопсийный материал различных зон мозга человека, он обнаружил преимущественное содержание дофамина в левом бледном шаре по сравнению с правым. Кроме того, им обнаружено асимметричное распределение рецепторов к дофамину в полосатом теле экспериментальных животных.

Существование молекулярно-биологической асимметрии полушарий головного мозга было впервые в мире было доказано в 1995 г при исследовании параметров экспрессии мРНК ИЛ-1 β . Было установлено, что уровень экспрессии указанного гена в правом полушарии экспериментальных животных достоверно выше, чем левом. При введении эритропоэтина наблюдалось снижение экспрессии мРНК ИЛ-1 β и ИЛ1-Р. В целом отмечено, что экспрессия ИЛ-1 β и ИЛ1-Р в правом полушарии выше, чем в левом [18].

В настоящее время имеются сведения о том, что правое полушарие ответственно за формирование речи, чтение, письмо, а левое – за восприятие цвета, яркости, насыщенности, восприятие музыки, образную память. Люди логического типа (с правополушарной доминантой) в поведении придерживаются стратегии избегания неудач, уверены в себе, в то время как люди художественного типа (с левополушарной доминантой) часто повышено тревожны, страдают многочисленными комплексами. О влиянии функциональной межполушарной асимметрии на психические процессы и состояния свидетельствует тот факт, что у больных с поражением левого полушария чаще всего развивается депрессия, а в отдельных случаях – «реакция катастрофы», а у больных с поражением правого полушария чаще возникает эйфория [15].

В.П. Леутин, Е.И. Николаева (1988), исследовавшие психофизиологические механизмы в связи с функциональной асимметрией мозга, утверждают, что люди-«правши», переселившиеся из средней полосы в районы Крайнего Севера, отличаются более слабыми адаптационными резервами, чем люди-«левши». В результате своих исследований авторы пришли к выводу, что профиль межполушарной асимметрии влияет на процессы адаптации к экстремальным климатогеографическим условиям.

Научные данные последних лет позволяют считать, что функциональная асимметрия присуща не только нервной, но и иммунной системе [2, 5, 11, 12]. Экспериментально доказано,

что костный мозг из правой и левой бедренной кости доноров обладает различным гемопоэтическим потенциалом, причем проявление асимметрии гемопоэтических функций зависит как от асимметрии костного мозга, так и от моторной асимметрии доноров и реципиентов [7].

Асимметрия нервной и иммунной систем играет важную роль в формировании гуморального иммунного ответа. Установлено, что интенсивность гуморального иммунитета зависит, по меньшей мере, от трех факторов: доминантного по моторной асимметрии полушария головного мозга доноров, доли тимуса, из которой получены клетки, а также доминантности по моторной асимметрии реципиентов [11, 12, 8, 20]. Анализ полученных результатов позволил авторам высказать предположение, что для регуляции иммунного ответа необходимо взаимодействие тимоцитов конкретной доли тимуса с конкретным полушарием головного мозга. Причем у правополушарных доноров тимоциты левой доли обладают достоверно большим стимулирующим эффектом на иммунный ответ, чем тимоциты правой. В том случае, когда в экспериментах использовали доноров с доминантой левого полушария, достоверных различий не обнаруживалось. Следовательно, тимус животных с доминирующим левым полушарием не проявляет такой выраженной функциональной латерализации, как тимус правополушарных доноров.

Резюмируя вышеизложенное, следует отметить, что функциональная асимметрия ЦНС базируется не только на морфологической, но и биохимической и молекулярно-биологической асимметрии мозга. Биологическое значение асимметрии заключается в специализации определенных групп клеток на выполнении различных психологических функций, в основе развития которых лежит продукция определенных цитокинов в пределах ЦНС.

Литература

1. **Абрамова Т.Я.** Клинико-иммунологические особенности ревматоидного артрита у больных правшей и амбидекстров / Т.Я. Абрамова. – Новосибирск: Институт клинической иммунологии СО РАМН, 1995. – 120 с.
2. **Абрамов В.В.** Асимметрия нервной, эндокринной и иммунной систем / В.В. Абрамов, Т.Я. Абрамова. – Новосибирск: Наука, 1996. – 98 с.
3. **Абрамов В.В., Абрамова Т.Я., Козлов В.А.** // Успехи современной биологии. – 2006. – Т.126, №4. – С. 379-387.
4. **Абрамов В.В.** Взаимодействие иммунной и нервной систем / В.В. Абрамов. – Новосибирск: Наука, 1988. – 165 с.
5. **Абрамов В.В.** Взаимодействие иммунной и нервной систем / В.В. Абрамов. – Оренбург, 1990. – 172 с.
6. **Абрамов В.В.** Влияние ацетилхолина на синтез иммуноглобулинов (IgG) и пролиферацию лимфоцитов в культуре / В.В. Абрамов. – Новосибирск: Институт клинической иммунологии СО РАМН, 1984. – 144 с.
7. **Абрамов В.В., Гонтова И.А., Козлов В.А.** // Бюл. экспер. биол. – 2002. – Т.133, №5. – С. 541-543.
8. **Абрамов В.В.** Основы нейроиммунологии: учебное пособие / В.В. Абрамов. – Новосибирск: Изд. НГПУ, 2004. – 264 с.
9. **Бианки В.Л.** Механизмы парного мозга / В.Л. Бианки. – Л.: Наука, 1989. – 264 с.
10. **Вартанян Г.А.** Химическая симметрия и асимметрия мозга / Г.А. Вартанян, Б.И. Клементьев. – М.: Медицина, 1991. – 190 с.
11. **Гонтова И.А., Абрамов В.В., Козлов В.А.** // Бюл. экспер. биол. – 2001. – Т.131, №1. – С. 78-80.
12. **Гонтова И.А., Абрамов В.В., Козлов В.А.** // Иммунология. – 2000. – №2. – С. 30-32.
13. **Гонтова И.А., Абрамов В.В., Козлов В.А.** // Там же. – 2002. №1. – С. 22-26.
14. **Гонтова И.А.** Роль ацетилхолина в регуляции гуморального иммунного ответа у мышей / И.А. Гонтова. – Новосибирск: Институт клинической иммунологии СО РАМН, 1990. – 136 с.
15. **Костандов Э.А.** Функциональная асимметрия полушарий мозга и неосознаваемое восприятие / Э.А. Костандов. – М.: Наука, 1983. – 192 с.
16. **Леутин В.П.** Психофизиологические механизмы и функциональная асимметрия мозга / В.П. Леутин, Е.И. Николаева. – Новосибирск: Наука, 1988. – 192 с.
17. **Маркова Е.В. [и др.]** // Иммунопатогенез и иммунотерапия основных заболеваний человека. – Новосибирск, 2006. – С. 110-114.
18. **Повещенко А.Ф., Абрамов В.В., Козлов В.А.** // Аллергология и иммунология. – 2003. – Т. 4, №3. – С. 39-45.
19. **Повещенко А.Ф., Абрамов В.В., Козлов В.А.** // Там же. – 2005. – Т.6, №4. – С. 456-459.
20. **Повещенко А.Ф. [и др.]** // Иммунопатогенез и иммунотерапия основных заболеваний человека. – Новосибирск, 2006. – С. 73-74.
21. **Соловьева И.Г.** Клинико-иммунологические особенности раннего послеоперационного периода у больных раком желудка с разным уровнем симпатической активности / И.Г. Соловьева. – Новосибирск: Институт клинической иммунологии СО РАМН, 2002. – 125 с.
22. **Ban E., Haour F., Lenstra R.** // Cytokine. – 1992. – Vol. 4. – P. 48-54.
23. **Bergquist J. [et al]** // Electrophoresis. – 1997. – Vol. 18, №10. – P. 1760.
24. **Borovikova L.V. [et al]** // Nature. – 2000. – Vol. 405, №6785. – P. 458.
25. **Czura C.J., Tracey K.J.** // J. Intern. Med. – 2005. – Vol. 257, №2. – P. 156.
26. **Elenkov I.J. [et al]** // Pharmacol. Rev. – 2000. – Vol. 52, №4. – P.595.
27. **Gabellec M.M.** / M.M. Gabellec [et al]

// Brain Res. Mol. Brain Res. – 1995. – Vol. 31. – P.122-130.

28. Glick S.D., Ross D.A. // Brain Res. – 1981. – Vol. 205, №1. – P. 222-225.

29. Kita M. [et al] // CR Séances Soc. Biol. Fil. – 1993. – Vol. 187, №3. – P. 414-419.

30. Kohm A.P., Sanders V.M. // Pharmacol. Rev. – 2001. – Vol. 53, №4. – P.487.

31. Peng H. [et al] // Life Sc. – 2004. – Vol. 76, №3. – P. 263.

32. Quan N., Whiteside M., Herkenham M. // Neuroscience. – 1998. – Vol. 83, №1. – P. 281-293.

33. Qiu Y.H., Peng I.P., Wang J.J. // Sheng Li Ke Xue Jin Zhan. – 2003. – Vol. 34, №4. – P. 303.

34. Schobitz B. [et al] // Neuroendocrinology. – 1994. – Vol. 60, №2. – P.124-133.

35. Weiss J.M., Sundar S.K. Neurobiology of cytokines / Ed. B. De Sousa. N.Y. – 1993. Pt. B. – P. 185-208.

36. Wessler I. [et al] // Life Sci. – 2003. – Vol. 72, №18-19. – P. 2055.

Кононова С.К.

ЕВГЕНИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМАТИКА И МЕДИЦИНСКАЯ ГЕНЕТИКА (часть I)

Из истории евгеники

Термин «евгеника» произошел от греческого *eugenes*, что значит породистый, благородного происхождения. Различают евгенику позитивную - политику, направленную на получение потомства с улучшенными генетическими качествами, и негативную - политику, направленную на недопущение рождения детей с генетическими аномалиями. Сама идея улучшения человеческой природы высказывалась еще со времен государства Спарты (отсюда существует выражение «спартанское воспитание») и в трудах древнегреческого философа Платона, в его трактате «Государство».

Основателем классического евгенического учения считается естествоиспытатель и антрополог Фрэнсис Гальтон (1822-1911), основные положения его теории об улучшении наследственного здоровья изложены в труде «Наследственный гений, его законы и следствия» [1]. Для популяризации своих евгенических идей Гальтон создал модель утопического государства «Cantsaywhere», основанную на «научном» контроле населения. В модели Гальтона евгенический контроль возлагался на «коллегию» специалистов, которые, пользуясь специальным «метрическим» методом, должны были оценивать наследственные физические и психические качества индивида. Окончательный вердикт коллегии, после подсчета всех плюсов и минусов, выглядел как «пригоден» или «не пригоден» к размножению. Лица, не выдержавшие «экзамена», могли содержаться государством до тех пор, пока они соблюдали запрет на потомство. Нарушители запрета должны были эмигрировать из страны. Принудительной сегрегации подлежали только душевнобольные, чтобы оградить от них остальных граждан. Прогнозирование

наследственного статуса остальных граждан, согласно Гальтону, носило характер «статистической определенности», поэтому рождение ребенка «непригодными» родителями рассматривалось как евгеническое преступление даже в том случае, если ребенок оказывался вполне нормальным. Такие меры, считал Гальтон, превратят искусственный отбор в достойный противовес действию цивилизации: «То, что природа делала слепо, медленно и жестоко, следует делать прозорливо, быстро и мягко» [1,5].

Евгенические научные взгляды быстро развивались в европейских странах вплоть до начала II мировой войны, причем в некоторых цивилизованных государствах были приняты активные практические действия в соответствии с их законодательством. В статье «Евгеника: основатели и продолжатели» Ю.В. Хен [6] приводит в качестве примера программу расовой гигиены доктора Мьёена из Норвегии (1908 г.). Она состояла из трех частей: негативных, позитивных и предупредительных евгенических процедур. Отрицательная расовая гигиена предусматривала сегрегацию и стерилизацию. Сегрегации подлежали слабоумные, эпилептики и вообще физически и духовно пораженные лица; та же мера рекомендовалась в качестве обязательной для пьяниц, «привычных преступников», профессиональных нищих и всех, кто отказывался работать. Стерилизацию предлагалось применить к тем из приведенного выше перечня, кто уклоняется от сегрегации. По мнению автора, доктор Мьёен в выборе объектов для негативной евгеники руководствовался вовсе не современной ему наукой, а вполне понятной на обывательском уровне неприязнью к больным, тунеядцам и преступникам. Его рекомендации по позитивной расовой гигиене включали такие пункты, как биологическое просвещение, изменение системы налогов, измене-

ние заработной платы в зависимости от ценности производителей, защита материнства и детства, положительная политика народонаселения [5]. Шведская программа стерилизации появилась в 1922 г., в 15 штатах США принудительная стерилизация широко практиковалась с 1907 по 1930 г.

Однако успешность, с которой евгеника стремилась осуществить свои проекты, и, главным образом, несостоятельность ее теоретиков доказать свои умозаключения дискредитировали евгенику как науку. Очень точно выразился по этому поводу корреспондент журнала «Русское богатство» Н.В. Шкловский (под псевдонимом Дионео): «Каждый «евгенист» исходит из положения, что он - «приспособленный», а потому имеет право производить над своими ближними самые дикие, самые жестокие и совершенно бесцельные эксперименты... В лучшем случае евгеника представляет собою классический пример того, как люди скрывают свой ум ими же придуманной доктриной» [2, 6]. Окончательное отвращение общественности от идеи усовершенствования человеческой породы произошло после полномасштабных акций по эвтаназии неполноценных в 1939-1942 гг. в Германии, где евгеника стала частью официальной идеологии правящего национал-социалистского режима [5].

Неоевгеника и медицинская генетика: есть повод задуматься

С середины XX в. все большее значение стала приобретать область медицины, называемая клинической генетикой. Изучая проблемы соотношения науки и идеологии в евгенике С.А. Цоколов [7] пишет касательно медицинской генетики: «Родившись как узкая специализированная дисциплина, занимавшаяся изучением, лечением и профилактикой наследственных заболеваний, медицинская генетика во многом стала понятием,

альтернативным гальтоновской (главным образом, позитивной) евгенике, очищенным от всякого рода мировоззренческих и идеологических наслоений». Однако по мере своего развития, по мнению автора, медицинская генетика столкнулась с той же социальной проблематикой, которую до нее пыталась решить евгеника. С началом проведения медико-генетического консультирования населения, а в дальнейшем и широкомасштабных скрининговых программ, выяснилось, что отказ от терминов «евгеника» и «расовая гигиена» сам по себе не решил социальных, психологических и морально-этических проблем, порождаемых биологическим вмешательством в наследственность человека. Более того, благодаря совершенствованию лабораторных технологий и популяционной методологии, когда практика медико-генетического консультирования от обслуживания отдельных единичных семей стала переходить к массовым мероприятиям, вновь стали актуальными вопросы и проблемы, поставленные в начале века в рамках именно евгенического движения. Таким образом, внутри медицинской генетики помимо научно-теоретических концепций и подходов сформировалась область медико-генетической социологии, во многом представляющая собой не что иное, как одно из направлений современной евгеники [7].

По мнению П.Д. Тищенко, реанимация идей евгеники начинается в 90-х гг. XX в. в результате грандиозных достижений биомедицинской науки и генетики [3]. Возникло новое понятие «либеральная евгеника». Анализируя это явление, философ Юрген Хабермас полагает, что в отличие от традиционной, либеральная евгеника в качестве предмета своего воздействия имеет не генофонд нации, а геном отдельного человека (родительский и/или ребенка). Локализация евгенического воздействия на уровень отдельного генома и даже конкретного гена создает предпосылку для евгенической политики, в которой главную роль сможет играть не государство, а пара потенциальных родителей или даже отдельный индивид, пожелавший создать свою улучшенную копию методом клонирования. На место централизованного планирования генетических качеств будущих поколений встает индивидуальный выбор и покупка евгенических услуг для совершенс-

твования генома будущего ребенка в «генетическом супермаркете». Иными словами, смысл «либерализма» нового типа евгеники в ее ярко выраженном акценте на свободу потребительского интереса и идеологию рыночного общества [3, 4]. Таким образом, пишет Хабермас: «Как только потомки начнут сознавать себя в качестве изделий, то возникнет возможность, что они могут потребовать отчета от создателей своих геномов, возложив на них всю ответственность за нежелательные, с их точки зрения, последствия исходного органического состояния истории их жизни». Причем потребовать отчета не только в моральном, но и в чисто правовом и даже финансовом смысле. Хабермас отмечает: «Эта новая структура ответственности возникает вследствие стирания границы между людьми и вещами - точно так же, как это происходит сегодня в случае с родителями ребенка-инвалида, которые, прибегая к гражданскому иску, делая врачей ответственными за материальные последствия ошибочного пренатального диагноза, требуют «компенсации за причиненный ущерб», как будто появившийся вопреки ожиданиям медицины органический ущерб можно компенсировать таким же способом, как это происходит с любой сломанной вещью». Тем самым между людьми возникает генетически опосредованная, вещно представленная зависимость, в основе которой лежит необратимое евгеническое решение родителей или даже одного «родителя» в случае изготовления детей на заказ из материалов донорской спермы и/или яйцеклеток, а также в случае репродуктивного клонирования [4].

Ю.В. Хен приводит цитату из теоретического труда Адольфа Гитлера «Mein Kampf», где звучат такие строки: «Те, кто нездоровы физически или умственно, не должны увековечивать свои страдания в телах собственных детей. Посредством образования государство должно учить граждан тому, что болезнь — не позор, а несчастье, достойное сожаления, но в то же время, позорно и преступно увеличивать несчастье, передавая его невинным созданиям из чисто эгоистических побуждений» [5]. Возможно и в наши дни смысл этого высказывания в разных интерпретациях могут услышать семьи с наследственными заболеваниями, обратившиеся за консультацией в медико-генетическую службу.

Германия показала миру, чем может обернуться для человечества практическая евгеническая программа, если получит государственную поддержку. Первая масштабная попытка решения проблемы вырождения человечества средствами науки провалилась, причем столь очевидным образом, что и до сих пор генетики стесняются признаваться в евгенических склонностях. Но путь, пройденный Германией, нельзя считать уникальным, специфическим проявлением «национального характера». Другие страны очень близко подошли к черте, отделяющей отвлеченное теоретизирование от реального и необратимого вмешательства в частную жизнь граждан. Евгенические идеи живучи и сегодня они вновь приобретают популярность в связи с серьезными успехами геномных исследований [3, 5]. Исходя из горьких ошибок прошлого, в развитых странах продолжается обсуждение и очерчивание границ применимости генетических и репродуктивных технологий (ДНК-тестирования, пренатальной диагностики, ЭКО) в практической медицине, и во главу угла ставятся права личности, а не потребности общества. В любой тоталитарной стране, где интересы государства объявляются приоритетными, генетические программы становятся обязательными к исполнению, а это неизбежно приведет к нарушению прав человека и дискриминации по генетическим характеристикам.

Литература

1. Гальтон Ф. Наследственность таланта, ее законы и последствия / Ф. Гальтон. — М., 1996. С. 5 (Репринт издания 1869г.)
2. Дионео. Из Англии. Звериная психология // Русское богатство. — 1912. — № 10. — С. 322-323.
3. Тищенко П.Д. Новейшие биомедицинские технологии: Философско-антропологический анализ [Анализ идей либеральной евгеники Ю. Хабермаса] / П.Д. Тищенко // Вызов познанию: Стратегии развития науки в современном мире. — М.: Наука, 2004. — С. 309-332.
4. Хабермас Ю. Будущее человеческой природы: На пути к либеральной евгенике? / Ю. Хабермас. — М.: Весь мир, 2002. — 144 с.
5. Хен Ю.В. Евгеника: Основатели и продолжатели / Ю.В. Хен // Человек. — 2006. — № 3. — С. 80-88.
6. Хен Ю.В. Неизвестные страницы российской евгеники / Ю.В. Хен // Вестник Российской академии наук. — 2006. — Т. 76, № 7. — С. 661-667.
7. Цоколов С.А. Проблема соотношения науки и идеологии в евгенике: автореф. дис. канд. филос. наук / С.А. Цоколов. — М., 1995. — 25 с.

ТОЧКА ЗРЕНИЯ

А.Д. Ботулу

**МЕДИЦИНА ДУХОВНОСТИ –
АЛЬТЕРНАТИВА ОРТОДОКСАЛЬНОЙ
МЕДИЦИНЕ**

В работе изложена авторская трактовка концепции духовного здоровья. Даны определения следующих предлагаемых автором базисных исследовательских категорий и понятий: дух, духовность, виды духовности и ума, идеальное здоровье, духовное здоровье, а также приведены общепсихологические и медико-философские тезисы предлагаемой концепции. Первая статья автора о постановке проблемы духовности в медицине опубликована в «Дальневосточном медицинском журнале» (2001, №4).

О кризисе медицины

Актуальность медико-философских обобщений современного состояния теоретической базы науки о человеке, в частности биологии и медицины, диктуется следующими обстоятельствами.

В настоящее время на первый план выдвигаются идеи, парадигмы и постулаты фундаментальных наук. Исторически медицина развивалась как прикладная наука без серьезного базисного подкрепления. Это явилось одной из основных причин известных кризисных явлений в теории и практике медицины и здравоохранения. Односторонний, догматизированный материалистический подход к такому сложному явлению как организм человека показал свою явную несостоятельность. В такой обстановке назрела необходимость попытаться найти альтернативные пути выхода из тупика.

Недостаточность фундаментальных исследований в области биологии и медицины стала тормозом к свободному изучению организма человека, не позволяла использовать значительный массив данных, скрытых в русской и зарубежной религиозно-философской мысли и применять их в процессах интерпретации современных прогрессивных тенденций в изучении здоровья, профилактики, саногенеза, патологии человека, используя парapsихологические, парамедицинские, паранаучные и эзотерические источники и данные. Игнорирование духов-

ного начала в человеке как одного из фундаментальных его признаков не позволяло судить о нем как о сущности в самом себе, самоопределенном и самодостаточном в своем базисном проявлении. Дух человека должен изучаться как основа основ его генезиса, практики и эволюции. Духовность – это квинтэссенция человека. Однако этого не произошло до сих пор, что явилось причиной многих тупиковых состояний в онтологии и науке об эволюции человека как феномена космического масштаба.

Узкая специализация разделила больного человека на многочисленные домены специалистов, которые сейчас, как никогда, отчуждены друг от друга. Они видят пациента лишь как страдающего только одним заболеванием какого-либо органа, в лучшем случае системы органов. Такой подход приводит к резкой деформации целостного морально-нравственного, этического и деонтологического восприятия больного, к девальвации главной, духовной сущности человека.

Философско-методологическая необеспеченность современной медицины игнорирует принцип гуманности во взаимоотношениях врача и больного. Засилие диктата концепции технократического мышления врача, результатом которого является слепое подчинение, вера и доверие полностью инструментальным, аппаратным, электронно-техническим посредникам, быстро и лавинообразно, нарастающими темпами затуманивает умы, мышление и профессиональное поведение врачей. Современный представитель ортодоксальной (официальной) медицины становится бездушным придатком машинного исследования, диагностики и лечения. Такой врач лишен душевного контакта с больным и зачастую углубляет и усиливает духовно-душевный разлад в организме больного.

В структуре современной патологии человека преобладают болезни, причиной и сущностью которых являются нарушения психосоматической сферы. Большинство болезней на начальных стадиях – это дисгармония духа и тела, души и разума, в профилактике и лечении которых технические сред-

ства воздействия в принципе безрезультатны. На последующих стадиях, когда болезни переходят уже на физический, телесный, органический уровень организма, они становятся порой уже необратимыми. Орган, система органов страдает на физическом уровне уже в запущенных случаях духовных болезней. Тонкие духовные структуры организма нарушаются гораздо раньше телесных, плотских структур. Эти изменения современными аппаратными методами исследования не обнаруживаются, ибо назначение и разрешающая способность всех современных средств для такой цели не пригодны. Тонкие, духовные изменения могут быть выявлены лишь техническими средствами, предназначенными для исследования и изучения именно таких специфических проявлений организма человека. Духовные страдания обнаруживаются и лечатся духовными методами и средствами, материальные, телесные болезни лечатся такими же материальными методами и средствами.

Кризисное состояние медицины, разлад в межличностных отношениях врача и больного ещё больше усугубляются неприглядными гримасами дикого рынка и коммерциализации медицины, когда интересы больного заменяются суммами ассигнаций в его кошельке. Российские врачи уже успели заразиться ещё одной «болезнью цивилизации», которая зомбирует их души, и они становятся на путь эксплуатации, прикрытого шантажа больных, лишь бы вожделенные деньги больного стали их. Таковы ужасные гримасы платной медицины. Поистине медицина становится фактором риска для жизни и судьбы больного. Бездуховная, антигуманная медицина является одним из дистрессирующих моментов в жизни человека.

Что можно противопоставить такому положению дела в медицине? Поиски путей выхода из такого тупикового состояния медицины предпринимаются многими исследователями. Мы постараемся обратить внимание на философско-медицинские, методологические ориентиры разрешения этой весьма сложной проблемы.

Определение и виды духовности

Что такое духовность? Что под ней понимается? Понятие «духовность» подразумевает «дух», отсюда – «духовность», «духовный». «Дух, - читаем в словаре, - философское понятие, означающее невещественное начало, в отличие от материального, природного начала» [7]. Здесь дух противопоставляется материи. Такова ортодоксальная материалистическая позиция. Отсюда оппозиция материализма и идеализма.

Исторически более последовательно духовность изучалась теологией. Здесь дух отождествляется с Богом. Психология изучает духовность как индивидуальное проявление личности, индивидуальный дух. Философия сосредоточила свое внимание на изучении духа как одной из основных категорий бытия. Мы считаем, что наиболее фундаментальным подходом является именно философский подход.

Определение понятия «духовность» обязательно связано с разрешением основного вопроса философии. Однако позволительно поставить и другой вопрос: «А почему мир должен быть оппозиционен: или материален, или духовен? Разве нельзя представить, что мир и материален, и духовен?». Казалось бы это само собой разумеющийся подход. На самом деле, кто будет отрицать, что от человека после смерти ничего не остается. Пожалуй, это никто и не отрицает, но дело обстоит именно так, когда признается первичность материи, а дух производным от неё. Человек как материальное, физическое тело прекратил свое существование, а после этого, в принципе навечно, остаются результаты его дел, мысли, идеи, его духовное наследие. Никто не может этого отрицать, ибо это бессмысленно, абсурдно. Дух человека настолько материален, что его духовный опыт становится порой более сильной опорой, чем даже при жизни. Значит, духовное материально, оно материализуется во вполне реальные дела. Духовное так же реально, как и материальное.

Оппозиционность «материальное - духовное» - это не истина, это не природное бытие. Это - продукт нашего мышления. Мы привыкли мыслить по-западному, рационально. Но мир не таков. Восточный тип мышления не принимает абсолютизации духовного и материального. Мир един - и духовен, и материален. Но сознание, ум человека их отрывает, противопоставляет.

Дух и материя не антагонисты, наоборот, они взаимосвязаны, взаимодополняемы. Нет чистого духа, как нет чистой материи. Дух присутствует везде, во всех материальных телах, явлениях. Любая материя духовна, только уровень духовности разный. Любая материя одухотворена, но в разной степени. Скажем, скульптура гениального зодчего или камень - они по-разному проявляют свою духовность. В скульптуре присутствует дух создателя, этот дух реально действует на нас, хотя автора давно нет в живых. Передача духовного опыта через скульптурное изображение на камне возможна потому, что камень как единство материального и духовного потенциально духовен. Духовность камня раскрывается мастерством скульптора и надолго остается средством передачи духовного видения автора (своих идей, мыслей, внутреннего мира) другим людям. Духовность как вечная категория позволяет увековечить содержание жизни определенной личности или народа и передать его на многие поколения в будущее.

Определение духовности мы даем в контексте исследовательских целей и задач. *Духовность - это универсальная онтологически-гносеологическая парадигма, выражающая экзистенцию духа. Духовность - универсальный атрибут бытия, духовно-материальный критерий его.*

Духовность человека начинается на уровне ума-интеллекта. Но это лишь зачаток, начало духовности. Умный, интеллигентный – не значит духовный. Животные тоже умны, но они не могут обладать духовностью человека. Умом не всё можно понять (например, поэт сказал, что «умом Россию не понять»). Следующая ступень эволюции ума - это ум-рассудок. Рассудок отделяет нас от животных и является посредником для восхождения к высшему, к духу, духовности. Разум - уже потенциальная духовность, но ещё не актуальная. Поэтому когда мы определяем человека как «человек разумный», мы подразумеваем потенциально духовного человека, а «человек в перспективе» - это человек духовный, homo spiritualis. Современные люди - потенциально духовные люди, в них есть возможность восхождения к высшей ступени ума, к уму-разуму, к духовности. Актуально духовных людей в современном мире единицы, скорей исключение, чем правило.

Этот постулат раскрывает сущность закона, сформулированного еще Аристотелем, а позже Гегелем,

согласно которому высшее предполагает низшее. В нашем случае все низшие ступени иерархии духовности в снятом виде содержатся в каждой ступеньке высшего. Человек, стоящий по своей эволюционной сущности на высшей ступени этой иерархии, включает в себе формы духовной материи, качественно отличающиеся от предшествующих форм. Такой качественно иной формой духовной материи и является разум современного человека, который в свою очередь в зародыше содержит свою высшую форму - относительную духовность, под которой в настоящее время приняты понятия «космический разум», «планетарное мышление» или «ноосферное» мышление. Эти понятия еще окончательно не определились, поэтому их содержание пока остается во многом открытым, гипотетическим. Но ясно то, что через эти термины наш разум определенно приближается к пониманию сфер, приближающихся к Абсолютному Разуму, к феноменологии Абсолютного Духа.

Теперь рассмотрим, каковы могут быть составные части, элементы Абсолютного Разума, который в данном контексте то же, что Абсолютная Духовность. *Абсолютная Духовность* - эквивалент философской гносеологической категории Абсолютная истина. Современное естествознание (в частности, биофизика) обозначает эту категорию как информацию и энергию. В религиозном учении, как мы знаем, - это Бог. Итак, «Бог - это информация» [2]. Абсолютная духовность включает относительную или абстрактную духовность. Относительной духовностью обладает всё в обозримом космосе. Этой духовности в гносеологии соответствует упомянутый выше Космический разум, планетарное мышление. Относительная или абстрактная духовность, - это духовность-идея. Онтологический статус этой духовности современными людьми может быть достигнут, частично усвоен, но лишь абстрактно, в идеях. Реализация конкретной бытийности и реальное гносеологическое освоение содержания этого вида духовности - это конкретная перспективная цель человечества.

Актуальным, знакомым нам видом духовности является *реальная духовность*. Она как низший вид духовности содержит в себе в потенции все вышестоящие формы духовности, но в закрытом, символическом, пророческом виде. И не случайно все мы как носители и реализаторы этого вида духовности в себе всё это имеем, прояв-

ляем, можем понять конкретные проявления такой духовности. Более или менее четко и определенно мы можем описать именно этот вид духовности в понятных нам терминах, категориях и законах различных наук о человеке. Онтологическая аксиологичность этого вида духовности абсолютна для современного человека, и является базой для восхождения к следующей ступени духовности - идеальной или абстрактной духовности. Этот вид духовности - грядущая онтологическая сущность человека в ближайшей перспективе. Ум человека, являясь инструментом восходящей эволюции его, по мере освоения сфер идеальной, абстрактной духовности всё более будет приближать человека разумного (*Homo sapiens*) к человеку духовному (*Homo spiritualis*) - гносеологически обозримой перспективе человека. Однако онтологическая и гносеологическая сущности духовного человека для современной философии и науки – *terra incognita*.

Мир представляет собой вечное и непрерывное взаимодействие материи и духа. Марксистская философия дух выводит из материи как определенный этап его развития. Но это противоречит даже простой логике. Как может дух вырасти из материи, как может материя на какой-то стадии развития превратиться в дух, сознание? (Дух в марксистской философии часто приравнивается к сознанию). Дух как онтологическая категория самодостаточен, он не возникал, а если и возникал, то только из духа. Дух бытует, он был, есть и будет вечно.

Марксизм берет единую взаимосвязь духовно-материальных явлений и разрывает их. Он утверждает, что материя порождает разум (дух, сознание). Н.В.Тузов пишет, что «никто не доказал и тем более не показал, как материя рождает сознание» [6].

Духовная наука, духовность - пока в современной науке неустоявшиеся понятия. В литературе часто имеет место «метод доказательства» научности данных наук способом аналогии. Стараются «доказать», что явления, законы и понятия духовных наук могут быть аналогичными таковым в естествознании, в частности в физике. Так, интерпретируются такие понятия духовных наук, как «психическая энергия», «поле», «аура» и др. Нам представляется, что такой подход - это лишь гипотетические экскурсы, что это только попытка понять новые явления. Здесь весьма важно всегда иметь в виду, что речь идет о

принципиально разноуровневых и качественно разных явлениях и закономерностях. В отношении духовно-психической сферы методология и методы физики не всегда могут быть адекватными. В духовных науках речь идет о явлениях скорей для физики «сверхъестественных», явлениях иного рода, поэтому аналогии здесь могут быть весьма опосредованными. Здесь более уместен язык интуиции, веры, мистики. Применяя физические понятия, термины, законы, в конце концов мы к физике и придем. Но наша задача иная: найти новые истины на путях духовных исканий. Многовековая история развития духовности подсказывает нам свои специфические методы и пути изучения духовных истин. Здесь теорий мало, но практики больше. Иными словами, развитие духовных наук, как и многих традиционных наук, шло по пути скрупулезного собирания и использования индивидуального духовного опыта, эмпирического материала, нежели выработки теоретических идей и фундаментальных концепций. В области прикладного применения и использования данных духовных наук достаточно много как «научно проверенных», так и стихийно-эмпирических приемов, техники, ритуалов и прочих, доказывающих неоспоримую пользу данных духовных изысканий во многих областях человеческой деятельности. Поэтому попытка теоретических изысканий в области изучения духовности должна быть принята научной общественностью с вниманием. В этом автор видит смысл своих изысканий.

Духовность как философская категория должна входить в характеристику человека как открытой системы. Через нее духовность человека имеет реальную перспективу эволюции согласно идеи абсолютного совершенства. Как онтологическое понятие духовность присуща всем проявлениям материального и духовного мира. Иначе говоря, категория «духовность» абсолютна.

Объект может быть предметом поклонения, он может одухотвориться, если к нему духовный субъект прикоснулся со священным трепетом любви и добра. Таковы, например, предметы обожествленные, священные места, памятники и другие предметы культа. «Святость составляет вершину ценностей, а потому она может принадлежать тому, что имеет право стоять на этой вершине. Но таким достоинством и «честью» обладает только личность; все безличное, как-то: вещи, блага, идеи, нормы - стоит ниже в иерархии ценностей, чем личность» [1].

Мы развиваем философское понимание духовности в русле современных данных не только материалистической науки, но и пытаемся посмотреть на этот фундаментальный вопрос философии как принцип, парадигму современного синтетического и синкретического мышления. Общеизвестно, что в материалистической философии марксизма дух принимается как синоним сознания, мышления. Мы также можем констатировать, что классики марксизма не обошли своим вниманием проблемы духовности. Известно высказывание К.Маркса о том, что дух есть «высший цвет материи- мыслящий дух» [5]. Мы не погрешим против истины, если примем первичность материи-духа как основополагающий принцип в наших дальнейших рассуждениях. Если омпактно выразить наши философские принципы в исследовании духовности, они сводятся к следующим трем тезисам:

Первый: миром правит дух-материя, в основе бытия - дух, духовность.

Второй: духовность человека - это основополагающий принцип его бытия, его истинная сущность.

Третье: духовность нужно изучать не столько с позиций одностороннего материализма, сколько с позиции синкретизма, то есть признания насущности и духа, и материи одновременно.

Разум - критерий человека

Прежде чем начать «господствовать над природой», человек должен научиться быть «господином своих собственных, общественных сил», - говорил Ф.Энгельс («Анти-Дюринг»). Это принципиальное высказывание великого мыслителя надо понимать так: чтобы подняться до высоты познания природы и общества, человек прежде всего должен познать суть своих отношений с природой и обществом. В основании такой возможности лежит его разум. Современный человек, как это ни странно, гораздо больше знает фактов и законов о явлениях, лежащих вне его, он больше и больше проникает в природные, космические и галактические явления, чем кардинально занимается собой.

Человек, говорят ученые, произошел от животных, религия говорит - от Бога. А в кого он должен далее превратиться? Наука говорит о туманном будущем человека. «Самая прогрессивная», «единственная в мире» наука говорила, что человек превратится в «человека коммунистического будущего». Самые маргинальные теологи и философы обосновывали

возможность превращения человека в Бога, или, по крайней мере, в бого-человека. ... А человек ли Бог? Наверное, нет. Свойства Бога - нечеловеческие. Например, Любовь Бога - божественна, страшна, нечеловеческая она. Она, говорят, преобразовывает, даже «дематериализует» человека во что-то нечеловеческое.

Так, где человек? Где его критерий? Может, в уме его? Пожалуй, это ближе всего к нему. Ведь чем он выделился из стада животных? Конечно, умом: только человек догадался поднять палку с земли и сбить им высокорастущий плод. И дело пошло. Он уже не стал ползать подобно своим братьям меньшим, а освободил руки для более умных дел. Так что примем пока за критерий человека его ум, мысль, мышление, за которыми всегда следует дело, деятельность, поведение. Ум и труд - вот критерии человека разумного.

Итак, мы принадлежим к братству людей интеллектуальных, разумных. Но всё ли в порядке в этом нашем царстве интеллектуалов? Вы все хорошо знаете, - не всё в порядке.

Если внимательно проследить публикации и идеи исследований мышления за последние годы, то бросается в глаза весьма коварная способность интеллектуального ума: смотрит, но не видит, т.е. не хочет видеть свое неприглядное творение. Этот ум открыл нам многое, но он же стыдливо прячет от нас же свои просчеты. Этот ум коварен и циничен.

Способность интеллектуального ума к абберациям (отклонение, изменение, искажение) весьма неожиданна и чревата опасными последствиями. Отклонения в здоровье и поведении - от этого ума. Это установлено давно.

Интеллектуальный ум - ум противоречивый. Он всегда в конфликте с естественной и социальной средой. Поэтому большинство болезней человека (по данным Р. Хаббарда -до 70% всех болезней) психосоматические, то есть эти болезни возникают из-за отклонения разума от законов развития тела и души [8].

Часто наш интеллектуальный ум искажает наш жизненный опыт. Существует огромная сфера подсознательной, «бессознательной» жизни человека, которая недоступна для осмысления интеллектуальным умом. Этот опыт подсознательной жизни всегда находится под гнетом разума и пока не служит нам. Это наш нетронутый и сокровенный жизненный резерв.

Этими суждениями я постарался осторожно подвести вас к критике интеллекта. Почему осторожно? Да потому что сразу, в лоб, с порога критиковать интеллект очень непривычно для современного человека, привыкшего считать свой интеллект высшим достижением природы, не знающим преград и умеющим все постигать. Некоторые каверзные свойства интеллекта вы и сами заметили. Теперь приступим к суду интеллекта. Вы для этого созреваете, и вам будут доступны последующие рассказы об интеллекте.

В развитии ума человека наступает момент, когда выводы и суждения его становятся несостоятельными. Готовые и шаблонные решения на основе мозговой деятельности не дают ожидаемых благих результатов, а еще более ухудшают создавшееся положение. Это опасный момент шатаний, переоценки ценностей и кризисов. Люди мучительно ищут пути решения насущных жизненных вопросов. Но привыкшие идти по проторенным дорогам люди не могут сойти с привычных путей. А решение вопроса, именно, в нахождении новых путей.

Современный кризис человека связан, именно, с окончанием эволюции ума человека. Закончивший свою эволюцию интеллектуальный ум человека должен замениться более высокой его формой. Нужно согласиться с тем очевидным фактом, что разброд и шатания современного человека связаны с кризисным состоянием его интеллекта, который уже не способен далее прогрессивно решать назревающие вопросы жизни. «... Современный человеческий ум не справляется с теми

задачами, которые ставит человеческому развивающаяся согласно законам эволюции жизнь, что она требует иного подхода к некоторым явлениям и вещам, и что своим умом человечество заведено в тупик, выбраться из которого не может» [3].

Здесь необходимо сделать одно существенное замечание. Некоторые могут подумать, что мы покушаемся на святая святых человека - его интеллект. Это далеко не так. Представьте, что было время в эволюции ума человека, когда довлеющий инстинктивный ум уступил место интеллектуальному уму. Но инстинкт во многом продолжает нам еще служить. Также обстоит дело с интеллектом человека. Он сейчас дошел до апогея в своем эволюционном развитии, перерезал и, как перерезавший плод, должен сойти со сцены, чтобы дать возможность развитию и созреванию следующей стадии эволюции ума. Речь идет о необходимости коррекции аббераций интеллектуального ума. Законы развития жизни таковы, что всему нужно свое время и свои условия. В свое время развитие интеллектуального ума не упразднило функции инстинктивного ума, который до сих пор выполняет многие важные функции на своем уровне. Эволюция человека не останавливается, даже за последние десятилетия многие функции человека заметно изменились (психология, социальные функции, информационный и энергетический уровень, структура патологии и др.).

«Развивающаяся и усложняющаяся жизнь для выполнения всех ее заданий снова требует введения нового фактора развития, который возьмет на себя выполнение таких функций, которые для человеческого мозга не допустимы. Этим новым фактором будет человеческое сердце. Уму останется то, что ему принадлежало и принадлежит, то есть мир физический, сердце приобщит человека к Миру Высшему» [3].

(Окончание в следующем номере).

П.П. Шамаев, А.С. Григорьева

О ВОЗМОЖНОСТИ РАСШИРЕНИЯ ОБЛАСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АЛМАЗНЫХ НОЖЕЙ В ХИРУРГИЧЕСКИХ КЛИНИКАХ ЯКУТИИ

Перефразируя известное выражение «...уровень использования алмазов в промышленности показывает уровень развития страны», можно констатировать, что уровень применения алмазных микролезвий определяет качество проведения микрохирургических операций.

Краткая историческая справка. В 70-80-х гг. прошлого столетия в крупных офтальмологических центрах Запада стали применять ножи (скальпели) с алмазным микролезвием (алмазные скальпели, микрохирургические алмазные ножи и т.д.). Ножи стоили дорого, 800-1000 дол. США за штуку. Известный офтальмолог Святослав Федоров, генеральный директор Московского НИИ микрохирургии глаза МЗ РСФСР (МНИИМГ), поставил задачу изготовления алмазных микролезвий коллективам ВНИИАЛМАЗ Минстанкопрома СССР, Центральной научно-исследовательской геммологической лаборатории (ЦНИГЛ) Гохрана СССР и ряда московских академических институтов. Однако очень высокие требования к качеству режущей кромки алмазного лезвия затрудняли изготовление микролезвий традиционным механическим способом обработки алмаза. Применение станков с малым биением шлифовального диска и полировальных паст с ультратонким абразивом не привело к желаемым результатам. Режущие кромки механически заточенных лезвий имели большой радиус закругления (тупое лезвие) или множество сколов при малом радиусе.

В 1975 г. в лаборатории экспериментальной минералогии Института геологии Якутского филиала СО АН СССР (ныне Институт геологии алмаза и благородных металлов (ИГАБМ) СО РАН) под руководством к.х.н. А.П. Григорьева проводились исследования возможности синтеза алмаза в метастабильных условиях, для этого изучалось взаимодействие алмаза с переходными металлами в различных газовых средах при высоких температурах и атмосферном давлении. В

одном из опытов металлическая пластинка начала углубляться в кристалл алмаза. Неожиданный результат положил начало планомерной разработке новых методов обработки алмаза, названных авторами «термохимическими». Первая заявка на изобретение «Способ размерной обработки алмаза» была подана в 1975 г. [1, 2]. В общей сложности, по термохимическим методам обработки алмаза получено более 25 авторских свидетельств СССР, патентов РФ. Способ был запатентован в 7 зарубежных странах.

На основе метода термохимического шлифования алмаза [3] была разработана технология заточки лезвий монокристалльных алмазных инструментов. 14 марта 1983 г. в МНИИМГ МЗ РСФСР прошли успешные испытания первого отечественного алмазного микролезвия. За короткий срок с нашей помощью в экспериментально-техническом производстве МНИИМГ был открыт цех по производству алмазных микролезвий. В советское время, при бесплатном медицинском обслуживании, в институт С.Н. Федорова была многолетняя очередь на операцию. Благодаря нашей технологии, по направлениям Института геологии без очереди прооперировались в МНИИМГ МЗ РСФСР около 300 якутян. Впервые в истории якутской науки была продана лицензия на технологию заточки микролезвий английской фирме «Евроленз».

Специалисты МНИИМГ обучались технологии в Институте геологии и им была передана установка для термохимической заточки алмазных микролезвий [5]. В СССР, а затем и в РФ с применением нашей технологии выпущены тысячи лезвий различных форм и размеров для микрохирургических операций.

Алмазные микролезвия

Алмаз является лучшим материалом для изготовления лезвий, применяемых в микрохирургических операциях. Это обусловлено в первую очередь следующими свойствами алмаза: уникальной твердостью, химической и термической стойкостью, физико-химическими свойствами по-

верхности – практически нулевой, низкой гидрофильностью и пористостью.

Уникальная твердость алмаза объясняется плотнейшей упаковкой атомов углерода в структуре кристалла. Плотная упаковка атомов при термохимической заточке лезвия позволяет получать идеальную режущую кромку с остротой (радиусом закругления) в сотые доли микрона. Особая острота и чистота (отсутствие сколов) режущей кромки алмазного микролезвия, а также низкая гидрофильность алмаза, обуславливающая отталкивание на молекулярном уровне биологических тканей от алмазного микролезвия при разрезании, обеспечивают высокое качество надреза и позволяют разрезать ткани на очень тонкие срезы. Кроме этого, малые нагрузки при разрезах исключают значительные деформации оперируемых тканей, что повышает точность проведения разрезов с минимальным повреждением тканей.

Практически нулевая пористость алмаза, ее высокая термическая и химическая стойкость позволяют стерилизацию ножей с алмазными микролезвиями в сухожаровой, параформалиновой камерах или иными способами. Алмазные микролезвия отвечают требованиям программ «АнтиСПИД», «Антигепатит».

В офтальмологических микрохирургических операциях в основном используются 4 типа алмазных микролезвий (рисунок). Длина микролезвий колеблется в пределах 5,5-7,0 мм, толщина – 0,25-0,3 мм, ширина стандартизована:

- а - микролезвия типа «общехирургический» - 1,0 мм,
- б - с задней заточкой – 1,0 мм,
- в - типа «стилэт» («пика») – 2,8; 3,0; 3,2 мм,
- г - «расслаиватель» - 2,0 мм.

Измерения остроты алмазных микролезвий были проведены специалистами МНИИМГ на электронном микроскопе. В частности, с.н.с. В.Б. Гудечковым были приведены сравнительные данные усилий прокола и резания алмазными и металлическими микролезвиями (таблица). Измерения усилий были проведены на разработанном в МНИИМГ устройстве [4].

Технические испытания образцов микролезвий на вкалывание и резание (данные В.Г. Гудочкова)

Лезвие	Усилие, грамм	
	вкалывание	резание
Металлическое с тефлоновым покрытием	7	51
	15	30
	11	23
	12	22
Алмазное	4	11
	4	10
	5	11
	3	10
	4	9

Испытания проводились на роговице глаз кролика. Были испытаны микролезвия типа «общехирургические».

Из данных таблицы видно, что при вкалывании и резании роговиц усилие на алмазное лезвие прилагается в 2-3 раза меньше, чем на металлическое. Еще большая разница усилий наблюдалась бы при испытании алмазных микролезвий с задней заточкой (рисунков, б).

Технология заточки микролезвий «расслаиватель» нами не освоена. Нужны специальные приспособления сложной конструкции – осцилляторы для радиальной заточки.

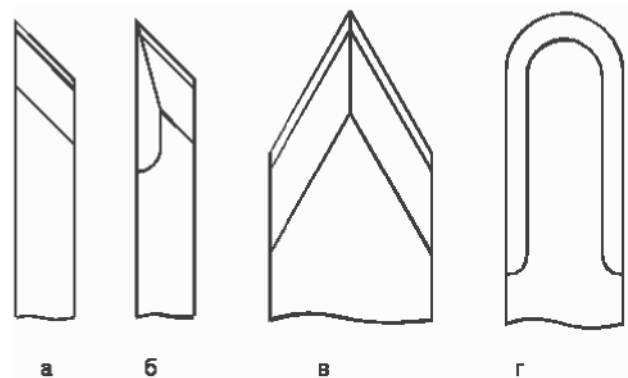
По неопубликованным данным офтальмологов МНИИМГ МЗ РФ, использование алмазных инструментов повысило качество операций, открыло новые возможности в лечении

больных, снизило продолжительность временной нетрудоспособности пациента на 10-15% при операциях по поводу глаукомы и катаракты и на 50% – при миопии и астигматизме.

Заключение

За рубежом и в ведущих клиниках страны ножи с алмазными микролезвиями успешно применяются при микрохирургических операциях в кардиологии, нейрохирургии, пластической хирургии и т.д.

В РС(Я) имеется реальная возможность расширенного применения алмазных ножей в микрохирургических операциях различной направленности. Для этого нужен интеграционный проект для разработки и выпуска новых типов алмазных микрохирургических ножей (инструментов) с привлечением специалистов академической науки (ИГАБМ СО РАН, ЯНЦ СО РАМН) и хирургов-практиков. Проект может финансироваться Министерством здравоохранения РС(Я) в рамках Федеральной национальной программы «Здоровье» в форме госзаказа на научно-техническую продукцию или в любой другой форме.



Типы алмазных микролезвий (см. в тексте)

Литература

1. А.с. № 852586 СССР. Способ размерной обработки алмаза / А.П. Григорьев, С.Х. Лифшиц, П.П. Шамаев. – 1981.
2. А.с. № 1081922 СССР. Способ обработки алмаза / А.П. Григорьев, С.Х. Лифшиц, П.П. Шамаев. – 1983.
3. А.с. № 1385403 СССР. Установка для обработки алмаза / А.П. Григорьев, В.В. Тарасов, П.П. Шамаев. – 1987.
4. А.с. № 1337045 СССР. Устройство для измерения усилий резания глазных тканей / С.Н. Федоров, С.А. Соловьев, С.В. Крутов. – 1985.
5. Шамаев П.П. Техника и методика безабразивного способа шлифования и полирования алмаза / П.П. Шамаев, А.П. Григорьев, А.Е. Белолюбский // Взаимодействие алмаза с переходными металлами (Сборник научных трудов). - Новосибирск, 1989. - С. 24-36.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Н.В. Махарова, Ф.Ф. Лютова

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЙ ЗУБЕЦ ОСБОРНА В ПРАКТИКЕ ВРАЧЕЙ ЯКУТИИ

Зубец Осборна — это диагностический электрокардиографический критерий выраженных нарушений общей гемодинамики, представляет собой хорошо выраженный поздний положительный зубец, следующий за комплексом QRS, либо зазубренность на нисходящем колене зубца R, маленький добавочный зубец г (г'). При этом начальная часть сегмента ST расположена высоко (имеется подъем точки J), что отражает нарушения ранней реполяризации желудочков в виде «купола», «горба верблюда», «крючка для шляпы» и т.д. [10].

В 1953 г. J.J.Osborn, изучая в экспериментах на собаках влияние гипотермии на дыхательную и сердечно-сосудистую систему, впервые описал ЭКГ-конфигурацию желудочкового комплекса с подъемом точки J, которую сам назвал «current of injury» («ток повреждения»), впоследствии названную «гипотермическим» зубцом Осборна. Зубец Осборна на ЭКГ является очень плохим прогностическим признаком появления жизнеугрожающих нарушений ритма, фибрилляции желудочков, асистолии, которые могут быть причиной смерти. Впоследствии зубец Осборна описан не только при переохлаждении, но и при субарахноидальном кровоизлиянии, гиперкальциемии, поражениях головного мозга после травм, стенокардии, остановке сердца, перикардите [9,11-13,16].

Доказано, что зубец Осборна в 80% случаев патогномичен при гипотермии (снижение температуры тела ниже 35°C) [8]. Действию холода подвергается значительный контингент населения Дальнего Востока и Якутии. По данным Якутской городской клинической больницы, пострадавшие от холода составляют в среднем 7,7% от общего количества госпитализированных больных, в декабре-январе их количество достигает 25-30%. Основными причинами смерти считают жизнеугрожающие нарушения ритма, поэтому знание ЭКГ-признаков как предиктора нарушений ритма при переохлаждении и гипотермии имеет теоретическое и практическое значение [1].

Выделяют легкую (34—35°C), умеренную (30—34°C) и тяжелую (ниже 30°C) гипотермию. Наиболее частыми

МАХАРОВА Наталья Владимировна – к.м.н., с.н.с. ЯНЦ СО РАМН; **ЛЮТОВА Фаина Федоровна** – к.м.н., доцент НИИ терапии СО РАМН (г. Новосибирск).

причинами гипотермии являются пребывание на холоде (особенно в состоянии алкогольного опьянения), частичное погружение в холодную воду, массивные переливания инфузионных растворов или крови. К факторам риска развития гипотермии относят: детский и пожилой возраст; комы при неврологических заболеваниях (субдуральная гематома, острые нарушения мозгового кровообращения, черепно-мозговая травма); уремия; гипотиреоидная (микседематозная) кома; диабетический кетоацидоз; гипергликемическая гиперосмолярная кома; лактацидемическая кома; недостаточность коры надпочечников; сепсис; тяжелые травмы; хирургические операции; гипопитуитаризм; дефицит тиамина; острые отравления (тетраэтилсвинец, этиловый спирт, фенолы, карболовая кислота, крезол, лизол, резорцин, гидрохинон, конопля индийская, семена полыни цитварной); прием лекарственных препаратов (амидопирин, реопирин, анальгин, бутадиион, бромиды, наркотические анальгетики группы опия, этилморфин, кодеин, кодтерпин, промедол, морфин, антигистаминные препараты, барбитураты, транквилизаторы, антидепрессанты, нейролептики) [5].

Клиническая картина зависит от температуры тела при поступлении. Возможно поражение любых органов. При температуре тела ниже 36°C начинается угнетение сознания, при 32,2°C прекращается дрожь, снижаются сухожильные рефлексы, при 28°C возникает кома, при 18°C — асистолия.

По мере понижения температуры тела амплитуда зубца Осборна увеличивается. При температуре ниже 30°C риск фибрилляции желудочков становится очень высоким, поэтому надо избегать ненужных манипуляций и резких перемещений пострадавшего. При температуре ниже 28°C усиливается брадикардия, продолжает снижаться АД.

К гипотермии особенно чувствительна нервная система. Снижение температуры тела на каждый 1°C сопровождается снижением церебрального кровотока в среднем на 7%. С другой стороны, в условиях гипотермии потребление кислорода мозгом уменьшается примерно вдвое при снижении температуры на каждые 10°C, обеспечивая таким образом большую устойчивость ЦНС к гипоксии. Однако резкое снижение обменных процессов в головном мозге вызывает заторможенность, угнетение центральной регуляции дыхания (в том

числе и вследствие снижения продукции CO₂ и уменьшения гиперкапнической регуляции дыхания), сознания. При температуре менее 27-26°C наступает кома, исчезают глубокие сухожильные и зрачковые рефлексы, крайне угнетаются дыхательный и сосудодвигательный центры [5].

Механизм возникновения зубца Осборна на ЭКГ объясняют ацидозом, аноксией, замедленной деполяризацией желудочков, ранней реполяризацией желудочков, различием эпикардиальных и эндокардиальных клеток на холод, ацетилхолин и другие воздействия, но ведущим фактором признается вольтажный градиент вследствие гетерогенности выходящего калиевого тока в желудочках. В 1996 г. G.X. Yan and C. Antzelevich, произведя одновременную запись трансмембранного потенциала действия в различных участках стенки желудочка (эпикардиальный, М-регион, эндокардиальный) и трансмуральной ЭКГ, получили в 17 из 20 случаев конфигурацию зубцов Осборна, форма и амплитуда которых достоверно коррелировали с изменением потенциала действия только эпикардиальных клеток [15].

На рис. 1 представлена полученная в экспериментальных условиях синхронная запись трансмембранного потенциала действия клеток субэпикарда (Epi) и субэндокарда (Endo) левого желудочка с одновременной регистрацией ЭКГ, где: А — при нормальной температуре (36°C) небольшая, но отчетливая выемка на потенциале действия под эпикардом проявляется на ЭКГ приподнятой точкой J (отмечена стрелкой) в месте соединения комплекса QRS и сегмента ST; В — снижение температуры до 29°C сопровождается увеличением амплитуды и ширины выемки на потенциале действия под эпикардом, но не под эндокардом, что проявляется выраженной волной J (отмечена стрелкой) на ЭКГ; С — согревание до температуры 34°C сопровождается параллельным уменьшением как амплитуды и ширины волны J, так и выемки на потенциале действия под эпикардом.

Изменения на ЭКГ, которые появляются при гипотермии, это: синусовая брадикардия, удлинение интервалов PQ и QT, смещение сегмента ST

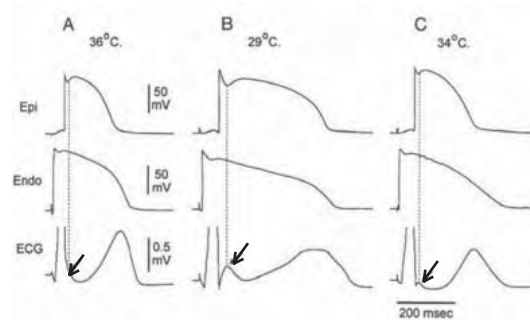


Рис. 1. Влияние гипотермии на форму потенциала действия и ЭКГ

выше изолинии, изменение морфологии зубцов Т и U, расширение комплекса QRS, появление зубца Осборна в отведениях II, III, aVF, aVR, V4-V6, нарушения ритма (фибрилляция предсердий, желудочковые аритмии, атриоventрикулярный и идиовентрикулярный ритмы, фибрилляция желудочков, асистолия).

До появления в отечественной литературе термина «зубец Осборна» описания ЭКГ-конфигураций желудочкового комплекса с подъемом точки J как предиктора жизнеугрожающих нарушений ритма усложняли дифференциальную диагностику. Так, в атласе М.С. Кушаковского и Н.Б. Журавлевой «Аритмии и блокады сердца», изданном в 1981 г., описывается электрокардиограмма (рис.2) мальчика 15 лет с ушибом головного мозга, где зафиксирована ЭКГ-конфигурация желудочкового комплекса с подъемом точки J. Изменения на ЭКГ связывают «с гипокальциемией в связи с угасанием электрической активности сердца» [3].

В монографии М.С. Кушаковского «Метаболические болезни сердца» (2000 г.) описаны подобные изменения на ЭКГ у человека, умирающего от переохлаждения (рис. 3) [4].

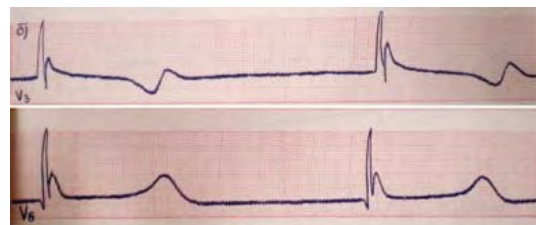


Рис. 2. На ЭКГ в отведениях V3 V6 ритм из АВ-соединения с ЧСС 24 уд в мин. Комплекс QRS типа RSR', зубец R' отражает раннее начало реполяризации. Сегмент ST удлинён до 0,60 с., слияние волн Т и U

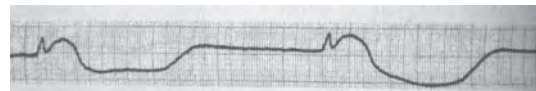


Рис.3. ЭКГ человека, умирающего от переохлаждения: резкая синусовая брадикардия, уплощение зубцов P, после зубца R характерная выраженная волна J, симулирующий подъем сегмента ST



Рис. 4. На ЭКГ: идиовентрикулярный ритм, ЧСС — 27–32 в 1 мин. Во всех отведениях регистрируется характерная волна соединения между комплексом QRS и сегментом ST (J-волна), удлинение QT. В течение суток больной умер в отделении реанимации

В отечественной литературе только в последние годы появились публикации с собственными наблюдениями об ЭКГ-конфигурациях желудочкового комплекса с подъемом точки J, которые были описаны как зубцы Осборна. Так, по данным скрининговых ЭКГ-обследований в Санкт-Петербургской психиатрической больнице №1 им. П.П.Кашенко за 2000 - 2005 гг., зубцы Осборна разной степени выраженности выявлены у 78 пациентов, у которых не было переохлаждения, а их появление объяснялось гипотермией, вызванной грубым органическим, токсическим, сосудистым поражением головного мозга. ЭКГ всегда сопровождалась ухудшением состояния за счет выраженной дисфункции и угнетения деятельности дыхательной и сосудодвигательных центров и центра терморегуляции [5-7].

В повседневной практической работе мы также наблюдали появление зубцов Осборна на ЭКГ, но в случаях

острого нарушения мозгового кровообращения, которые закончились смертью (рис.4). Выраженная деформация R-ST и удлинение QTc > 500 мс свидетельствовали о крайней тяжести состояния больных.

В зарубежной литературе публикаций и наблюдений с зубцом Осборна достаточно много, например описывается ЭКГ (рис. 5) мужчины 26 лет с переохлаждением [14].

Дифференциальная диагностика должна проводиться с клинко-электрокардиографическим синдромом Бругада, с которым также связывают высокий риск жизнеугрожающих аритмий и является одной из причин внезапной кардиогенной смерти у лиц моложе 50 лет в 4-12% случаев, для которого характерны: внезапная смерть у ближайших родственников молодом возрасте, фатальные желудочковые нарушения ритма. Для синдрома Бругада, в отличие от зубца Осборна, характерны ЭКГ изменения в правых грудных отведениях (V1-3), ЭКГ - картина блокады правой ножки пучка Гиса, сочетающаяся с вогнутым или выпуклым подъемом сегмента в виде «седла» или «свода» и положительным зубцом Т [2]. Иногда зубец Осборна можно принять за ЭКГ-признаки синдрома ранней реполяризации желудочков (СРРЖ), для которого характерно вогнутое смещение сегмента ST над изолинией, наличие

точки или волны соединения на нисходящем колене R (или псевдозубец r), заостренный высокоамплитудный зубец Т. СРРЖ может быть зарегистрирован на ЭКГ в III, aVF или в грудных отведениях, но этот признак постоянный в течение жизни. Иногда выраженный зубец Осборна имитирует подъем сегмента ST, который необходимо дифференцировать с острым инфарктом миокарда.

Таким образом, зубец Осборна — это диагностический критерий выраженных нарушений общей гемодинамики, в 80% случаев патогномничен для гипотермии и других тяжелых состояний. Сочетание зубца Осборна с удлинением интервала QT, которое само по себе является маркером тяжелых аритмий и внезапной смерти, является предиктором возникновения электрической нестабильности миокарда желудочков, приводящей к возникновению тяжелых желудочковых аритмий и смертельному исходу. Своевременная диагностика на ЭКГ зубца Осборна позволит определить степень и прогноз исхода, провести лечение в достаточном объеме в самые ранние сроки.

Литература

1. **Алексеев Р.З.** Прогноз и диагностика тяжелых отморожений / Р.З. Алексеев // Якутский медицинский журнал. - 2003. - №1. - С. 7-10.
2. **Ватутин Н.Т.** Синдром Бругада / Н.Т. Ватутин, Е.В. Складная // Кардиология. - 2003. - № 11. - С. 80 - 85.
3. **Кушаковский М.С.** Аритмии и блокады сердца / М.С. Кушаковский, Н.Б. Журавлева. - СПб.: Фолиант, 1981. - С. 310-311.
4. **Кушаковский М.С.** Метаболические болезни сердца / М.С. Кушаковский. - СПб.: Фолиант, 2000. - С. 76
5. **Лиманкина И.Н.** Зубец Осборна в психиатрической практике / И.Н. Лиманкина // Вестник аритмологии. - 2006. - № 43. - С. 53-57.
6. **Мишук Н.Е.** Два наблюдения: необычная электрокардиограмма при нестандартных обстоятельствах / Н.Е. Мишук, С.Ю. Дмитриев, О.Е. Мороз // Медицина неотложных состояний. - 2006. - 4(5). - С. 10-13.
7. **Иванова Л.Н.** Клинические наблюдения синдрома Осборна / Л.Н. Иванова и [др.] // Медицина неотложных состояний. - 2007. - 3(10). - С. 10-13.
8. **Durakovic Z.** Q-T and JT dispersion in the elderly with urban hypothermia / Z. Durakovic, M. Misigoj-Durakovic, N. Corovic // Int J Cardiol. - 2001. - Vol. 80 (2-3). - p. 221-226.
9. **De Sweit J.** Changes simulating hypothermia in the

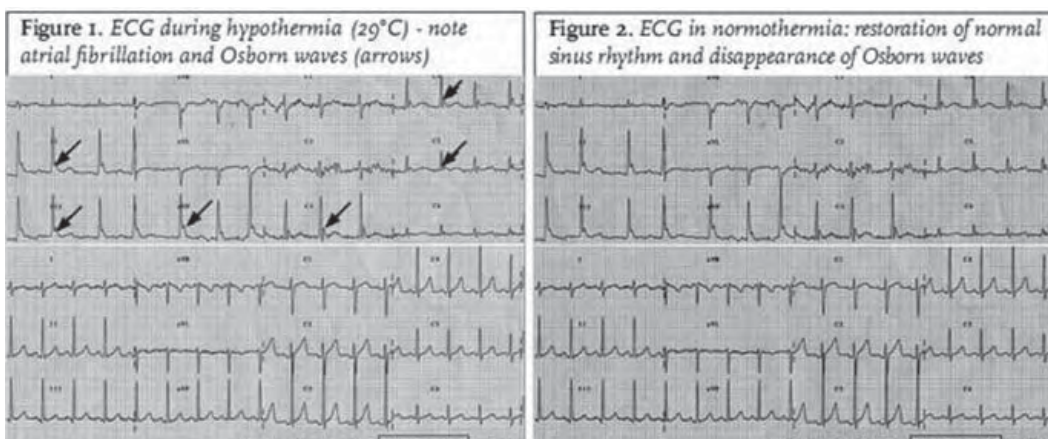


Рис. 5. Фибрилляция предсердий с ЧСС 110-120 в мин и характерные зубцы Осборна, АД130/80, ректальная температура 27,9°C. После согревания пациента ритм восстановился

electrocardiogram in subarachnoid hemorrhage / De Sweit J. // J Electrocardiol. - 1972. - № 5. - P. 93-95.

10. **Gussak I.** ECG phenomenon called the J wave: history, pathophysiology, and clinical significance / I. Gussak // J Electrocardiol. - 1995. - № 28. - P. 49-58.

11. **Kalla H.** Ventricular fibrillation in a patient with prominent J (Osborn) waves and ST segment elevation in the inferior electrocardiographic leads:

a Brugada syndrome variant? / H. Kalla, G.X. Yan, R. Marinchak R // J Cardiovasc Electrophysiol. - 2000. - № 11. - P. 95-98.

12. **Marayama M.** Osborn waves associated with ventricular fibrillation in a patient with vasospastic angina / Marayama M. [et al.] // J Cardiovasc Electrophysiol. - 2002. - № 13. - P. 486-489.

13. **Martinez J.A.** Postoperative pericarditis and Osborn wave / J.A. Martinez // Medicina (B Aires). - 1998. - Vol. 58. - № 4. - P. 428.

14. **Olgers T.J.** The ECG in hypothermia: Osborn waves/ T.J. Olgers, F.L. Ubels // Netherlands Journal of Medicine. - 2006. - Vol. 64. - № 9. - P. 350-353.

15. **Yan G.X.** Cellular basis for the electrocardiographic J wave/ G.X. Yan, C. Antzelevitch // Circulation. - 1996. - № 93. - P. 372-379.

16. **Jain U.** Electrocardiographic J waves after resuscitation from cardiac arrest / U Jain [et al.] // Chest. - 1990. - Vol. 98. - P. 1294-1296.

Н.Г. Салахова, О.Н. Иванова

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

Врожденные пороки сердца (ВПС) занимают одно из ведущих мест в структуре врожденной патологии и, по различным данным, составляют до 10% всех аномалий [5]. Этиологические факторы имеют генетический, инфекционный, гипоксический, токсический характер. Критическим сроком для возникновения ВПС являются 8-я – 12-я неделя внутриутробного развития, когда происходит активный органогенез.

В неонатальном периоде распознавание ВПС и, особенно, их топическая диагностика, затруднены из-за того, что основные симптомы в виде сердечных шумов и различной степени цианоза не являются специфическими. Многие пороки сердца в периоде адаптации могут быть «глухими», с минимальными вторичными проявлениями. Клиническая симптоматика их сходна с проявлениями СДР, внутричерепными кровоизлияниями и другими тяжелыми состояниями неонатального периода. У новорожденных физикальные данные, позволяющие судить о топике порока, скудны и часто не имеют большого диагностического значения. Основными клиническими признаками ВПС у новорожденных являются цианоз, приступы аноксии и сердечная недостаточность. Появление тотального цианоза кожи, слизистых оболочек губ, конъюнктивы считается диагностическим признаком тяжелого порока сердца при условии отсутствия других причин артериальной гипоксемии. Наряду с этими симптомами появляются вялость, беспокойство, отказ от груди, потливость, тахикардия. Аускультативные проявления при врожденных пороках сердца у новорожденных от-

мечаются только в 30-50% случаев [3]. Наиболее значимыми в диагностике ВПС на сегодняшний день являются эхокардиографическое и доплеровское исследования, а также периферическая ангиокардиография.

Основными моментами лечения критических состояний при ВПС являются: кислородотерапия (не всегда); коррекция метаболического ацидоза; коррекция гипогликемии; интубация, ИВЛ; инотропная терапия, дигоксин; мочегонные; температурный режим (кувез); парентеральное питание; простагландины, индометацин; аtriосептостомия; хирургия ВПС [1,4,6]. Закрытие артериального протока под действием индометацина происходит в 79% случаев [1,2].

Перинатальная кардиология – быстро растущая и динамично развивающаяся область кардиологии. В последние годы в ней достигнуты значительные успехи. Несмотря на это, многие вопросы теоретической и практической значимости, в том числе вопросы лечения некоторых заболеваний, в этой области кардиологии до сегодняшнего дня остаются нерешенными, а некоторые положения – спорными.

Целью настоящего исследования является анализ течения, диагностики, лечения и способов профилактики врожденных пороков сердца по материалам отделения новорожденных Перинатального центра ГУ РБ №1-НЦМ МЗ РС(Я).

Материалы и методы исследования

Нами изучено и обработано 464 истории развития новорожденных за период с 2004 по 2006 г. по данным отделения новорожденных Перинатального центра ГУ РБ №1-НЦМ.

В условиях отделения новорожденных этим детям проведено обследование: общий анализ крови, биохимический анализ крови, контроль сахара

крови, нейросонография, УЗИ брюшной полости, ЭКГ, ЭХОКГ, мониторирование ЧСС, ЧД, АД, SaO₂.

Изучался анамнез беременности и родов матерей новорожденных с ВПС. Проведен анализ течения, диагностики, лечения и исхода врожденных пороков сердца у младенцев.

Результаты и обсуждение

В структуре заболеваемости врожденные пороки сердца с 2004 по 2006г. стабильно стоят на 2-м месте после перинатальных энцефалопатий.

Приоритет в структуре ВПС занимают транзиторные нарушения переходного кровообращения: открытое овальное окно; открытый артериальный проток и их сочетание. Они составили 67% от общего числа выявленных пороков сердца. Цианотичные формы ВПС (стеноз легочной артерии, тетрада Фалло, транспозиции магистральных сосудов, артериальный ствол, аномалии трикуспидального клапана, Эбштейна) наблюдались в 8% случаев, ацианотичные (дефекты межжелудочковой перегородки, межпредсердной перегородки - вторичной части, межжелудочковой перегородки в сочетании с открытым овальным окном или открытым артериальным протоком) – в 92% случаев.

В 10 % случаев ВПС сочетался с другими пороками развития, такими как: дисплазия тазобедренного сустава, расщелина губы и неба, полидактилия, пороки развития ЦНС, атрезия ануса. У 3% детей была хромосомная патология (синдром Дауна).

Общее состояние новорожденных с врожденным пороком сердца оценено как: удовлетворительное – 46,5%, средней тяжести – 27,5, тяжелое – 26%. Проведенное статистическое исследование показало, что частота выявления ВПС с 2004 по 2006 г. увеличивается. Состояние здоровья женщин при этом остается примерно на одном уровне.

Имеет место позднее взятие на учет беременных женщин, что значительно увеличивает риск развития осложненной беременности.

Некоторые ВПС, даже несложные формы, в раннем неонатальном периоде могут протекать злокачественно, обуславливая развитие декомпенсации кровообращения и дыхательную недостаточность. Главной причиной этого является несовершенство компенсаторных механизмов у новорожденных,отягощенный анамнез матери (акушерско-гинекологические, осложненные беременности, родов, наличие экстрагенитальной патологии). Это приводит к рождению детей в тяжелом (26%) и среднетяжелом (27,5%) состоянии и часто требует лечения в условиях отделения ИТАР новорожденных (15,3%). Около половины детей исследуемой группы нуждались в последующем переводе на второй этап лечения (32%).

Высокую частоту рождения детей в тяжелом и среднетяжелом состоянии можно объяснить не только тяжестью ВПС, но и наличием у ребенка других патологий, в числе которых следует отметить перинатальные энцефалопатии (52%), внутриутробное инфицирование (22%), синдром дыхательных расстройств (12,9%).

Из 464 детей 145 родились недоношенными, что в общем количестве детей с ВПС составило 31,3%.

По тяжести течения порока новорожденные распределились следующим образом: легкое течение – 64%. Эту группу составили младенцы с транзиторными нарушениями переходного кровообращения. Среднетяжелое течение порока отмечалось в 28%, тяжелое - в 8% случаев ВПС.

Доминирующими клиническими симптомами были: учащение дыхания, тахикардия, вялое сосание, цианоз кожных покровов и видимых слизистых оболочек, общее беспокойство или вялость, вегетативные нарушения. Наличие шумов в области сердца наблюдалось у всех новорожденных.

58% детей с ВПС имели изменения в нейросонографии в виде вентрикулодилатации, кист в сосудистом сплетении и таламокаудальной вырезке, у 100% детей наблюдалась гиперэхогенность перивентрикулярных зон.

Основными моментами лечения всех новорожденных с ВПС были: лечебно-охранительный режим, коррекция температуры тела (кувез), кислородотерапия, коррекция гипог-

ликемии, в отдельных случаях – поддерживающая инфузионная терапия, мочегонные, инотропная поддержка, дигоксин, редко в сочетании с каптоприлом. Индометацин в лечении открытых артериальных протоков не использовался.

Учитывая кратковременность пребывания в отделении новорожденных - от 3 до 14 суток (в среднем около 7 суток), оперативная коррекция порока осуществлялась после перевода новорожденных на второй этап лечения.

В структуре неонатальной смертности ВПС составил 2%.

Возрастные колебания родильниц, дети которых страдали ВПС, составили от 21 до 40 лет, большая часть из них – повторнородящие.

Следует отметить активное направление беременных женщин из улусов, несмотря на дальние расстояния, плохую транспортную схему, финансовые затруднения.

Низкий процент перинатальной диагностики (6%), вероятно, связан с тем, что многие пороки сердца антенатально не проявляются в силу особенностей внутрисердечной гемодинамики плода. Даже сложные ВПС, практически несовместимые с жизнью, могут не влиять на развитие плода и его массоростовые показатели и не вызывают гипотрофию. Кроме того, более половины матерей новорожденных с ВПС поступили из улусов республики, где инструментальные возможности больницы, квалификация и опыт исследователей не всегда позволяют пренатально диагностировать ВПС.

Результаты нашего исследования доказывают, что данная проблема заслуживает особого внимания как лечащих врачей, так и организаторов здравоохранения.

Заключение

1. Организация медико-генетического консультирования беременных из групп риска, своевременная пренатальная диагностика ВПС позволят снизить показатели перинатальной заболеваемости и смертности. Поэтому необходимо организовать медико-генетическое консультирование беременных из групп риска, оснастить поликлиники ультразвуковыми приборами новых модификаций и обеспечить персоналом, обученным работе на них.

2. Учитывая преобладание в структуре ВПС транзиторных нарушений переходного кровообращения, профилактика невынашивания, своевре-

менная госпитализация и лечение женщин с осложнениями беременности позволят снизить заболеваемость новорожденных, а значит и общее количество ВПС.

3. Широкое применение индометацина в лечении открытых артериальных протоков позволит уменьшить количество оперативных вмешательств по их закрытию.

4. Улучшение взаимосвязи с женскими консультациями и лечебными учреждениями г. Якутска и улусов республики исключит запоздалую госпитализацию беременных, относящихся к группе риска, и позволит не только провести своевременную диагностику, но и профилактику развития ВПС у новорожденных.

5. Всем детям с множественными врожденными пороками развития необходимо проводить УЗИ сердца для своевременного выявления ВПС.

6. Принимая во внимание, что своевременному закрытию артериального протока в постнатальном периоде препятствуют синдром дыхательных расстройств недоношенных, стойкий метаболический ацидоз, длительная оксигенотерапия высокими концентрациями кислорода, необходимо приобретение эффективных сурфактантов и современной дыхательной аппаратуры для вентиляции легких.

7. Необходимо обучать врачей в центральных клиниках применению высоких технологий в перинатологии, использовать возможности телемедицины и электронной почты для оказания консультативной помощи.

При своевременном проведении всех этих мероприятий можно добиться снижения частоты и улучшения степени компенсации врожденных пороков сердца у новорожденных.

Литература

1. Гомелла Г.Л. Неонатология / Г.Л. Гомелла, М.Д. Каннигам. - М.: Медицина, 1998. - 640с.
2. Затилян Е.П. Кардиология плода и новорожденного / Е.П. Затилян. - М.: Инфо-Медиа, 1996. - 184 с.
3. Прахов А.В. Болезни сердца плода и новорожденного ребенка / А.В. Прахов, В.А. Гапоненко, Е.Г. Игнашина. - Н. Новгород: Изд-во НГИА, 2001. - 187с.
4. Робертон Н.Р.К. Практическое руководство по неонатологии / Н.Р.К. Робертон. - М.: Медицина, 1998. - 514с.
5. Шабалов Н.П. Неонатология / Н.П. Шабалов. - М.: Медпрессинформ, 2006. - Т2. - 656с.
8. Шабалов Н.П. Основы перинатологии / Н.П. Шабалов, Ю.П. Цвелева. - М.: Медпрессинформ, 2002. - 576с.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

В.А. Третьякова, И.И. Третьяков

СЛУЧАЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ ОТ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ЛОБАРНОЙ ПНЕВМОНИИ ПРИ СОБЛЮДЕНИИ СТАНДАРТОВ ЛЕЧЕНИЯ

В настоящее время одним из основных принципов практической, да и страховой, медицины является принцип доказательности. Постановка диагноза, выбор лечения, критерии излечимости, эффективности лечения должны быть подтверждены клинико-лабораторными и инструментальными исследованиями.

Мы приводим достаточно иллюстративную, как нам представляется, выписку из истории болезни.

Больная Т., 1953 г.р. поступила в терапевтическое отделение Среднеколымской районной больницы 18.10.2007 г. с направительным диагнозом: внебольничная правосторонняя среднедолевая пневмония. ДН 0. Артериальная гипертония 2А ст. ФК 2, риск 3. Ревматоидный артрит, акт 0-1. ФН-1. Хронический пиелонефрит в стадии неполной ремиссии.

Жалобы при поступлении: умеренная одышка.

Из анамнеза: считает себя больной в течение недели, когда появилась высокая температура до 39°C. Получала амбулаторное лечение: пенициллин 1 млн ЕД 2 раза в сутки в/м, диклофенак 3,0 в/м. Был сделан рентген-снимок грудной клетки: лобарная пневмония справа.

При поступлении: состояние средней тяжести. Положение активное, телосложение нормостеническое. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Температура тела - 37,6°C. Пальпация грудной клетки безболезненная. При перкуссии справа в средних отделах притупление легочного звука. Дыхание везикулярное, справа в средних отделах ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца усилены, ритмичные, ЧСС - 84 в 1 мин. АД 160/100 мм рт.ст. Печень по краю реберной дуги.

ОАК от 19.10.07: эр - $3,88 \cdot 10^{12}$, НВ - 123, цп - 0,94, л - $11,2 \cdot 10^9$, баз - 1, эоз - 1, п/я - 4, с/я - 62, лимф - 25, мон - 7, СОЭ - 50 мм/ч. ОАМ-б/о.

ТРЕТЬЯКОВА Варвара Алексеевна – врач-терапевт высшей квалиф. категории, засл. врач РС(Я), гл. внешт. терапевт Среднеколымской ЦРБ; **ТРЕТЬЯКОВ Иван Иванович** – врач-терапевт Среднеколымской ЦРБ.

Поставлен диагноз: Внебольничная правосторонняя среднедолевая пневмония (лобарная) средней степени тяжести. ДН 0. Артериальная гипертония 2А, ФК 2, риск 3.

Назначено лечение: пенициллин 1 млн ЕД 3 р/сут в/м, цефотаксим 1,0 2 р/сут в/м, метрогил 100,0 2 р/сут, нистатин 500000 ЕД 3 р/сут, муколитики, биостимуляторы, витамины.

Мокрота на микрофлору и чувствительность к АБ от 23.10.07г.: ассоциация микроорганизмов, обсеменность 10^5 в 1 мл. Преимущественный рост грибковой микрофлоры *Candida albicans*.

Мокрота на ВК трехкратно отрицательно.

ОАК от 12.11.07 г.: эр - $3,62 \cdot 10^{12}$, НВ - 119, цп - 0,9, л - $8,9 \cdot 10^9$, баз - 1, эоз - 3, п/я - 1, с/я - 45, лимф - 45, мон - 6, СОЭ - 32 мм/ч.

В результате лечения состояние улучшилось: исчезла одышка, нормализовались физикальные данные, рентген-картина.

Больная провела в отделении 25 койко-дней. Выписана 13.11.07 г. с выздоровлением.

Рекомендовано избегать переохлаждения, контроль крови через месяц, медотвод от прививок до нормализации картины крови, следить за АД, приём тенорика при

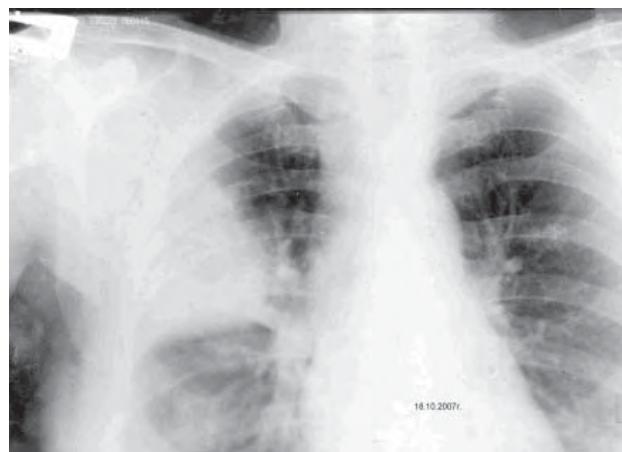


Рис.1. Обзорная рентгенограмма ОГК больной Т. от 18.10.2007 г. Острая правосторонняя лобарная пневмония?



Рис.2. Обзорная рентгенограмма ОГК больной Т. в динамике от 24.10.07 г. Правосторонний лобит в стадии начавшегося рассасывания

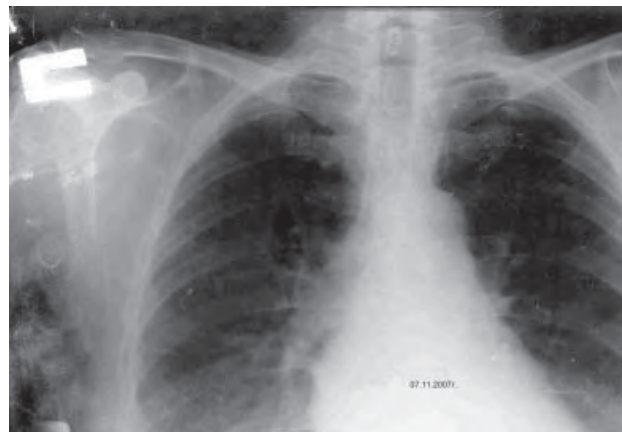


Рис.3. Контрольная рентгенограмма ОГК больной Т. от 07.11.07 г. Правосторонний лобит в стадии рассасывания

подъеме АД, подлежит Д-учету у участкового терапевта.

23.11.07 г. осмотр участкового терапевта на приеме: жалоб нет, состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердце - тоны ритмичные, ясные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано: сдать ОАК через месяц. Подлежит Д-учету в течение 12 месяцев.

28.12.07 г. ОАК: эр - $3,88 \cdot 10^{12}$, НВ - 128, цп - 0,9, Л - $6,0 \cdot 10^9$, эоз - 4, п/я - 1, с/я - 42, лимф - 46, моноц - 8, СОЭ - 5 мм/ч. ОАМ- б/о.

Больная продолжала прием поли-

витаминов, занималась дыхательной гимнастикой.

Резюме: таким образом, своевременная сочетанная антибиотикотерапия с использованием муколитиков, витаминов, биостимуляторов позволила добиться выздоровления у больной с лобарной пневмонией.

КОММЕНТАРИЙ СПЕЦИАЛИСТА

Лобарная пневмония в силу обширности поражения легочной ткани представляет собой тяжелую в плане лечения и прогноза клинко-морфологическую форму воспаления легких. Исход лобарной пневмонии зависит, прежде всего, от своевременности диагностики и правильного подбора антибактериальной терапии.

Авторами материала «Случай доказательности выздоровления от вне-

больничной лобарной пневмонии при соблюдении стандартов лечения» представлена история болезни пациентки 54 лет, находившейся на стационарном лечении по поводу правосторонней среднедолевой пневмонии. В результате своевременной и адекватной терапии достигнута положительная клинко-рентгенологическая динамика – ликвидация симптомов ин-

токсикации, нормализация гемограммы, рассасывание инфильтративных изменений в правом легком. Фотографии рентгенограмм легких убедительно иллюстрируют рентгенологическую картину до и после проведения курса эффективной терапии.

В связи с высокой иллюстративностью материал представляет интерес для врачей-клиницистов всех профилей и студентов медицинских вузов.

С.Н.С. ЯНЦ СО РАМН, к.м.н. Т.Е. УВАРОВА

Я.Г. Радь, А.А. Аргунова, О.М. Колесова, Н.Л. Павлова, П.Б. Кривошапкин, Г.Д. Бугаев

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Редкой и очень тяжелой патологией является шеечная беременность. Она составляет 0,1 % от всех эктопических беременностей. Несмотря на низкую частоту редкой формы эктопической беременности, ее ранняя диагностика представляет большое прогностическое значение, т.к. прерывание ее сопровождается массивным кровотечением и может закончиться инвалидизацией женщины.

Несмотря на значительный прогресс, достигнутый за последние 30 лет, проблема как диагностики, так и лечения внематочной - шеечной беременности остается по-прежнему актуальной. До недавнего времени единственным методом лечения была экстренная гистерэктомия. Леталь-

ность при данной патологии составляла до 40-45%.

На сегодняшний день продолжается поиск новых возможностей в лечении данной патологии. Благодаря внедрению в практику высоких технологий, у гинекологов появилась возможность выполнения органосохраняющих операций с дальнейшим восстановлением репродуктивной функции у женщин с шеечной беременностью.

Причинами аномального прикрепления зародыша являются эндометрит, дистрофические и атрофические изменения эндометрия, обусловленные частыми искусственными абортами, повторными диагностическими выскабливаниями слизистой оболочки матки. Проникновению зародыша в канал шейки матки могут способствовать опухоли, рубцовые изменения в области внутреннего зева, а также истмико-цервикальная недостаточность. Ворсины хориона глубоко внедряются в слизистый и мышечный слои, нередко прорастают всю стенку шейки матки и проникают в околоматочную клетчатку. По мере роста зародыша происходит истончение стенок шейки матки и отслойка плаценты. Хорошо развитая сеть кровеносных сосудов

и наличие варикозных узлов в стенке шейки матки способствуют развитию кровотечения, опасного для жизни. Кровотечение чаще возникает в первом триместре беременности, что, как правило, приводило к экстирпации матки.

Некоторые исследователи сообщают о возможности ушивания плододвместия после инструментального удаления плодного яйца. Но в этом случае существует большая опасность профузного кровотечения. Кровотечение при шеечной беременности всегда очень обильно, потому что стенки шейки матки истонченные, дряблые, а также нарушается структура сосудистых сплетений матки, т.к. там подходит нижняя ветвь маточной артерии, пудендалная артерия.

При возникновении кровотечения необходима тугая тампонада шейки матки для подготовки пациентки к операции. Другого варианта остановки кровотечения при шеечной беременности до настоящего времени не существовало.

На базе гинекологического отделения Перинатального центра (ПЦ) РБ №1-НЦМ проанализировано два клинических случая внематочной

РАДЬ Яна Геннадьевна – к.м.н., доцент МИ ЯГУ; **АРГУНОВА Альбина Алексеевна** – зав. отделением ПЦ РБ №1 - НЦМ; **КОЛЕСОВА Ольга Михайловна** – врач акушер-гинеколог высшей квалиф. категории ПЦ РБ №1-НЦМ; **ПАВЛОВА Нюргюстана Лазаревна** – врач отделения УЗД; **КРИВОШАПКИН Петр Борисович** – врач рентген-хирургического отделения РБ №1-НЦМ; **БУГАЕВ Григорий Дмитриевич** – зав. рентген-хирургическим отделением РБ №1-НЦМ.

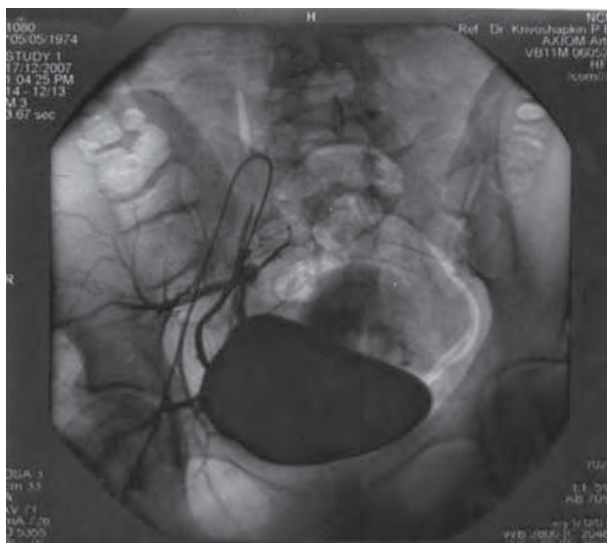


Рис.1. Ультразвуковое сканирование матки на аппарате HDI 3000 – (трансбдоминальное исследование)

(шеечной) беременности, когда был использован современный, высокотехнологичный метод эмболизации маточных артерий. Данный метод позволил провести прерывание беременности с сохранением органа. Женщины были выписаны из стационара на 10-е сутки.

Пациентка П., 33 года. Самостоятельно, впервые обратилась в поликлинику по месту жительства в связи с жалобами на мажущие кровянистые выделения из половых путей и подозрением на прерывание беременности малых сроков.

Женщина отмечала задержку менструации, имела (+) тест на беременность, в поликлинике по поводу беременности на учете не состояла.

Из анамнеза: Р-0, м/а-1 в 2003 г., осложненный дисфункцией яичников с нарушением менструального цикла в виде опсоменореи.

С 2003 г. пациентка страдала воспалительными заболеваниями матки и придатков на фоне ЗППП (микоплазмоз, гарднереллез), по поводу чего периодически получала консервативное лечение.

После обращения в поликлинику с жалобами на кровянистые выделения из половых путей женщина с подозрением на ранний самопроизвольный выкидыш направлена на УЗИ м/таза.

При УЗИ матка имела форму песочных часов. Тело матки не изменено, эндометрий децидуальный до 15 мм. шейка матки бочкообразной формы (рис.1). Цервикальный канал расширен, в полости цервикального канала визуализируется плодное яйцо вытянутой формы. В яичнике определяется желтое тело.

На основании исследования выставлен диагноз: шеечная беременность 6-7 нед.

Учитывая данную патологию, женщина в экстренном порядке госпитализирована в гинекологическое отделение ПЦ РБ №1-НЦМ.

1-й этап лечения – пациентке проведена эмболизация маточных артерий.

Для выполнения эмболизации имеются показания и противопоказания, общепринятые в ангиорентгенхирургии.

Операция проводилась в условиях R-операционной под местной анестезией 0,5%-м раствором новокаина. Произведена пункция и катетеризация правой бедренной артерии по Селдигеру (рис.2). Выполнена аортография с визуализацией подвздошных артерий с обеих сторон. Слева катетер Роберта заведен в маточные и шеечные артерии. Выполнена их эмболизация поливинилалкоголь-частицами 300 и 500 mg (рис.3). Аналогично все проведено и с правой стороны.

На контрольных ангиограммах маточные и шеечные артерии эмболизированы.

Наложена давящая повязка, рекомендован строгий постельный режим 24 часа.

2-й этап – в условиях операционной под контролем УЗ сканирования проведено инструментальное удаление плодного яйца. Осложнений во время операции не было.

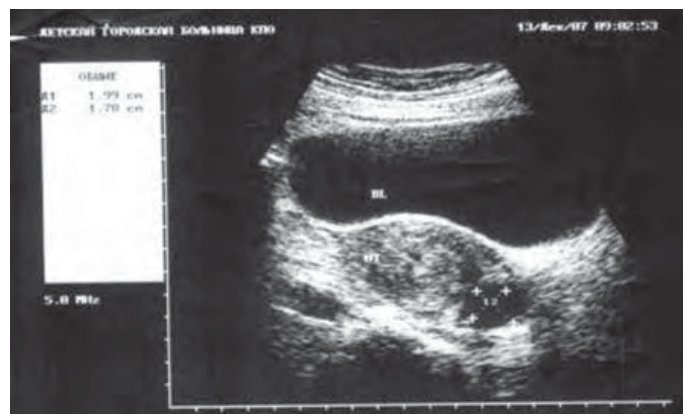


Рис.2. Катетеризация маточных сосудов

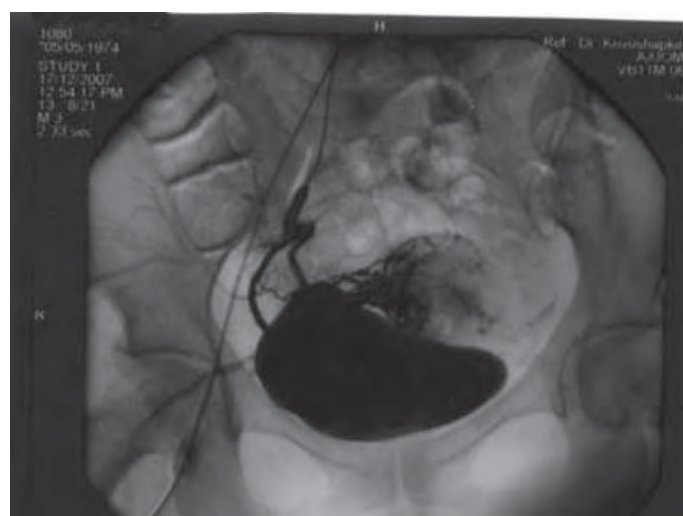


Рис.3. Эмболизация маточных сосудов

Женщина оставлена под наблюдением в гинекологическом отделении, где ей проводилась профилактическая антибактериальная терапия. На 10-е сутки была выписана в удовлетворительном состоянии.

Пациентка З., 24 года. Госпитализирована в гинекологическое отделение в экстренном порядке по поводу шеечной беременности. Диагноз поставлен на основании УЗИ, которое выполнялось в плановом порядке.

Жалоб при поступлении пациентка не предъявляла.

Из анамнеза:

Р-0, м/а-1. С 18 лет страдала частыми воспалительными заболеваниями придатков на фоне ЗППП. Проходила неоднократно противовоспалительную и рассасывающую терапию. С 21 года выставлен диагноз: вторичное бесплодие, трубный фактор. В 23 года проведена двусторонняя тубэктомия лапаротомным доступом.

В 24 года в г. Москве проведено ЭКО. С диагнозом беременность малых сроков женщина встала на учет по беременности в отделении репродук-

ции человека РБ №1-НЦМ г. Якутска. В срок 5-6 недель была направлена на плановое УЗИ м/таза, где и была диагностирована шеечно-маточная беременность.

При УЗ исследовании обнаружено: тело матки увеличено до 6-недельного срока беременности, миометрий не изменен, эндометрий - гравидарная реакция. В полости матки визуализируется плодное яйцо диаметром 14 мм, с живым эмбрионом, желточный мешочек 4 мм. КТР 12 мм. Шейка матки бочкообразной формы. Цервикальный канал расширен, в полости цервикального канала визуализируется плодное яйцо вытянутой формы с живым эмбрионом. Желтое тело в правом яичнике диаметром 23 мм.

На основании исследования выставлен диагноз: маточно-шеечная беременность 6-7 недель.

Женщина в экстренном порядке госпитализирована в гинекологическое отделение ПЦ РБ №1-НЦМ.

1-й этап лечения – проведена эмболизация маточных артерий, аналогично первому случаю.

2-й этап – в условиях операционной под контролем УЗ сканирования проведено инструментальное удаление плодного яйца из полости и шейки матки путем хирургического кюретажа. Маточная беременность была удалена из-за высокого тератогенного риска.

Осложнений во время операции не было.

На 10-е сутки после проведения антибактериальной терапии пациентка выписана в удовлетворительном состоянии.

Через 40- 45 дней у обеих пациенток пришла менструация, общее состояние женщин не страдало.

Исходя из нашего клинического опыта, можно сделать вывод, что лечение шеечной беременности возможно проводить с сохранением репродуктивных органов благодаря современным методикам и рассматривать данную

технологию в качестве метода выбора терапии.

Совместная работа рентген-хирургов и гинекологов дает шанс женщинам на сохранение репродуктивной функции и репродуктивного здоровья.

Литература

1. **Сидорова И.С.** Внематочная беременность / И.С. Сидорова. – М., 2006.
2. **Селезнева Н.Д.** Неотложная помощь в гинекологии / Н.Д. Селезнева. – М., 1986.
3. **Демидов В.Н.** Ультразвуковая диагностика в гинекологии / В.Н. Демидов, Б.И. Зыкин. – М.: Медицина, 1997.
4. **Айламазян Э.К.** Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии / Э.К. Айламазян, И.Т. Рябцева. – Н. Новгород., 2000.
5. **Пономарев В.В.** Собственный опыт лечения шеечной беременности / В.В. Пономарев, Э.В. Баширов, В.В.Артюшко // Акушерство и гинекология. - 2006, № 7.

ИЗ ХРОНИКИ СОБЫТИЙ

“ВРАЧИ МИРА” В ЖИГАНСКОМ УЛУСЕ

Условия крайней территориальной удаленности делают необходимым участие в медицинской помощи самого населения, каким бы ни был уровень развития страны. Для осуществления миссий различного уровня и с различными целями, но всегда связанных с существующими структурами здравоохранения, из числа населения подго-

тавливаются санитарные помощники, которые оказывают медицинскую помощь в труднодоступных местах, где отсутствуют медицинские работники. Программа по обучению санитарных помощников в России началась более 10 лет назад на полуострове Ямал, что в Ямало-Ненецком автономном округе. Впервые в России здесь переняли

международный опыт реагирования на медицинские нужды людей, живущих в труднодоступных местах. Французская неправительственная ассоциация “Врачи мира” была создана в 1985 г. В обязанности сотрудников ассоциации входит не только обучение санитарных помощников в отдаленных местах, но и медицинская помощь людям, живущим во Франции. В основном это те, кто не имеет документы гражданина Франции, или эмигранты без официальных документов, которых не принимают государственные медицинские учреждения.

В 2007 г. Роберт Альман был приглашен на XV съезд медицинских работников в г.Якутск. Со стороны МЗ РС(Я) и администрации Жиганской ЦРБ было выражено желание пригласить «Врачей мира» провести курсы обучения санитарных помощников с целью обслуживания удаленно проживающего населения, с созданием дополнительного звена в системе здравоохранения, которое обеспечит связь между районной больницей, оленеводами, членами общин. Это мероприятие было включено в подпрограмму государственной целевой программы “Здоровье коренных малочисленных народов Севера Респуб-



лики Саха(Якутия)". В соответствии с планом мероприятий данной подпрограммы в марте проведен семинар в с.Жиганск. Аудитория в основном состояла из женщин-чумработниц, также лекции прослушали оленеводы, члены общин, работники местного МЧС. Практическое пособие, выданное всем слушателям курса, составлено ведущими врачами России и отражает опыт работы медицинских работников

с населением труднодоступных территорий России - кочующими оленеводами северных автономных округов. В нем даны рекомендации парамедикам (санитарным помощникам) по диагностике состояний, угрожающих жизни и здоровью, оказанию доврачебной неотложной помощи, проведению профилактической и санитарно-просветительной работы с кочующим населением. Рекомендации адаптированы к

этническим особенностям населения, его образу жизни с учетом географической удаленности от медицинских учреждений. 20 марта слушатели сдали экзамены и получили сертификаты санитарных помощников.

Жиганский улус стал первым улусом, где "Врачи мира" впервые в Якутии провели учебный курс санитарных помощников.

Гл. врач Жиганской улусной больницы О.Г. ЗАХАРОВА

ЯРМАРКА ЗДОРОВЬЯ «ВСЕ ЛУЧШЕЕ ДЛЯ ЗДОРОВОЙ СЕМЬИ»

Проведение Ярмарок здоровья становится традиционным мероприятием в республике, основой их становится пропаганда и внедрение здорового образа жизни.

21-22 февраля 2008 г. в рамках декады «Здоровая семья – здоровая нация», посвященной Национальному

дню здоровья в Республике Саха (Якутия), «Году семьи», в торговых рядах «Кружало» прошла Ярмарка здоровья под девизом «Все лучшее для здоровой семьи». Координатором мероприятия выступил Комитет по делам семьи и детства при Президенте РС (Я) и ГУ Республиканский центр медицин-

ской профилактики. На торжественном открытии с приветственным словом выступил председатель Комитета по делам семьи и детства А.Е. Сергучев. Были торжественно вручены гранты Комитета по делам семьи и детства в сфере пропаганды здорового образа жизни общественным организациям. В Ярмарке здоровья участвовало более 25 организаций и предприятий, деятельность которых связана с оздоровлением населения, в том числе 6 лечебно-профилактических учреждений: РБ №1 – Национальный центр медицины, РБ №2 – Центр экстренной медицинской помощи, Больница Минздрава №1, Якутский республиканский онкологический диспансер, Якутская республиканская офтальмологическая

больница и Якутский республиканский центр лечебной физкультуры и спортивной медицины. Посетители ярмарки имели возможность не только проконсультироваться у врачей, но и приобрести различные товары для здоровья, которые представляли ООО «Сахамедсервис», ООО «Мир здоровья», ООО «Глорион», ООО «ZEPTEP international», ООО «ZEPTEP medical» и Институт биологических проблем криолитозоны АН РС (Я). Кроме того, активное участие приняли туристические фирмы города, предлагавшие различные детские и взрослые оздоровительные туры по всем направлениям.

Сотрудниками Якутского научного центра Сибирского отделения РАМН были представлены следующие презентации «Молодые ученые за здоровый образ жизни», «Профилактика злоупотреблений психоактивными веществами», «Курение как психологическая зависимость», «Фундаментальные механизмы действия марихуаны на головной мозг», «Гиподинамия как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний». Кроме того, сотрудниками центра проведены консультации кардиолога, терапевта, нарколога, психолога и нейрофизиолога. Для диагностики психоэмоционального состояния населения были проведены психотесты с выдачей заключений, а также проведена демонстрация магнитного стимулятора для диагностики и лечения неврологических нарушений. Всего Ярмарку здоровья посетило более 4000 человек.

С.н.с. ЯНЦ СО РАМН С.И. СОФРОНОВА



П. Миронов

ЯКУТСКИЕ СТРАНИЦЫ*



Петр Сергеевич Миронов родился 19 марта 1912 г. на железнодорожной станции Рачейка Сызранского района Куйбышевской области в семье крестьянина.

В 1938 г. по окончании II Ленинградского медицинского института был направлен на работу в Якутию. С 1938 по 1941 г. заведовал Оймяконской районной больницей, с 1941 по 1943 г. работал главным врачом Ленской районной больницы. С 1943 по 1950 г. трудится в качестве ординатора хирургического отделения Якутской республиканской больницы. С 1950 г. Петр Сергеевич становится главным врачом созданного им республиканского онкологического диспансера с 20-кочным стационаром.

В 1958 г. им была успешно защищена диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему «Рак пищевода в Якутии». П.С. Миронов одним из первых указал на то, что рак пищевода является краевой патологией коренных жителей Якутии, подчеркнул актуальность дальнейшего изучения проблемы, рекомендовал наиболее эффективные методы профилактики и лечения.

Внес крупный вклад в развитие онкологической службы в республике. За заслуги в развитии здравоохранения Якутии, достигнутые успехи в лечебной практике и научной деятельности, в 1952 г. ему было присвоено почетное звание «Заслуженный врач Якутской АССР». Награжден медалями «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.», «За трудовое отличие», Почетной грамотой Президиума Верховного Совета Якутской АССР.

В журнале «Новый мир» в 1971 г., тридцать с лишним лет назад, были опубликованы воспоминания П.С. Миронова о первых годах своей врачебной деятельности в Якутии, где он проработал двадцать лет. Мы перепечатываем эти воспоминания, чтобы с ними могли ознакомиться сегодняшние молодые врачи.

1. К полюсу холода

Наш Второй Ленинградский медицинский институт готовился к выпуску 1938 года. Еще задолго до государственных экзаменов состоялось предварительное распределение будущих врачей. И волнений было, конечно, немало.

На кафедре говорили, что институту предстоит оставить в Ленинграде двух выпускников. Среди кандидатов на замещение должностей хирургов кафедры называлась и моя фамилия. Нам тогда завидовали, но у меня были свои планы, и когда состоялось окончательное распределение, я попросил послать меня в сельскую участковую больницу. Дело в том, что я проводил летние каникулы в своей родной Старой Рачейке, и посещение сельской больницы было для меня там самым настоящим праздником. Наш приветливый старичок врач однажды доверил мне сделать простую операцию – удалить кисту нижней губы у больного. Сколько гордости и радости вызвала эта самостоятельная, удачно проведенная операция.

Моей мечтой было стать опытным и всеми уважаемым сельским врачом. И мои родители были очень рады моему стремлению.

...И вот экзамены позади. Я получаю диплом с отличием. Настроение приподнятое, все хорошо, только вот мать, месяц назад перенесшая тяжелую операцию, очень больна. Профессор, оперировавший ее, сказал мне откровенно, как будущему врачу, что проживет она недолго.

В последние дни перед отъездом на место работы по институту прошел слух: состоится новое распределение врачей. Для этого специально в Ленинград прибыл нарком здравоохранения СССР Н.И. Проппер-Грошечков. Он обратился к комсомольцам института с просьбой поехать работать на Крайний Север. Будучи комсоргом

курса, я без колебания дал согласие отправиться в Оймяконскую участковую больницу.

По пути в Якутию я заглянул в родную Старую Рачейку. Мать нашел в очень тяжелом состоянии, она доживала последние дни. Сильно увеличенная печень, водянка, к тому же односторонний паралич совсем приковали ее к постели. Ощущая приближение смерти, мать настойчиво просила меня сократить ее страдания, помочь поскорее умереть. Она упрекала меня в жестокости, в том, что я вижу ее мучения и отказываюсь выполнить последнюю материнскую просьбу. Никогда не забуду ее укоризненного взгляда, ее затухающих, таких родных глаз. Мое положение было невыносимым. В эти дни я не мог ни есть, ни спать, тайком, чтоб никто не видел, плакал.

Снова и снова старательно копался я в своем небольшом багаже знаний: нельзя ли чем помочь матери? Увы! Утешительного ответа не находил. А откладывать отъезд в Якутию было нельзя. Мне тогда даже казалось, что если я еще задержусь дома, то окружающие подумают: специально жду смерти матери!

До сих пор с болью вспоминаю, как прощался с матерью. Совсем не видя окружающих, я невнятно говорил ей:

– Вот тебе, мама, лучшее доказательство того, что ты поправишься, – мой отъезд. Ведь иначе я не уехал бы.

Подступивший ком к горлу никак не придавал моим словам веса и убедительности... Мать все хорошо понимала.

Многие километры под стук колес вагона мою душу надрывали угрызения совести: как это я мог оставить умирающую мать? Не раз на остановке я готов был сойти с поезда и вернуться домой.

Но шло время, и я уезжал все дальше. На девятый день поезд прибыл на станцию Большой Невер. Дальнейший путь до Якутска предстоял через горные хребты по шоссейной дороге. Рейсовых автомашин на Алдан здесь не оказалось. Только на пятый день мне повезло: нашлась попутная грузовая машина. В ее кузове пассажиров набилось битком. Старожилы поговаривали: чем теснее, тем теплее.

В дороге я познакомился с пареньком Кешей Габышевым. В Якутске он

* - Новый мир. - 1971. - № 6. - С. 122-156.

предложил мне остановиться в доме его дяди. Тот принял меня с радушным гостеприимством, которое так нужно было мне. Его отцовские наставления очень помогли мне в дальнейшей дороге на Оймякон. Он сам ходил со мной на базар, чтоб купить для меня оленью доху, штаны и камусы. Оказалось, что Оймякон – очень отдаленный и малонаселенный районный центр. Связь с ним бывает лишь в зимний и летний периоды, каждый продолжительностью в три месяца.

Предстоящий мне путь превышал тысячу километров. Наркомздрав Якутии по моей просьбе разрешил мне закупить для Оймяконской больницы набор хирургического инструментария и медикаментов. Когда все это было упаковано в двадцать один фанерный ящик среднего размера, стало очевидным, что с таким грузом отправляться случайным попутным транспортом очень рискованно. В это время из Оймякона пришло тревожное известие: усиливалась эпидемия сибирской язвы оленей. Для лечения надо было послать туда сыворотку, и наркомздрав республики решил отправить меня, мой груз и сыворотку с почтой.

На грузовой автомашине меня доставили со всем «хозяйством» в наслег Тенгюлю, что в семидесяти километрах от Якутска. Дальше надо было ехать на лошадях. Морозы в те дни здесь доходили до шестидесяти градусов. Над наслегом висела сплошная пелена тумана, из-за которого ничего не было видно.

Из Тенгюлю мы выехали в пять утра. Почта состояла из трех подвод: на первой разместился проводник, на вторую погрузили медикаменты, третья – для меня и почтовой клади. Этот отрезок пути характерен был только тем, что молчаливый проводник из якутов жестами показывал мне: шевелись, двигайся, иначе замерзнешь.

Поздним вечером мы добрались до Ытык-Келя, дальше почта двигалась уже на оленях. Они должны были меняться на так называемых станках (почтовых станциях), расположенных в пятидесяти–шестидесяти километрах друг от друга. Поначалу мне показалось, что олени значительно резвее лошадей. И действительно, если дорога ровная, а снег не очень глубокий, то они сначала бегут как заведенные, без приободрения, равномерной спокойной рысью. Сквозь дремоту покачивающиеся впереди ветвистые рога чем-то напоминают танцующие пары. Выдыхаемый оленями воздух на сильном морозе превращается в туман,

который легким шлейфом тянется по всему пути.

Выехав со станции, первые пятнадцать–двадцать километров сидишь на нарте, сохраняя тепло, полученное в юрте, у камелька, но потом приходится периодически бежать сзади по следу нарт. Это необходимо не только для того, чтобы согреться, но и чтобы облегчать оленей, которые во второй половине пути начинают уставать.

От Хандыги дорога стала тяжелой. Высокие горные хребты, видневшиеся впереди, приближались очень медленно. Мороз усилился.

Здесь я узнал, что подъем на высоту по резко пересеченной местности менее сложен, чем спуск. При подъеме олени умело опираются на каменные уступы, и даже солидная высота им не помеха. Да и путник может помочь себе руками подняться с одного уступа на другой. Иногда, впрочем, приходится хвататься за нарту, чтобы подтянуться вверх. Одним словом, требуется только быть добрым спортсменом и не зевать: сорваться с обледенелого, заснеженного уступа можно запросто.

Спуск много труднее. Здесь уже нужна сноровка хорошо натренированного альпиниста, его выносливость и закалка. Грузеную нарту на крутых откосах удержать почти невозможно. Сорвавшаяся с каменного уступа, она увлекает за собой упряжку оленей, а вместе с ней и путника, пытающегося удержать нарту. Образуется стремительный, катящийся вниз клубок.

Наши фанерные ящики с медикаментами много раз разбивались. Приходилось в темноте ползать по глубокому снегу и часами искать разлетевшиеся пузырьки с хлороформом или эфиром, пакетики с аспирином, кодеином, связки пинцетов, ланцетов и других инструментов. На почтовых станциях я тем только и занимался, что ремонтировал свои разбитые ящики. Мне тогда оченьгодились полученные еще в школе навыки по столярному делу.

В районе Томпо нам предстоял очередной спуск протяженностью в шесть километров. Ночь выдалась морозной, но необычно светлой – появилось северное сияние. До этого я не представлял себе, какое это красочное зрелище. Впечатление такое, словно ты попал под купол какого-то сказочного дворца с миллионами разноцветных хрустальных люстр, переливающихся яркими электрическими огнями. Причем огонь этого цветного купола не стоит у тебя над головой, а все время движется. Кажется, что это световое

движение создает даже своеобразный мелодичный шум, напоминающий перезвон серебряных колокольчиков.

Тревожный крик проводника вернул меня к земной действительности. Внизу, у самого основания крутого скалистого спуска, лежали на снегу олени, нарты и проводник, словно накрепко связанные в единый узел. Нелегко было его распутать. Проводник, немолодой якут, стонал и корчился от боли. С моей помощью он кое-как освободился от ремней и встал на ноги, страдальчески придерживая ушибленную левую руку. Малейшее движение вызывало у него острую боль. Когда я стал осматривать руку, мне показалось, что раздался хруст трущихся друг о друга обломков плечевой кости. Пришлось острым якутским ножом срезать несколько прутьев и сделать из них шину. Затем я стянул ее муфтой и зафиксировал его плечевую кость. На следующей почтовой станции, занимавшей маленькую юрту с земляным полом и окнами, в которых стеклами служил лед, наспех согрев руки у пылающего камелька, я приступил к перевязке пострадавшего. Надо было наложить более удобную и постоянную шинную повязку, как это обычно предписывается при переломах. А в том, что у моего проводника перелом плечевой кости, я не сомневался. Точнее, не допускал мысли, что возможна какая-либо ошибка в поставленном мною диагнозе.

Освобождая больного от временной шины, я ощущал на себе пристальные взгляды обитателей юрты и скажу откровенно: чуть-чуть любовался своим уверенным врачеванием и думал примерно так: «Здорово повезло проводнику, что он вез врача! Что бы он стал делать без меня? Прямо на ходу оказал ему экстренную, и притом квалифицированную, помощь!» Но когда пострадавший был раздет по пояс, вместо определенного мною перелома отчетливо обнаружился лишь вывих левого плечевого сустава. Самодовольство, расправившее меня, словно ветром сдуло.

От стыда я готов был провалиться сквозь землю. Однако следовало что-то делать, но вот что – этого-то я и не знал! Вправлять вывихнутое плечо мне еще ни разу не приходилось. Первые же попытки поставить плечо на место оказались тщетными. Чтобы как-то скрыть свою беспомощность, я предложил пострадавшему лечь на стол и свесить вывихнутую руку. Голову его я уложил при этом на ящики с медикаментами.

Прошло несколько минут. Проводник лежал в томительном ожидании исцеления, но моя полужнахарская затея ничем себя не оправдывала. И вдруг меня осенила мысль...

Позвав своего нового проводника, с которым предстоял дальнейший путь, я попросил его тянуть с небольшим, но нарастающим усилием больную руку пострадавшего вниз. Сам же охватил ладонями сустав и стал постепенно выводить пальцами головку плеча из-под суставной впадины.

К моему удивлению, эта операция прошла на редкость легко и быстро. Головка плеча встала на свое место, и пострадавший тут же почувствовал облегчение. Не дожидаясь моего разрешения, он покинул стол и начал делать движения левой рукой. Убедившись, что она действует, он признательно улыбнулся мне и, глубоко вздохнув, произнес:

– Бахыыба (спасибо).

Утром, осмотрев левую руку проводника, я убедился, что она вполне здорова. Лишь небольшой отек сустава напоминал о вывихе. Я радовался, однако чувство неловкости за неверно поставленный диагноз не покидало меня. Потом, разбирая этот случай, долго не выходявший из головы, что называется, по косточкам, я дал себе слово никогда не спешить с установлением диагноза.

Уже третью неделю я находился в пути. Запасы продуктов подошли к концу. Оставалось только прогорклое сливочное масло, но оно так мне опротивело, что один его запах вызывал тошноту. Я сильно похудел. Одежда, которая в начале пути казалась теплой, теперь согревала все хуже и становилась тяжелее.

Мной стала овладевать апатия. Уже не занимали меня красивые горы, не вызывало восторга северное сияние. Все труднее покидал я ночевки.

Но вот наступил наконец день, когда мы попали в наслег Тарын-Юрях, первую станцию на территории Оймьконского района. Встретили нас радушно, устроили на отдых в просторной юрте. От яркого света и щедрого тепла камелька потянуло ко сну. Не снимая верхней одежды, я прилег и моментально уснул.

Вдруг услышал:

– Доктор, вставайте! Пора подкрепиться!

Это было сказано на чистом русском языке, которого я не слышал в дороге. Открыв глаза, я увидел военного человека в форме НКВД, гревшего над камельком руки. Он сказал:

– Будем знакомы. Гурулев! – и спросил – Надолго к нам?

Не дожидаясь ответа, он решительно взял меня, полусонного, за плечи, поднял и повел к столу.

На столе были аккуратно расставлены эмалированные кружки для чая, горкой лежали разломанная на отдельные части якутская лепешка и мелко наколотый сахар. Центр стола занимал большой медный поднос с чем-то, напоминающим деревянную стружку, как будто только что вышедшую из-под рубанка.

Поймав мой пытливый взгляд, Гурулев пояснил:

– Не удивляйтесь, доктор. Это лучшее якутское блюдо-деликатес, а не «сырая рыба», как ее называют все новички. Вы ели ее когда-нибудь?

Я отрицательно покачал головой.

– Я тоже не предполагал, что буду ее с удовольствием уплетать. Так, собственно, все думают, пока не положат первый ломтик строганины в рот. Ну, пробуйте! Решайтесь! А то голодным останетесь. Учтите, что в нашем крае не принуждают есть. Здесь садятся за стол без приглашения.

Нерешительно положил я на зубы первый кусочек строганины. Он растаял во рту, подобно мороженому. А на вкус – пломбир, только присоленный! Как и все сидящие за столом, я стал уплетать строганину за обе щеки.

Разговаривал за столом только один Гурулев. Он все нахваливал первейшее северное блюдо. От него я узнал, что на изготовление строганины употребляют самые жирные и бескостистые сорта белой рыбы. Ловится она из-под льда и тут же на льду замораживается, затем обливается водой, чтобы получилась тонкая ледяная оболочка. Это позволяет надолго сохранить ее естественную свежесть и приусий рыбе аромат.

Когда покончили со строганиной, хозяйка юрты стала разливать очень крепкий плиточный чай. Она добавляла в каждую кружку немного томленого молока, отчего чай становился особенно вкусным.

Обильный и вкусный завтрак, а также интересный собеседник вернули мне хорошее настроение, и я стал рассказывать о себе. Гурулев переводил мой рассказ обитателям юрты, молча покуривавшим трубки.

К слову, обратив внимание Гурулева на то, что якуты больше слушают, чем говорят, я услышал от него в ответ:

– Ухо мудрых жаждет знаний.— Затем он привел еще одно изречение якутов: Охраняющий уста свои оберегает жизнь свою.

Задумавшись, я приуמוлок. Это не ускользнуло от Гурулева. Он сказал:

– Не унывайте, доктор.

Пробивающийся через ледяные стекла окна свет засвидетельствовал начало нового дня. Не надевая дохи, Гурулев вышел из юрты. Вернувшись вскоре, поживаясь от холода, он радостно сообщил:

– Морозец, братцы, что надо. Слюна на лету замерзает. – Затем обернулся ко мне: Вот вам, доктор, в знак нашей встречи и дружбы дарю колымские унты и пыжиковые чулки. Чтоб не поминали меня лихом!

Мне теплая обувь была крайне необходима, но принять такой щедрый подарок не решился:

– Бесплатно не возьму!

– Уважаемый доктор,— на этот раз сурово отчеканил Гурулев.— У нас в тайге такими вещами не торгуют.

Проводники торопили с отъездом. Мы наспех выпили еще по кружке чая и расстались с Гурулевым.

...На двадцать третий день пути вечером наши олени упряжки подъезжали к долгожданному Оймькону. От нетерпения я больше не садился на нарту. Упорно шел и шел за медленно тянувшимися ее оленями. Скоро северное сияние сделало морозную ночь похожей на наш день с предгрозовым ярким солнцем.

У спуска в оймьконскую долину проводник, старательно осмотрев нарты, велел мне сесть, и олени, словно почувствовав конец пути, рывком пустились вскачь.

Вскоре упряжки остановились у одиноко стоявшего, ничем особо не приметного рубленого строения с невысоким крыльцом. Это и была больница. Проводник сложил на снег выдавшиеся виды во время длительного пути ящики с медикаментами и мой чемодан с книгами. Затем он с прискоком сел на нарту и уже на ходу выкрикнул слова прощания.

Недалеко от больницы находилась обычная якутская юрта. Кругом одна тайга да вдали смутные очертания высочайших гор.

Постояв несколько минут в нерешительности, я поднялся на крыльцо больницы, открыл дверь и вошел в полутемный коридор. Когда рассеялись клубы хлынувшего за мной морозного воздуха, я увидел скуластого человека с прищуренными больными глазами. На нем был темный халат. Молча стоял он, пока я не заговорил с ним. Узнав, что передо мной дежурный санитар Егор Заболоцкий, я попросил его позвать заведующую больницей. Он

произнес только одно слово: «Сеп» – и тут же вышел.

Скоро он вернулся и опять-таки молча скрылся в одной из палат. Мне казалось, что я ожидаю в коридоре целую вечность. Не выдержав, я решил искать заведующую и, спускаясь с крыльца, увидел медленно шагавшую из юрты в больницу молодую женщину, которая, как это совершенно очевидно было по походке, находилась на последних месяцах беременности. Приоткрыв свои широкие темные глаза, она сухо спросила у меня:

– Вы что хотите?

Это и была заведующая больницей фельдшер Акулина Семеновна Ноговицина. Я не знал, что она несколько дней назад похоронила мужа, и ее холодную встречу воспринял как недоброжелательное, даже враждебное отношение к новоявленному врачу.

– Хотел бы определить ящики с медикаментами, да и самому надо где-то расположиться, – ответил я, представившись ей.

– С ящиками ничего не случится, пусть лежат здесь. А вы можете идти в юрту, – по-прежнему сухо сказала она. – Идемте, я покажу.

Огромная юрта делилась несколькими ситцевыми занавесками на отдельные «выгородки». За каждой из них располагалась семья. В юрте было холодно. В камельке лежали давно прогоревшие угли.

В отведенной мне выгородке пол был сбит из грубо отесанных бревен, щели между которыми засыпаны землей. Ничего, на что можно было сесть или лечь, здесь не оказалось.

Чтобы никого не беспокоить, я не раздеваясь улегся на пол, положив голову на чемодан, и попытался собраться с мыслями. Не такой ждал я встречи. Не представлял я себе, как буду тут жить, с чего завтра придется мне начинать день. Недовольный, расстроенный, засыпал я на своем чемодане.

Встал я рано, как только услышал треск разгоравшегося камелька. От огня в юрте стало как-то веселее. И сердце вроде как бы оттаяло.

Камелек разожгла санитарка Мотя, с глазами, пораженными трахомой.

– Капсе (рассказывай)! – поприветствовала она меня.

– Сох, эн капсе (нет ты рассказывай), – выпалил я неожиданно для себя заученное ответное якутское приветствие.

С трудом выпытал я у Моти, как найти райсовет и раймаг, куда без промедления и отправился. Трехкило-

метровое расстояние по хорошо протоптанной тропе, петляющей вдоль берега Индигирки, показалось мне пустяковым. Районный центр состоял из двух десятков юрт. Все учреждения его размещались в бывшей церкви. Прежде всего я разыскал раймаг, где, как говорится, с ходу купил несколько плиток шоколада, первое, что попало мне на глаза. Это, наверное, должно было показаться смешным, но я тут же в магазине с большим аппетитом проглотил пару плиток. От шоколада у меня закружилась голова и затошнило.

В райсовете меня встретили еще холоднее, чем накануне в больнице. Председатель райсовета Диомид Винокуров, маленький, щупленький, с заостренными чертами лица якут, с ледяным спокойствием выслушал через переводчика все мои просьбы и претензии, потом он достал кисет с листовым табаком, неторопливо набил трубку и закурил. После нескольких глубоких затяжек Диомид, как бы рассуждая сам с собой, сказал:

– У нас не принято никого встречать. Каждому приезжему мы рады, и он должен довольствоваться тем, что есть! Ты же знал, куда и зачем ехал. Так что с сегодняшнего дня больница твоя, вот и налаживай медицинскую службу в нашем районе. Район большой, границы его растянулись на тысячу километров. Налаживай, делай все так, чтобы мы были тобой довольны.

Надо ли говорить, что я вышел из райисполкома в полном смятении чувств. Однако налаживать работу было необходимо, и действительно ведь я знал, куда ехал.

2. Первые операции

Народу на амбулаторных приемах с каждым днем становилось все больше и больше. И все же особого удовлетворения я не испытывал, так как якуты шли на прием ко мне обычно ради любопытства. Случалось, что пациент, не дослушав моих наставлений, которые я разъяснял главным образом энергичными жестами и мимикой, подымался и молча уходил из кабинета.

По молодости переоценивая свои силы, я тогда воображал себя вполне подготовленным хирургом. Ну а раз так, то надо было доказать это на практике. И я настойчиво искал больного, которому была нужна хирургическая помощь. Мои поиски вскоре увенчались успехом.

Я нашел восьмидесятилетнего Гаврила Березкина, который длительное

время страдал массивной паховой грыжей. После беседы со мной (конечно, через переводчика) он стал часто приходить в больницу, с нетерпением ожидая, когда будет закончена затеянная мной перестройка больницы и оборудована операционная.

К перестройке мы привлекли трех молодых парней, пытавшихся с Алдана попасть на прииск Аллах-Юнь, но по ошибке попавших в Оймякон. Три зимних месяца они плутали по тайге и в последние дни питались уже кожными ремнями.

За сходную цену они подрались отремонтировать больницу и наше общежитие в юрте. По моим указаниям, ясно, что без всякой проектно-сметной документации, они возводили перегородки, чтобы можно было иметь отдельные палаты, операционную и вспомогательные помещения. Якутская юрта также была перегороджена, так что каждая семья получила отдельную комнату. Камелек оставался как бы кухней общего пользования.

И вот наступил долгожданный день госпитализации первого хирургического больного. Требовалось приготовить раствор новокаина для обезболивания операции. Это-то я знал, а вот как приготавливается раствор новокаина, плохо представлял себе.

Единственным советчиком у меня были учебники, которыми я, готовясь в дальнюю дорогу, набил свой чемодан в ущерб другому скарбу, за что много раз потом сам себя благодарил. На этот раз выручило руководство А.В. Вишневого по местному обезболиванию. Но появилось сомнение: даст ли приготовленный раствор нужный обезболивающий эффект? Не разложился ли новокаин от кипячения? С этой целью я испробовал приготовленный раствор на себе. Получив положительный результат, так называемую лимонную корочку на предплечье, я возликовал. Для дачи наркоза я привлек молчаливую звенку Степаниду. Она еще не свыклась с обязанностями медицинской сестры, была робка и чрезмерно осторожна. На ее лице редко можно было видеть улыбку.

В ассистенты была определена фельдшер Акулина Семеновна. Роль операционной сестры досталась акушерке Дуне, которой предварительно пришлось усердно поупражняться, манипулируя кровоостанавливающими зажимами Пеана и Кохера.

Утром, собрав всех своих помощников, я еще раз тщательно их проинструктировал. Сказал, что кому делать, каждому показал его место. И вот все уже учтено и сделано.

Идет первая в моей жизни самостоятельная операция. Я, как говорится, на вершине блаженства. Все идет как будто гладко, помощники четко выполняли мои указания. Больной вроде не ощущает сильной боли, молчит. Сам я действую уверенно и легко: анатомично выделил грыжевый мешок и строго по учебнику произвел пластику пахового канала.

Успех вскружил голову. После операции мне хотелось говорить и говорить. Недаром кто-то метко заметил: «Болтливое настроение – верный признак удачи». И я старательно стал объяснять моим помощникам весь ход операции с самого начала, в чем никакой надобности не было.

Чуть подремав, я пошел в больницу. Там все спали. Оперированный мной Гаврил Березкин тоже спал.

Выйдя из больницы, я долго наслаждался морозным воздухом, белой северной ночью и воспоминаниями о своей первой операции.

Утром, убедившись, что Березкин чувствует себя хорошо, я с легкостью приступил к выполнению своих неотложных дел. Ведь, кроме врачевания, на мне лежало много других обязанностей: аптека, бухгалтерия, снабжение продовольствием.

Окончив амбулаторный прием и хозяйственные дела, я снова направился к Березкину в полной уверенности, что его выздоровление идет гладко.

Действительно, как и утром, он ни на что не жаловался. Но осматривая больного, я обнаружил сильное вздутие живота, а на языке – белый густой налет. Принялся выслушивать легкие. Что за чертовщина: отчетливо слышны хрипы, чего раньше не отмечалось, и сердцебиение усилилось. Хорошее настроение как ветром сдуло. На какой-то миг я растерялся: не знал, что следует предпринять. Потом снова кинулся к своим книгам. Но ничего не нашел в них такого, что могло бы мне помочь. Стал вспоминать институтские лекции, но не мог вспомнить ни одной, на которой бы говорилось о вздутии живота на второй день после операции.

С чувством отчаяния вернулся я к больному. Одна только надежда была – что ему лучше стало. Увы, ему стало хуже. Он пожаловался на резкие боли в животе и неприятный привкус во рту.

Что делать? Может, пойти на почту и дать телеграмму? Но кому? И когда придет ответ?

Безутешно горя, долго сидел я возле больного. В голове толклись

самые противоположные предположения: может быть, перитонит, а может быть, воспаление легких, может быть, кишечная непроходимость? А чем это вызвано: погрешностью операции или объективным состоянием организма? Если этот старик умрет, думал я, никто из здешних жителей не согласится больше на операцию. Я не умел тогда скрывать своих переживаний. Больной понял всю опасность положения, но молчал, а временами делал вид, что спит. Забылся на миг и я у его изголовья.

Тяжелый вздох больного, да еще со стоном, вывел меня из оцепенения.

– Как чувствуете себя, Гаврил Васильевич? – безнадежно спросил я.

– Ты сам болен крепко, доктор, иди поспи, а то и мне мешаешь. Ведь скоро уже утро, – раздельно и отчетливо сказал по-якутски старик.

Послушав его совета, я прилег на кушетку, стоявшую в комнате, где проводил амбулаторный прием... Но сон не шел. Вскоре раздалась шаги медсестры. Она думала, что я сплю, и поэтому энергично потрясла меня за плечо:

– Доктор, у больного вонючее раздутое живото, он просит вас зайти!

Не знаю почему, но именно в эту минуту меня словно током хлестнула мысль: а что, если сделать Березкину обычную клизму?

Больной был очень плох, хотя по-прежнему лежал спокойно и молчал, живот его непомерно вздулся, изо рта исходил гнилостный запах, давало себя знать резкое учащенное сердцебиение.

Не задавая вопросов Березкину, я с помощью сестры проделал задуманную процедуру, которая обычно вызывает у больных легкие насмешки. Скажу прямо – старик сразу почувствовал облегчение, а я втройне ощутил его. Когда Березкин, улыбаясь, сказал: «Доктор, я буду теперь жить!» – моей радости не было предела.

Долго мне было стыдно перед персоналом больницы за свою браваду после операции и за свою растерянность потом, у постели больного, лежащего со вздутым животом.

...Операция грыжи у Березкина еще не успела забыться, как в больницу доставили молодую женщину Настю Кавлюкову с запущенным раком грудной железы. У больной уже определились плотные узлы в подмышечной области. Только операция могла ее спасти.

Я ни минуты не колебался, принимая решение произвести эту большую

и сложную операцию. Решимость мне придавало то, что от этой болезни умерла моя мать.

Что и как делать, я хорошо знал: в памяти было очень свежо недавно прочитанное в книгах. Одно только осложняло дело: ни один из моих помощников не владел техникой дачи эфирного наркоза. Но вот репетиция за репетицией – и дело пошло на лад.

И все же наркоз больной вначале мне пришлось давать самому. Уже когда она заснула, я передал капельницу робкой звенке Степаниде, а сам приступил к обработке рук.

Дальше все шло быстро и гладко, как на предварительных репетициях. Правда, увлекшись ровным ходом операции, я не придавал значения тому, что кровотечение у больной очень слабое. И вдруг я заметил, что она не дышит.

Во время практики нам, студентам, неоднократно напоминали о явлении часто сопутствующем операции, – западании языка при глубоком наркозе – и учили, как устранять эту ненормальность, которая может стоить жизни оперируемому. Надо было сейчас выдвинуть нижнюю челюсть больной, но сделать это ни один из моих помощников не смог – я забыл их этому научить...

Мне пришлось прекратить операцию. Выдвинув челюсть Насти, я начал производить ритмичное подергивание за язык. Но все эти энергичные манипуляции не возвращали ей дыхания. Тогда я приступил к искусственному дыханию. Спустя две-три минуты больная, вздохнув, начала мерно дышать.

Закончив операцию, я почувствовал свинцовую усталость во всем теле, присел отдохнуть и уже не в силах был подняться: давило вниз налитое тяжестью тело, голова казалась опустошенной. Я сидел с открытыми глазами, но вокруг себя ничего не видел.

Ночь Настя провела сравнительно спокойно, и я считал, что все «риффы» уже позади.

Утром больная встретила меня без особых жалоб, но лицо ее пылало ярким румянцем. Глаза блестели, и самая проникновенная улыбка была предназначена врачу-исцелителю. Увы! Температура неумолимо росла. Ртутный столбик градусника поднялся до тридцати девяти, а затем добрался и до сорока. Объяснить причину этого я, сколько ни пытался, на первых порах так и не смог. Снова обложился книгами, но чем больше читал, тем

загадочнее казалось состояние оперированной.

Только на третий день после операции при перевязке больной мне удалось определить, что температуру дало рожистое воспаление – область послеоперационного шва была ярко-багрового цвета. Пришлось распустить часть швов и накладывать спиртовые компрессы.

Мне тогда пришли на память слова моего любимого профессора М. С. Лисицина: «Рожка заканчивается на седьмой день как при случае лечения, так и без него!» Вспомнил и некоторые полуанекдотические случаи из его врачебной практики, которые он поведал нам, читая лекцию о рожистом процессе.

«Один мой знакомый, – рассказывал профессор, – заболел рожистым воспалением лица и сразу же обратился ко мне. Я, тогда молодой врач, прописал ему лекарства и уверил, что все через два дня пройдет. Спустя два дня больному лучше не стало, и он обратился к знаменитому доктору. Тот лечил примерно так же, как и я, но рожистое воспаление у моего знакомого не исчезало. На седьмой день болезни он пошел к бабке-знахарке. Бабка оказалась стреляным воробьем. Узнав от больного, что рожистый процесс длится уже седьмой день, она порекомендовала на ночь закрыть лицо красной тряпкой, которая одна, мол, только и принесет излечение. И действительно, утром на другой день, сняв красную тряпку, больной не увидел в зеркале и следа рожи. Когда спустя какое-то время у него повторилось это заболевание, он шесть дней лечился у разных знахарок и только на седьмой день заявился ко мне. Тут уже я, решив воспользоваться опытом знахарки, выписал ему для видимости физиологический раствор, и на другой день моя репутация и вера в научную медицину были полностью восстановлены в его глазах».

Ровно через семь дней и у моей больной рожистое воспаление исчезло. Она стала быстро поправляться.

Спустя пять лет я навел справки об этой больной. Настя Кавлюкова по-прежнему работала в одном из колхозов Оймякона и родила еще одного мальчика.

Позже, уже в послевоенные годы, знакомясь с трудами А.В. Мельникова, я узнал, что, как он предполагает, рожистый воспалительный процесс благотворно влияет на излечение рака, и сразу припомнил историю моей больной. Ее полное излечение, вероятно,

тоже объясняется не чем иным, как губительным действием рожистого стрептококка на оставшиеся после операции раковые клетки.

3. Последние шаманы

В ту пору в Якутии еще существовали знахарско-шаманские приемы и способы лечения. Однажды ко мне обратился Иван Васильевич Кривошапкин, семидесятилетний старик якут, хорошо владевший русским языком, что в условиях нашего района было тогда редкостью. Он просил вылечить его от желтухи и, между прочим, сказал при этом, что у него увеличена печень...

На мой вопрос, почему он так думает, старик уверенно ответил:

– Желтуха всегда соседствует с заболеванием печени!

Меня заинтересовала такая осведомленность его в медицине, и я выяснил из разговора с ним, что он, так сказать, потомственный шаман, перенявший свое ремесло от деда.

Старик признавал, что сегодняшние врачи знают больше него и многие заболевания излечивают лучше, однако считал, что нервные заболевания, особенно припадки, лучше всего поддаются якутскому способу лечения – путем изгнания злого духа из организма больного с помощью длительного сна, вызванного специальным обрядом.

Я старался объяснить ему, что в данном случае так называемое якутское лечение основано на внушении и злые духи тут ни при чем. Он внимательно выслушал меня, но остался при своем мнении.

Заподозрив у больного шамана гуммозный процесс печени, я назначил ему курс инъекций новарсенола. После десятого вливания старик приободрился и в ответ на мои вопросы стал охотно рассказывать о своих знахарских способах лечения.

Когда речь зашла о глазных болезнях, в частности о помутнениях роговицы, он упорно доказывал мне, что вливание в помутневший глаз жидкости, добытой из глаза только что убитого горного орла, самый наилучший способ лечения.

Между прочим, несколько позже я прочел статью Н.Н. Припузова «Живые средства лечения у якутов», где описываются подобные случаи применения жидкости глаза птиц, действительно дававшие положительный результат.

На мой вопрос, как он лечит раны и гнояники, шаман заявил:

– Хорошо помогает порошок волчьего языка, если обильно засыпать им рану, или привязать теплое коровье масло, смешанное с тем же порошком волчьего языка.

Он советовал также прикладывать к ране свежее масло, а при обморожениях делать примочки из жидкости, взятой из конского глаза.

По всему видно было, что, кроме чисто шарлатанских способов лечения, он прибегает в своей практике не только к средствам якутской народной медицины, но и современной научной.

Самочувствие больного шамана с каждым днем улучшалось.

Однажды вечером во время обхода больных Иван Васильевич попросил меня присесть к нему. Когда я выполнил его просьбу, он вздохнул и после небольшой паузы решительно сказал:

– Доктор... Вот тебе за лечение мешочек с золотом... Бери, не жалко! – настойчиво шептал старик, подвигая мне свой увесистый подарок.

Я был взбешен и, чтобы не наговорить больному шаману лишнего, вскочил и ушел.

Мой гнев разобидел его, и он в ту же ночь исчез из больницы. Все попытки разыскать его были безрезультатными.

Еще с одним случаем мне пришлось иметь дело в ту пору.

Однажды декабрьским днем я вернулся из отдаленного наезда очень уставшим и в темноте у самого крыльца больницы наткнулся на труп замерзшего в скорченной позе человека. Дежурная медицинская сестра Степанида, не дожидаясь моих расспросов, сильно волнуясь, объяснила:

– Участковый милиционер и слушать не хотел, я ему говорила, а он свалил с нарт тело шамана и укатил!

Ввиду позднего часа выяснение этой непонятной истории пришлось перенести на следующий день. Но утром я должен был поспешить к одному больному, которому вдруг стало плохо. Когда я занялся им, за окном вдруг раздался душераздирающий женский крик.

Оставив больного на попечение медсестры, я выскочил на крыльцо и увидел двух мужчин, которые старались поднять на руки лежащую на нартах закутанную в одеяло женщину. Она кричала и в нервном исступлении отбивалась от них.

Когда ее внесли в больницу и силой усадили на кушетку врачебного кабинета, обезумевшая больная и тут еще кричала. Потом затихла, одна-

ко продолжала дрожать всем телом. Предложенную ей валерьянку она проглотила с трудом, несколько раз поперхнувшись. При этом она пугливо озиралась вокруг, зубы её звонко стучали о край мензурки. Лишь после того, как удалось напоить ее горячим чаем со снотворным, она успокоилась и заснула.

Люди, доставившие больную к нам, сказали, что накануне ее лечил шаман. Войдя в раж, он во время камлания внезапно умер. Больной стало еще хуже. Муж повез ее в больницу. В дороге она несколько успокоилась, но вот, увидя у крыльца мертвого шамана, снова впала в иступление.

Я был возмущен милиционером, свалившим у больницы труп шамана, и собрался пойти к нему. Не успел я войти, как нарочный принес конверт с грозным предписанием: «Предлагаю в течение 24 часов вскрыть труп шамана Вензеля и дать заключение о его смерти. Начальник милиции Н. Старков».

Старков встретил меня строго официально. Сначала он явно смаковал свои начальственные права, но после того, как, подавив клокотавшее во мне негодование, я спокойно рассказал ему, к чему привели действия участкового милиционера, и дважды повторил, что в результате их доставленную нам больную придется долго лечить, невозмутимый Старков втянул голову в плечи и задумался. Потом он вызвал к себе участкового милиционера, и тот, сев к столу, стал докладывать обстоятельства смерти Вензеля Афанаса, семидесяти шести лет, эвенка по национальности, изгонявшего злого духа, вселившегося в Скрыбыкину Евдокию.

Главное в оправдании было: шаман Вензель предупредил местных жителей, что зимой он заснет до весны, а весной, когда вскроются ручьи, обязательно проснется и снова придет лечить людей.

По мнению участкового, о похоронах шамана на его родине при такой ситуации не могло быть и речи. Поэтому-то он и привез труп в больницу.

Мой конфликт с милицией закончился мирным соглашением. Труднее было решить, что делать с трупом шамана. Мы с санитаром Заболоцким взяли это дело на себя. В темноте, озаряемой лишь северным сиянием, положили мерзлое тело на нарту, отвезли подальше от больницы, приваляли спиной к стogu сена и прикрыли шамана его же массивным бубном.

С наступлением весенних дней и

появлением ручьев он был увезен односельчанами и похоронен. С ним в могилу ушло немало цепко державшихся среди якутов суеверных страхов и диких обрядов.

...Иван Васильевич, сбежавший из больницы, тоже прожил недолго; как я потом слышал, он наказывал всем ничего не говорить мне о нем.

4. Две Ульяны

Постепенно обживаясь на полюсе холода, я чувствовал себя здесь тверже. Труднее всего проходил амбулаторный прием, потому что переводчица часто искажала смысл жалоб больных. Давая лекарство пациенту, надо было разъяснить, как им пользоваться. На это тоже уходило много времени и нервов. В тех случаях, когда приготовленных заранее лекарств не хватало, я должен был идти в соседнюю комнату, служившую аптекой, и выполнять роль фармацевта.

Не обходилось и без самых неожиданных происшествий.

Однажды на очередном приеме больных только приложил я стетоскоп к сердцу пациента, как за дверью послышался крик и поднялась суматоха. Не замедлив выскочить в коридор, я увидел объятую пламенем женщину, прыгавшую перед дверью кабинета (как позже выяснилось, она коснулась платьем раскаленной железной печки).

Одежда так пылала, словно была пропитана горячим веществом. Сорвать ее всю мне не удалось, так как женщина металась из стороны в сторону. Тогда повалил ее, укутал в снятый с себя медицинский халат и таким образом потушил огонь.

Поднявшись с полу, я как будто проснулся и увидел больных, которые, придя на прием, молча наблюдали за всем этим.

Только после того, как пострадавшую унесли в процедурную, я обнаружил, что тоже сильно пострадал: концы пальцев были оголены, кровоточили, ногти оказались сорваны, болело опаленное лицо.

С трудом нашел я в себе силы отправиться в процедурную для осмотра пострадавшей.

Она лежала на спине и стонала. Примерно третья часть ее тела имела ожоги всех трех степеней. На медицинском языке, она была в состоянии шока. Тут же ей ввели морфий с камфарой, напоили крепким чаем. Обожженную поверхность закрыли марлей, пропитанной сливочным маслом, так как специальной мази в больнице не было.

И со своими руками мне пришлось поступить таким же образом. В тот день я не мог уснуть, так как все время пришлось держать руки поднятыми вверх. А когда опускал их, прилив крови сразу вызывал нестерпимые боли.

Утром у обгоревшей Ульяны температура подпрыгнула до сорока, произошел самопроизвольный аборт. Состояние ее продолжало оставаться тяжелым. Только примерно на пятый день мог я поручиться, что она будет жить.

Вскоре после этого – у меня еще не успели зажить концевые фаланги пальцев, покрывшиеся толстыми корками струпьев, – случилось новое ЧП.

В теплый весенний день медсестра Степанида, любившая засиживаться у окна, прижавшись лицом к стеклу, заметила приближающуюся к больнице оленью упряжку. Так как проводник часто брался за нарту, чтобы помочь оленям тащить ее по уже оттаявшему болотистому грунту, чувствовалось, что он очень торопится. Вместе с любопытными больными я вышел на крыльцо, чтобы поскорее узнать, не больного ли везут.

Не доехав до крыльца, проводник стал жалобно выкликать:

- Альдырхай, альдырхай (несчастье, несчастье)!

Когда я подошел к нему, он показал мне на лежавшую в нарте женщину:

- Ульяна родить должна, долго не может – умирает!

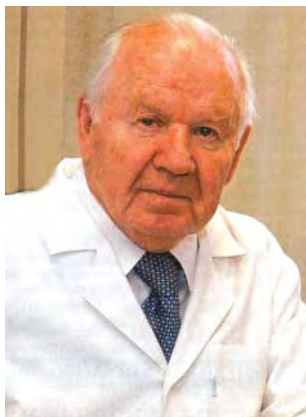
У доставленной к нам женщины с громадным горбом не прекращались родовые схватки. А когда беременную уложили на больничную койку, у нее вдруг начался тяжелейший приступ эклампсии. Спасти больную могла только самая срочная операция – кесарево сечение. Получить какую-либо помощь извне и думать было нечего: тогда санитарной авиации Якутия еще не имела.

Забыв о своих незаживших пальцах, я немедленно приступил к так называемой плодоразрушающей операции. К концу ее у меня на руках открылись раневые поверхности и стали обильно кровоточить. От нарастающей боли я был готов, как говорится, на стенку лезть. Всю ночь, изнемогая от болей, я не спал, к утру температура поднялась до сорока.

Три дня находясь в очень тяжелом состоянии, я утешал себя тем, что вторая Ульяна после операции поправляется прямо на глазах.

(Продолжение следует).

НАШИ ЮБИЛЯРЫ



Для хирурга необходим хороший воспитатель, который своим примером и всей своей личностью формирует человека и работника, ведь наша профессия предполагает не только интеллектуальную деятельность и особые свойства характера, но и специальные мануальные навыки. Каким станет хирург, как он будет оперировать, насколько повезет его пациентам, во многом определяет фигура формального или неформального его учителя.

Виктор Сергеевич Савельев – человек необычной судьбы, блестящего хирургического дарования, огромных организаторских способностей, широчайших научных интересов. Сотни хирургов, среди которых академики Лео Бокерия, Михаил Давыдов, Ренат Акчурин, Игорь Затевахин, Геннадий Воробьев, Анатолий Покровский, профессора, заведующие кафедрами, руководители крупных хирургических коллективов, доктора и кандидаты наук, с гордостью относят себя к школе академика Савельева. В.С. Савельев – крупный организатор отечественного здравоохранения. В течение 40 лет, занимая пост главного хирурга России, он много сделал для повышения качества и эффективности хирургической службы в стране.

Виктор Сергеевич Савельев является председателем Всероссийского научного медицинского общества хирургов, президентом Ассоциации флебологов России, президентом Российской ассоциации специалистов по хирургическим инфекциям, членом многих зарубежных обществ и академий, главным редактором журналов «Грудная и сердечно-сосудистая хирургия» и «Флебология».

Академик Российской академии наук и Российской академии медицинских наук, профессор Виктор Сергеевич

МОЙ УЧИТЕЛЬ

Савельев уже более 40 лет возглавляет кафедру факультетской хирургии им. С.И. Спасокукоцкого Российского государственного медицинского университета. Факультетская хирургическая клиника, в которой работают сотрудники кафедры и крупнейшего лечебного учреждения нашей страны – Городской клинической больницы им. Н.И. Пирогова, является одним из ведущих хирургических центров, где ежегодно выполняются тысячи операций, постоянно разрабатываются и совершенствуются методы диагностики и лечения различных заболеваний.

С именем В.С. Савельева связаны многие достижения российской медицины. Он внес огромный вклад в становление и развитие кардиохирургии, ангиологии, абдоминальной, торакальной и гнойно-септической хирургии, интенсивной терапии. Талантливый хирург и автор фундаментальных научных исследований, он является учителем и воспитателем нескольких поколений клиницистов, многие из которых сами стали профессорами и руководителями кафедр.

Сфера научных и хирургических интересов В.С. Савельева чрезвычайно широка. Ему подвластны самые сложные сердечно-сосудистые операции, вмешательства на легких, средостении, органах брюшной полости. Широчайший хирургический диапазон способствует его многогранному вкладу в медицинскую науку. Ему принадлежат более 500 научных работ, в том числе свыше 25 монографий.

Академик В.С. Савельев является основателем хирургической флебологии в нашей стране. Благодаря исследованиям В.С. Савельева тромбоэмболия легочных артерий перестала быть абсолютно смертельным заболеванием. Разработанные в клинике методы ранней диагностики, эффективные способы лечения и профилактики этого тяжелейшего осложнения позволили спасти жизнь тысячам больных.

Многолетний труд академика В.С. Савельева привел к весомым достижениям в области хирургической инфекции. Исследования школы В.С. Савельева в этой области характеризуют новые идеи и нестандартные подходы, которые определяют успех лечения больных с абдоминальным сепсисом и его осложнениями.

Стремление Виктора Сергеевича сделать научные достижения клини-

ки достоянием практических врачей легло в основу издания фундаментальных руководств, посвященных различным направлениям хирургии и интенсивной терапии.

Виктор Сергеевич обучает не только врачей, работающих в клинике факультетской хирургии, его имя известно всем без исключения якутским хирургам. Если они не имели возможности общаться с ним лично, то читали его книги, которые для нескольких поколений хирургов стали настольными. Подавляющее большинство его работ посвящено проблемам неотложной хирургии: «Мезентериальный тромбоз», «Острый панкреатит», «Тромбоэмболия легочных артерий». Виктор Сергеевич хорошо понимает, что у врача, дежурящего по экстренной хирургии или работающего за многие тысячи километров от столичных клиник, часто нет возможности пригласить на консультацию старшего товарища. В таких случаях только хорошая книга, написанная просто, понятно и без излишней наукообразности, поможет хирургу принять единственно верное решение, спасти больного, казалось бы, в безвыходной ситуации. Не случайно «Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости», созданное академиком В.С. Савельевым, уже трижды переиздавалось. Этой же цели служат учебник для студентов медвуза «Хирургические болезни» и настольная книга хирурга «Руководство по клинической хирургии». Уникальными являются «80 лекций по хирургии», инициатором издания которых, так же как и автором, составителем и редактором, был академик В.С. Савельев. Каждая последующая его книга становится событием в медицинском мире, каждая неповторима, несет в себе отблеск его таланта и личности.

Всю свою энергию, талант, энциклопедические знания и огромный практический опыт он передает своим ученикам и коллегам, много сил вкладывает в подготовку высококвалифицированных хирургов, ученых, преподавателей в лучших традициях отечественной медицины. Под его руководством подготовлены и защищены более 80 докторских и 200 кандидатских диссертаций. Виктор Сергеевич Савельев из личного опыта знает, что блестящего хирурга можно выучить за пять лет, если у того есть не только характер, но и талант, а также интуиция,

чутье, если хотите. А другого можно и все двадцать лет учить, и не выйдет ничего хорошего, хотя и человек старается и делает все по учебникам. Подбору учеников академик придает принципиальное значение, потому что убежден: авторитет лечебного учреждения создает не один человек, а коллектив, который там работает. И здесь ему есть чем гордиться: среди его учеников четыре члена-корреспондента РАМН и двенадцать лауреатов Государственной премии. «Учителя не должны бояться, должны уважать. Но так, чтобы каждое его слово было законом», - таков принцип Савельева-наставника. И он пользуется безмерным уважением и авторитетом своих учеников.

Академик В.С. Савельев – видный организатор отечественного здравоохранения, много сделавший для повышения качества и эффективности хирургической помощи. Его заслуги как талантливого ученого, блестящего

клинициста, главы большой хирургической школы нашли широкое общественное признание.

Академик В.С. Савельев – Герой Социалистического Труда, кавалер многих орденов Советского Союза и Российской Федерации, лауреат Государственной премии СССР, Государственной премии Российской Федерации, Премии Правительства России. В канун его юбилея опубликован Указ Президента Российской Федерации о награждении академика В.С.Савельева орденом «За заслуги перед Отечеством» II степени.

Большая творческая активность, талант хирурга и педагогическое мастерство снискали В.С. Савельеву глубокое уважение и признание коллег и многочисленных учеников. Быть учеником Виктора Сергеевича - это огромная честь и одновременно крайняя требовательность к себе и доброжелательность к людям.

Ученики его школы занимают ведущие позиции в хирургии во многих регионах России. Настоящий учитель, человек, наделенный исключительной добротой, Виктор Сергеевич помог многим людям в их жизни и судьбе.

Виктор Сергеевич опосредованно, через своих учеников, внес огромный вклад в формирование хирургической службы в Республике Саха (Якутия). На его благородном примере мы учим молодых хирургов Якутии.

Виктор Сергеевич – не только мой учитель! Патриарх отечественной медицины академик Савельев без преувеличения может быть назван Учителем всех российских хирургов, российской хирургии.

Хирурги Якутии от всего сердца поздравляют Виктора Сергеевича с юбилеем и желают крепкого «как якутский алмаз здоровья» и успехов в дальнейшей активной творческой жизни!

М.М. ВИНУКОВ,
*председатель Якутского регионального общества хирургов России,
заслуженный врач Республики Саха (Якутия),
доктор медицинских наук, профессор*

ПОЗДРАВЛЕНИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ ДНЕМ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

12 мая медицинские сестры всего мира празднуют свой профессиональный праздник – День медицинской сестры. Этот праздник был учрежден в 1974 г. Международным Советом медицинских сестер как дань памяти выдающейся английской сестре милосердия, основательнице сестринского дела Флоренс Найтингейл.

Флоренс Найтингейл родилась в 1820 г. в семье английских аристократов. С юных лет решила посвятить себя уходу за больными и пожертвовала ради этого личным счастьем и отношениями с родственниками. Она начала свой профессиональный путь с изучения опыта ухода за больными и ранеными в Англии, Германии, Фран-

ции и пришла к выводу, что для качественного ухода необходима специальная подготовка. Поэтому Флоренс разработала программы обучения сестер милосердия и открыла первые школы для их подготовки. При этом она выделила сестринское дело в отдельную науку и дала определение.



Мировую известность она получила, работая экспертом английской армии по медицинским вопросам во время русско-турецкой войны. Ее исследования касались условий содержания раненых в госпиталях и благодаря рекомендациям Флоренс Найтингейл в несколько раз удалось снизить смертность английских солдат.

Кроме этого, Флоренс Найтингейл является автором первых пособий по уходу за больными и стояла у истоков создания Международного Совета медсестер.

В 1912 г., после смерти Флоренс Найтингейл, Лига международного Красного Креста учредила медаль ее имени как высшую награду медицинским сестрам – участницам военных действий.

В эти майские дни коллектив преподавателей и студентов Якутского базового медицинского колледжа сердечно поздравляет всех медицинских сестер нашей Республики Саха (Якутия) с замечательным праздником – Днем медицинских сестер.

Опорой в совместной деятельности колледжа с ЛПУ являются наши добрые коллеги, энергичные, умелые организаторы сестринского дела Яковлева Аграфена Васильевна – главный

специалист по сестринскому делу РБ № 1-НЦМ, Софронова Галина Ивановна – главная медсестра РБ № 2-ЦЭМП, Иванов Алквад Иванович – главный медбрат ЯКГБ, Гоголева Светлана Алексеевна – главная медсестра Республиканского онкологического диспансера, Волкова Людмила Викторовна – главная медсестра поликлиники № 5 г.Якутска и многие другие. Медицинские сестры каждодневным трудом на деле способствуют организации и проведению качественной профессиональной подготовки студентов, формированию у студентов медицинских умений и навыков, необходимых для успешного осуществления в будущей профессиональной деятельности. В нашей совместной работе стало доброй традицией проводить конференции с участием главных и старших медицинских сестер со студентами по итогам производственных технологических практик на базе РБ № 1 - Национального центра медицины, РБ № 2-Республиканского центра экстренной медицинской помощи. А также они принимают непосредственное участие в работе жюри на проводимых в колледже профессиональных конкурсах. Выражаем искренние слова благодар-

ности главным сестрам РБ №1-НЦМ Рыжковой Т.И., Перфильевой М.М., Слепцовой Е.Г., старшим медсестрам РБ № 1-НЦМ Семеновой В.М., Севанкаевой Л., старшим медицинским сестрам РБ № 2-ЦЭМП Прокопьевой А.А., Тепляковой В.И., Новиковой Г.В., Кузнецовой А.В., Егоровой Э.М. и другим, которые знакомят студентов с современной медицинской технологией, делятся своим практическим опытом. Мы считаем, что качественные показатели по практическому обучению студентов ЯБМК, проходящих практику в ЛПУ г.Якутска, а также ЦРБ улусов, за последние годы остаются стабильными и составляют от 72 до 80%. Это позитивный результат обучения по клиническим дисциплинам, имеющим практикоориентированную направленность.

Поздравляя с профессиональным праздником, уважаемые наши коллеги, мы желаем вам всего самого доброго и успехов словами великого русского хирурга Н.И. Пирогова: «... Кроме опытности медицинскому работнику особенно необходима добросовестность, приобретаемая только трудным искусством самообладания, самосознания и знания человеческой натуры».

*Директор Якутского базового медицинского колледжа Д.А. АЛЕКСЕЕВ
Зам. директора по практическому обучению С.Г. ВАСИЛЬЕВА
Зам. директора по научно-методической работе Н.И. ЯДРЕЕВА*

ПАМЯТЬ

ДИНАСТИЯ ВРАЧЕЙ ЛЮБИМОВЫХ

В дни проведения XV съезда медицинских работников РС(Я) (2007 г.) вспомнили тех людей, которые в далекие годы становления советской власти в Якутии приняли активное участие в создании и развитии советской

системы здравоохранения и которые не только внесли огромный вклад в охрану здоровья народов Якутии, но явились и зачинателями медицинских династий в республике. Среди них, безусловно, самой известной в Якутии является удивительная династия врачей Любимовых – это 12 врачей с общим медицинским стажем 355 лет!

Когда все Любимовы собирались вместе, то за столом оказывались рядом хирург, педиатр, травматолог, кардиолог, акушер-гинеколог, врач-лаборант, терапевт, дерматолог. Представителями этой династии можно было с успехом укомплектовать врачебный штат любой больницы, причем специалистами высокого класса.

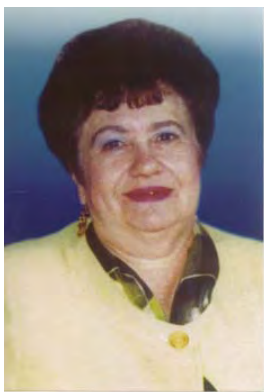
Как известно, династия не возникает на пустом месте. Она начинается с энтузиазма, горения, любви к своему делу.

Династия Любимовых начиналась так: прапрадед младших врачей Любимовых – молодой доктор Любимов Василий Павлович был направлен в 1923 г. на работу в Якутию из г. Хабаровска. Он открыл первый в республике противотуберкулезный диспансер. Его дети: сын – Павел Васильевич, врач-хирург, с супругой Марией Исаевной, врачом-педиатром, дочь – Ольга Васильевна, врач-дерматолог, после окончания медицинских институтов возвращаются в Якутию. В те же годы (1931 г.) была направлена на работу в Якутию врач Любимова Зинаида Яковлевна, жена брата В.П. Любимова.

Как все молодые специалисты, врачи Любимовы второго поколения начали свой трудовой путь с район-



Павел Васильевич и Мария Исаевна Любимовы



Дочери Евгения и Ольга

ных больниц. Но благодаря высокой квалификации, ответственности, трудолюбию, все они достигли больших успехов в медицинской деятельности и их труд достойно оценен правительством республики.

Самой колоритной личностью, конечно, был Любимов Павел Васильевич.

Начав с должности сельского врача в Чурапчинском районе, он стал министром здравоохранения ЯАССР, проработав на этом сложном и ответственном посту 18 лет – с 1944 года по 1962 год. Павел Васильевич – заслуженный врач РСФСР, ЯАССР, отличник здравоохранения СССР, кавалер орденов Ленина, Октябрьской Революции, Трудового Красного Знамени, трех орденов «Знак Почета» и многих доблестных медалей, член Якутского обкома КПСС, депутат Верховного Совета ЯАССР. Неоценим его вклад в усовершенствование здравоохранения Якутии. Павлу Васильевичу удалось создать разветвленную сеть лечебно-профилактических учреждений, привлечь квалифицированные медицинские кадры из других регионов России, подготовить местных специалистов, ликвидировать трахому, малярию, снизить общую заболеваемость, смертность населения, особен-

но среди детей, в том числе от туберкулеза. Прекрасно владел якутским языком, пользовался непререкаемым авторитетом, уважением. Двери дома Любимовых всегда были открыты для тех, кто нуждался в помощи.



Мария Исаевна с сыном Германом и невесткой Анной

Любимая супруга Павла Васильевича Любимова Мария Исаевна – педиатр, заслуженный врач РСФСР, ЯАССР, отличник здравоохранения СССР, общественный деятель. В начале 30-х гг. не было даже детской палаты, не то что отделения или больницы. Мария Исаевна лечила детей в детских яслях, детско-женских консультациях и на дому, посещая своих маленьких пациентов на велосипеде, лошадях. В результате ее настойчивых усилий в 1940 г. была открыта детская соматологическая больница, которую и возглавила Мария Исаевна. Детским врачом Мария Исаевна проработала 44 года. Огромен ее вклад в организацию педиатрической службы г. Якутска, в подготовке врачей-педиатров. До сих пор с большим уважением вспоминают Марию Исаевну благодарные родители (теперь уже бабушки и дедушки), чьих детей лечила и спасала лучший детский врач. Супруги Любимовы счастливо прожили вместе более 50 лет. У них родились дети: сын Герман, дочери Евгения и Ольга – будущие врачи (третье поколение). Дети Германа Павловича и Евгении Павловны тоже стали врачами (четвертое поколение). Рядом с ними также самозабвенно трудились и близкие родные: Любимова Ольга

Васильевна, родная сестра Павла Васильевича, дерматолог, очень долго возглавляла Якутский республиканский кожно-венерологический диспансер, заслуженный врач ЯАССР, Любимова Зинаида Яковлевна, невестка семьи Любимовых – терапевт, одна из первых основателей физиотерапевтической службы в г. Якутске, длительное время заведовала стационаром спецполиклиники Минздрава ЯАССР, заслуженный врач ЯАССР.

Приходится часто слышать: «Династия! Ну и что? Какой толк, если и внуки унаследуют профессию прадеда, деда? В лучшем случае станут просто хорошими работниками – ведь прежде всего профессию надо любить!»

А если действительно любят? Любят настоящей, бескорыстной любовью свою профессию и деды, и родители, и дети и внуки? Тогда династия становится высоким образцом служения людям. Молодежь в такой династии проходит своеобразную «внутри-семейную» профориентацию, рано получая уроки профессиональной нравственности, рано знакомятся с профессией. Следовательно, больше пользы могут принести обществу...

Любимов Герман Павлович – травматолог, заведовал травматологическим отделением городской больницы, организовал травматологический пункт в г. Якутске, автор ряда научных работ по вопросам травматологии и ортопедии, последние годы жизни работал главным врачом спецбольницы Минздрава ЯАССР, врачом-экспертом ВТЭК,



Внучки Наталья, Людмила и Лариса

заслуженный врач РСФСР, отличник здравоохранения СССР.

Его супруга Любимова Анна Григорьевна – акушер-гинеколог, больше известна как уважаемый оперирующий онкогинеколог республиканского онкологического диспансера. 46 лет трудовой жизни отдано Анной Григорьевной на благо здоровья женщин. Отличник здравоохранения РС (Я), кавалер ордена «Знак Почета».

Любимова Евгения Павловна (по мужу Климовская) – кардиолог. Первые годы была ординатором в городской больнице, затем ассистентом медико-лечебного факультета ЯГУ. Успешно начала свою научно-преподавательскую деятельность, но любовь к практической медицине пересилила и Евгения Павловна стала организатором медицинской помощи работникам науки. Начав с небольшой амбулатории, в 1980 г. открыла Больницу Якутского научного центра Сибирского отделения Российской академии наук. И в том, что сегодня больница является

крупным авторитетным лечебно-профилактическим учреждением, – незабываемая заслуга Евгении Павловны. Заслуженный врач РСФСР, ЯАССР, отличник здравоохранения СССР, ветеран Сибирского отделения Российской академии наук.

Любимова Ольга Павловна (по мужу Огай) – врач-лаборант городской больницы, подавала большие надежды, но, к сожалению, рано ушла из жизни.

Также ответственно и успешно продолжают врачебный путь внучки Любимовых. Любимова-Матова Людмила Германовна – врач-физиотерапевт, заведующая физиотерапевтическим отделением больницы ЯНЦ СО РАН, отличник здравоохранения РС (Я), ветеран СО РАН. Любимова-Нисковских Лариса Германовна – врач-кардиолог, заведующая отделением функциональной диагностики больницы ЯНЦ СО РАН, отличник здравоохранения РС (Я), ветеран СО РАН. Климовская-Мишкина Наталья Игоревна – педиатр,

врач функциональной диагностики, работает в данное время в г. Москве.

За годы своей работы «врачи от Бога» Любимовы многим спасли жизнь, вылечили сотни людей, сделали на земле много добрых дел. Оставили добрую память и благодарность о себе. Но главное – они пример личной доблести и героического служения людям!

100-летие со дня рождения глубокоуважаемого Павла Васильевича Любимова совпало с днями проведения XV съезда медицинских работников республики и медицинская общественность достойно отметила эту знаменательную дату. Выступающие на заседании «круглого стола» выразили огромную признательность и уважение прекрасному человеку, талантливому врачу и организатору П.В. Любимову. В память о нём была открыта мемориальная доска на здании Республиканской больницы №2-ЦЭМП.

Л.Р. БЕРДНИКОВА – гл. врач Больницы ЯНЦ СО РАН



