

1(17) `2007

YAKUT MEDICAL JOURNAL



ЯКУТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

НАУЧНО - ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ЯКУТСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА
РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК
И ПРАВИТЕЛЬСТВА РЕСПУБЛИКИ САХА /ЯКУТИЯ/

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*

Учредитель
Якутский научный центр
Российской академии медицинских наук
и Правительства Республики Саха (Якутия)

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), ОАО ГСМК «Сахамедстрах»,
ОАО «Аргысмедстрах»

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.

Редактор
Чувашова И.И.

Перевод
Федоровой А.В.

Обложка Игнатьева В.Н.

Компьютерная верстка
Николашкиной А.А.

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)

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

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

Передовая статья

Петров В.С., Попов В.С.

Роль Республиканской больницы №1 – НЦМ в оказании высокотехнологичных видов медицинской помощи населению Республики Саха (Якутия) (15 лет на медицинской карте Якутии)

Оригинальные статьи

Лугинова Е.Ф.

Методика превентивного лечения детей, инфицированных лекарственно-устойчивыми штаммами микобактерий туберкулеза и с проявлениями иммунобиологических нарушений

Радь Я.Г., Борисова Е.А., Аргунова А.А., Колесова О.М., Бадмажапова Н.Ю.

Особенности преморбидного фона у женщин молодого возраста с диагностированной миомой матки

Курбатова Т.Н.

Особенности морфологической картины и иммунного статуса больных в зависимости от клинического течения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

Пальшин Г.А., Васильев С.П., Павлов Р.Н., Индеев И.И., Колосов А.В., Лонин С.Н.

Новая методика оперативного лечения переломов шейки и остеоэпифизиолиза головки лучевой кости у детей

Винничук С.А., Аргунов В.А.

Распространенность атеросклероза сонных артерий у коренного и некоренного населения г. Якутска

Методика исследования

Сидорова О.Г., Кононова С.К., Сухомьясова А.Л., Хуснутдинова Э.К.

Проблемы пренатального медико-генетического консультирования моногенных болезней с динамическими мутациями в Якутии

Тимофеев В.П.

Диагностика и лечение методом остеопатии и прикладной кинезиологии

Организация здравоохранения, медицинской науки и образования

Николаев В.П.

Из предыстории высшего медицинского образования в Якутии

Алексеев В.П.

С благодарностью первым преподавателям медико-лечебного факультета Якутского госуниверситета

Колодезникова Е.Д., Местникова С.И.

У истоков высшего медицинского образования в Якутии

Здоровый образ жизни. Профилактика

Павлов А.В.

Автомобильный травматизм по вине нетрезвых водителей: проблемы и пути их решения

Leading article

Petrov V.S., Popov V.S.

4 The role of the Republican hospital №1 - National center of medicine in administering highly technological medical aid to the population of the Sakha Republic (Yakutia) (15 years on medical map of Yakutia)

Original articles

Luginova E.F.

16 Technique of preventive treatment of children with immunobiological disorders and children infected with drug-resistant strains of tuberculosis mycobacteria

Rad' Y.G., Borisova E.A., Argunova A.A., Kolesova O.M., Badmazhapova N.Y.

21 The features of premorbid background of women of young age with the diagnosed hysteromyoma

Kurbatova T.N.

24 The features of a morphological picture and the immune status of patients depending on clinical current of ulcer of stomach and duodenum

Palshin G.A., Vasilyev S.P., Pavlov R.N., Indeev I.I., Kolosov A.V., Lonin S.N.

27 New technique of operative treatment of fracture of neck and epiphyseal fracture of head of radial bone in children

Vinchuk S.A., Argunov V.A.

29 The prevalence of carotic arteries of atherosclerosis among indigenous and non-indigenous population of Yakutsk

Research technique

Sidorova O.G., Kononova S.K., Sukhomyasova A.L., Khusnutdinova E.K.

33 The problems of prenatal medicogenetic consultation of monogenic illnesses with dynamic mutations in Yakutia

Timofeev V.P.

36 Diagnostics and treatment by osteopathy and applied kinesiology

Organizing Public health care and Medical science

Nikolaev V.P.

38 From the background of the high medical education in Yakutia

Alexseev V.P.

40 With gratitude to the first teachers of the medical faculty of the Yakut State University

Kolodeznikova E.D., Mestnikova S.E.

41 On the source of the high medical education in Yakutia

Healthy way of life. Prophylaxis

Pavlov A.V.

44 Automobile traumatism because of drunk drivers: problems and their ways of the decision



Гигиена, санитария, эпидемиология и медицинская экология

Hygiene, sanitary, epidemiology and medical ecology

Чернявский В.Ф., Егоров И.Я., Теленков С.С., Тяпतिргянова В.М.,
Будацыренова Л.В., Никифоров О.И., Антонов Н.А.
Концептуальное, нормативное и научно-методическое
обеспечение в деятельности единой системы санитарно-
эпидемиологического надзора в Республике Саха (Якутия)
Ерофеевская Л.А.
Санитарно-экологическая оценка почв экосистемы г. Якутска

Chernyavsky V.F., Egorov E.Y., Telenkov S.S., Tyaptirgyanova V.M.,
Budatsirenova L.V., Nikiphorov O.I., Antonov N.A.

45 Conceptual, normative and scientifically-methodical maintenance
in activity of the common system of sanitary and epidemiologic
supervision in the Sakha Republic (Yakutia)

48 Erofeevskaya L.A.
Sanitary-ecological estimation of soil of Yakutsk ecosystem

Трибуна главного специалиста

The tribune of a chief expert

Кравченко А.Ф.
Проблемы организации борьбы с туберкулезом в Якутии

Kravchenko A.F.
50 The problems of the organization of tuberculosis control in Yakutia

Актуальная тема

Actual Subject

Данилова А.П., Платонов Ф.А.
Наиболее значимые факторы риска у больных хроническими
формами виллюйского энцефаломиелита

52 Danilova A.P., Platonova F.A.
The main risk factors of patients with chronic forms of Viluy
encephalomyelitis

Обмен опытом

Experience exchange

Попова Л.А., Степанов Н.П., Васильев А.И., Федосеева А.К.
Хирургическое лечение двусторонних окклюзионно-
стенотических поражений сонных артерий

53 Popova L.A., Stepanov N.P., Vasilyev A.E., Fedoseeva A.K.
Surgical treatment of bilateral occlusive stenosis defeats of carotids

Точка зрения

Point of view

Тихонов Д.Г.
Почему мы любим свою родину? Роль инстинкта и разума
в патриотических стремлениях

54 Tikhonov D.G.
Why do we love our native land? The role of an instinct and mind in
patriotic aspirations

Из хроники событий года

59 From Chronicle of year events

Случай из практики

A case from practice

Третьякова В.А.
Операция ушивания ранения уха правого предсердия,
проведенная в условиях районной больницы

62 Tretyakova V.A.
Operation of wound closure of the right atrium auricle, performed
in conditions of regional hospital

Страницы истории

Pages of history

Гостхоржевич Е.Я.
Записки эпидемиолога (моя жизнь) (продолжение)
Николаев В.П.
Ликвидация трахомы в Якутской АССР

64 Gostkhorzhevich E.Y.
The notes of epidemiologist (My Life) (continue)
70 Nikolaev V.P.
Liquidation of trachoma in Yakut ASSR

Наши юбилеры

Whose anniversary is celebrated

Алексеев Василий Прокопьевич
Владимирцев Всеволод Афанасьевич

73 Alexseev Vasily Prokopyevich
75 Vladimirtsev Vsevolod Afanasyevich

Объявления. Информация

76 Announcement. Information



ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ

В.С. Петров, В.С. Попов

**РОЛЬ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ
№1-НЦМ В ОКАЗАНИИ
ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ ВИДОВ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ
РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)
(15 лет на медицинской карте Якутии)**

В условиях реализации приоритетного Национального проекта «Здоровье» большое внимание уделяется удовлетворению потребности населения в высокотехнологичных видах медицинской помощи. Основная цель реформирования здравоохранения – обеспечение любому гражданину нашей страны качественной медицинской помощи, соответствующей потребностям пациента и современному уровню медицинской науки и технологии.

По данным Министерства здравоохранения и социального развития РФ, доступность для населения высокотехнологичных видов медицинской помощи составляет от 12 до 20% по различным её видам [9]. Развитие современной медицины невозможно без соответствия материально-технической базы здравоохранения растущему спросу населения на оказание медицинской помощи.

Национальный центр медицины (РБ №1-НЦМ) появился на медицинской карте Якутии 15 лет назад. История становления и развития крупнейшего комплекса в условиях Крайнего Севера как новой формы организации медицинской помощи жива в памяти многих участников этих событий и пока еще не требует тщательных архивных изысканий и воспоминаний очевидцев, но уже назрела необходимость в анализе собственного опыта развития, подведения некоторых итогов и обозначения перспектив. В последние годы организационным аспектам развития центра посвящены серьезные научные исследования [11-13].

По удивительному совпадению, именно 15 лет назад, в 1992 г., в учреждениях федерального подчинения Министерством здравоохранения Рос-

сии был утвержден перечень заболеваний, для лечения которых необходимо применение высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи, и внедрена система финансирования для оказания этих видов помощи с выделением квот для субъектов Федерации. Таким образом, эти учреждения получили целевое финансирование для оплаты лечения пациентов с заболеваниями, требующими огромных затрат на медикаменты, дорогостоящее медицинское оборудование, а также дополнительной оплаты труда специалистов, участвующих в оказании этих видов помощи. Как показало время, внедрение такой системы способствовало эффективному развитию и совершенствованию специализированных видов медицинской помощи в стране.

Однако в регионах страны несбалансированность объемов необходимой высокотехнологичной помощи с объемами финансовых средств, выделяемых на её оказание, по-прежнему непомерным бременем ложится на бюджет медицинских учреждений. Инновационный характер производства внедрения организационных, диагностических, лечебных, профилактических и реабилитационных услуг, растущая наукоемкость и приоритет качества услуг диктуют необходимость совершенствования системы финансирования. Качественная медицина постоянно требует больших финансовых затрат. Эффективное перераспределение ресурсов может быть достигнуто на основе целевой системы финансирования медицинских учреждений, ориентированной на достижение конечных результатов. Такой системой является переход на формирование государственного задания (заказа) на высокотехнологичные виды медицинской помощи, что позволит конкретно обозначить объем медицинской помощи из реальных денег.

К концу XX в. в большинстве экономически развитых стран происходит качественное совершенствование системы охраны здоровья населения, способствующее интенсификации и качеству медицинской помощи, нацеленное на улучшение показателей здоровья населения. Эффективность развития системы здравоохранения в значительной степени определяется использованием новейших экономических и социально оправданных высоких медицинских технологий, основанных на последних достижениях науки и техники [1-7]. Появление концепции доказательной медицины и непрерывное совершенствование применения высоких (дорогостоящих) технологий в клинической практике стали неотъемлемой частью современной реальности. Как справедливо отмечают Верещагин Н.В. и Реброва О.Ю. «Одновременно медицина стала областью применения высоких технологий и, следовательно, дорогостоящего оборудования и препаратов. Даже в наиболее экономически развитых странах встали вопросы выбора оптимальных медицинских вмешательств – с высоким соотношением их эффективности (для пациентов) и стоимости (для системы здравоохранения)» [8].

ВОЗ рекомендованы основные направления мероприятий по обеспечению качества медицинской помощи [3]:

- повышение технологической базы современной клинической медицины и уровня выполнения её профессиональных функций;

- оптимизация использования ресурсов здравоохранения для достижения максимальной эффективности лечебно-диагностических процедур;

- обеспечение безопасности медицинского вмешательства;

- повышение удовлетворенности граждан оказанной им медицинской помощью.

Между тем в настоящее время подобные проблемы в острой форме

ПЕТРОВ Валерий Сергеевич – к.м.н., засл. врач РФ, генеральный директор РБ №1-НЦМ МЗ РС(Я); **ПОПОВ Владимир Степанович** – засл. врач РФ, зам. генерального директора РБ №1-НЦМ МЗ РС(Я).

стоят перед отечественным и региональным здравоохранением [1, 3, 7].

Результаты анализа тенденций изменения медико-демографических показателей в стране свидетельствуют о существенном ухудшении состояния здоровья населения Российской Федерации.

В Послании Президента РФ Федеральному Собранию подчеркнуто, что по важнейшим показателям здоровья населения Россия уступает многим странам и характеризуется низким уровнем рождаемости ($10,2\text{‰}$), высоким уровнем смертности ($16,1\text{‰}$), отрицательным естественным приростом населения ($-6,1\text{‰}$) [9]. Аналогичные сравнительные данные по нашей республике за 2005 г. (на 1000 чел.) следующие: рождаемость – 14,3, смертность – 10,2, естественный прирост – 4,1. Согласно материалам Минздравсоцразвития, положительный естественный прирост населения зафиксирован в 2005 г. только в 16 субъектах Российской Федерации. Снижение числа родившихся отмечалось в 78 субъектах Российской Федерации и увеличение числа умерших – в 47 субъектах РФ [9].

В рамках Национального проекта для решения проблемы удовлетворения потребности населения в высокотехнологичных видах медицинской помощи планируется строительство федеральных центров высоких медицинских технологий в ряде субъектов Российской Федерации, способствующих с учетом достижений медицинской науки совершить прорыв отечественного здравоохранения в области высоких технологий.

Для населения Якутии, проживающего в экстремальных условиях Крайнего Севера с труднодоступностью отдельных районов, их обширностью и малонаселенностью, отдаленностью населенных пунктов друг от друга на огромные расстояния в сочетании с нерегулярным транспортным сообщением и отсутствием дорог, доступность медицинской помощи, в т.ч. специализированной, всегда являлась ключевым элементом социальных интересов народа. Кроме того, неблагоприятные медико-демографические тенденции в состоянии здоровья населения, слабая материально-техническая база, прогрессивное увеличение финансовых затрат на всевозрастающий поток пациентов, направляемых в центральные клиники страны на обследование и специализированные

виды лечения, являются факторами, способствующими развитию в республике высокотехнологичной медицинской помощи [14-16].

Именно поэтому еще в конце 80-х гг. XX в. задолго до масштабных социально-экономических реформ в стране руководством республики и Министерством здравоохранения Якутской АССР было принято стратегически важное решение о строительстве медицинского центра в г. Якутске. В этот период в тактическом плане правомерность такого решения была подтверждена постановлением Совета Министров СССР № 628 от 19.05.1988 г. «Об организации медицинских диагностических центров в стране» (приказ МЗ СССР №480 от 15.06.1988 г. и МЗ РСФСР № 241 от 11.08.1988 г.). 13 мая 1989 г. был подписан контракт о строительстве этого важнейшего объекта между Министерством здравоохранения ЯАССР (министр Местников И.И.), СП «Фарус» (генеральный директор Гребенкин Т.Я.) и австрийской фирмой «Polensky Zollner» (директор Рональд Кек). Соответствующее постановление Совета Министров Якутской АССР «О строительстве медицинского центра в городе Якутске» № 272 подписано 16 августа 1989 г. Становление нового центра проходило крайне сложно, не хватало опыта реализации таких масштабных проектов, отсутствовали необходимые специалисты. Всё делалось на абсолютно пустом месте, что требовало небывалой энергии и энтузиазма не только строителей, но и консультантов, таких как профессор Астафьев В.И., организаторов здравоохранения, руководителей отрасли тех лет Егорова Б.А., Яковлева П.Н., директора Центра и в настоящее время министра здравоохранения РС (Я) Александрова В.Л.

Залогом успешного решения этой задачи является строительство и ввод в эксплуатацию в 1992 г. первой очереди медицинского комплекса – Якутского клиничко-диагностического центра (ЯКДЦ) с многопрофильным стационаром на 230 коек и пансионатом на 200 мест. Это дата официального становления Центра и фактического начала его истории. Ввод в эксплуатацию ЯКДЦ послужил существенным толчком к развитию современных прогрессивных медицинских технологий, впервые в регионе были освоены и внедрены в повседневную практику следующие методики: компьютерная томография, магнитно-резонансная томография.

Были освоены и внедрены методики цифровой R-графии и цифрового просвечивания, компьютерной системы передачи архивирования и обработки изображения – PACS (зав. отделом лучевой диагностики Баранов В.А.). В базе данных этой системы накоплены более 1,5 млн. изображений, полученных при исследовании около 50 тыс. пациентов, обеспечивается возможность дополнительного наблюдения. Освоены и внедрены ультразвуковая диагностика с использованием цветного доплеровского картирования и энергетического доплера, методы функциональной диагностики сердечно-сосудистой, респираторной и гастроэнтерологической патологии, современные методы эндоскопической диагностики, позволяющие выявлять ранние стадии тяжёлых заболеваний и предупреждать их осложнения.

В нейрохирургическом отделении КДЦ (Семенов П.Н., Контогоров И.И.) освоен практически весь спектр оперативных вмешательств, применяемых на современном уровне. В отделении эндоскопической и абдоминальной хирургии (Петров В.С.) впервые в Якутии освоен и внедрен широкий спектр миниинвазивных лапароскопических операций на органах брюшной полости. По лечению желчнокаменной болезни лапароскопическим методом это отделение имеет наибольший опыт в стране, что неоднократно отмечалось на съезде эндоскопических хирургов России. Ежегодно в отделении по этой методике проводится более 900 операций. В отделении сосудистой хирургии (Захаров П.И.) были освоены практически все методики операций на магистральных сосудах, артериях, венах и на аорте. Успешно применялся метод литотрипсии при мочекаменной болезни. В связи с этим значительно уменьшилось число пациентов, направляемых на специализированное лечение за пределы республики.

Дальнейшее развитие медицинского комплекса диктовалось необходимостью решения проблем, направленных на совершенствование лечебно-профилактической помощи женщинам и детям республики. Этот период характеризуется реализацией трёх базисных документов: 1) Распоряжение Президента Республики Саха (Якутия) М.Е. Николаева от 2 января 1992 г. №3-РП «О строительстве Центра охраны материнства и детства в г. Якутске»; 2) Указ Президента Республики Саха (Якутия) М.Е. Николаева от

30 июля 1993 г. № 496 «О создании Национального центра медицины»; 3) Постановление Правительства Республики Саха (Якутия) от 24 июля 1997 г. № 274 «О мерах по реализации Указа Президента Республики Саха (Якутия) от 20 мая 1997 г. № 162 «О мерах по совершенствованию структуры управления Национального центра медицины»» [10].

В 1997 г. завершено строительство и ввод в эксплуатацию второй очереди комплекса – Центра охраны материнства и детства (ЦОМиД), на основе уже функционирующего ЯКДЦ, что сыграло решающую роль в решении проблем технологической поддержки, подготовки кадров, сервисного и инженерно-технического жизнеобеспечения крупнейшего объекта в условиях Крайнего Севера. Была окончательно завершена структурная реорганизация единого комплекса, что позволило сохранить специфику клинических направлений, управляемость многопрофильного комплекса. Удалось соединить в единый технологический процесс практически все виды медицинской помощи роженицам, новорожденным, детям и взрослым [11]. В этот период КДЦ был придан статус Республиканской консультативной поликлиники. С присоединением детской поликлиники была создана крупнейшая в республике амбулаторно-поликлиническая служба для взрослого и детского населения с единой мощной, параклинической службой, которая была представлена практически всеми видами современной диагностики.

Главной особенностью комплекса является его универсальность (многофункциональность), где под одной крышей в четырех разнопрофильных клиниках оказывается замкнутый цикл обследования и лечения пациентов на базе одного общей площадью 96000 м² комплекса, что позволяет отследить и поддержать здоровье человека с момента его рождения и на протяжении всей его жизни. Центр также отличается высокая специализированность служб в пределах одного комплекса, максимальное использование новых современных технологий, интенсификация лечебно-диагностического процесса, комфортные условия, созданные для больных и медицинского персонала, высокий профессионализм сотрудников Центра.

С открытием НЦМ как новой формы организации медицинской помощи населению для жителей республики

впервые появилась возможность получения медицинских услуг с применением новейших технологий диагностики и лечения болезней в пределах республики. Это позволило обеспечить новый качественный уровень оказания медицинской помощи населению за счет раннего выявления заболеваний и контроля эффективности лечебных воздействий. Результативность деятельности любого современного многопрофильного комплекса, с медицинской и экономической точек зрения, должна быть обеспечена внедрением современных организационных, диагностических и лечебных технологий с максимально эффективным использованием соответствующего оснащения и квалифицированного кадрового потенциала. Кроме того, перспективное развитие комплекса должно было идти по нескольким направлениям, которые диктовались необходимостью решения ряда проблем, направленных на совершенствование лечебно-профилактической помощи детям, беременным женщинам, новорожденным и взрослым с учетом региональной патологии, демографической ситуации, сложившейся потребности населения в больничной помощи.

В связи с этим в конце 1999 г. остро встали вопросы развития принципиально новых видов специализированной медицинской помощи с целью дальнейшего снижения потока больных, направляемых в центральные клиники страны, особенно по кардиохирургическому профилю. Одновременно прорабатывались вопросы профессиональной подготовки кардиохирургов из числа опытных сосудистых хирургов. Другим направлением для внедрения встал вопрос хирургического лечения больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности. Определенные надежды возлагались на внедрение, использование новых информационных систем и т.д. В результате достаточно быстро было разработано 6 региональных целевых программ развития в Центре инновационных технологий. К числу наиболее актуальных были определены следующие программы: «Эндоваскулярная сердечно-сосудистая хирургия»; «Кардиохирургическая помощь жителям Республики Саха (Якутия)»; «Трансплантация почки от родственного донора – при терминальной почечной недостаточности»; «Бесплодный брак: современные подходы к диагностике и лечению»; «Еди-

ная информационная система (ЕТС) отрасли здравоохранения РС (Я)»; «Замена изношенной медицинской техники и инженерных систем НЦМ».

Были определены цели программ, уточнены краткосрочные, среднесрочные и долгосрочные задачи, что дало возможность трезво оценить организационные и финансовые проблемы их реализации. На первый план выдвинулись вопросы подготовки квалифицированных кадров, так, только за 2000 г. целенаправленно по освоению передовых технологий по различным направлениям клинической медицины прошли обучение более 50 специалистов Центра в городах Москва, Санкт-Петербург, Омск, Хабаровск и за рубежом. В настоящем сообщении мы не ставили задачу осветить все достижения коллектива Центра за прошлые годы, это, практически, и невозможно, а хотели остановиться на основных, с нашей точки зрения, наиболее перспективных и значимых, как для Центра, так и для населения республики.

ВНЕДРЕНИЕ ВЫСОКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В КЛИНИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ

Программа №1. “Эндоваскулярная сердечно-сосудистая хирургия”

Работу современной многопрофильной клиники невозможно представить без динамично развивающегося в структуре НЦМ отдела лучевой диагностики (зав. отделом Баранов В.А., зав. рентгенхирургическим отделением Бугаев Г.Д.), в котором ежегодно производится более двух тысяч диагностических и минимально инвазивных хирургических вмешательств, обеспечивается техническая поддержка и система гарантированной безопасности пациентов.

Рентгенхирургия является базой для таких клинических направлений, как нейрохирургия, сосудистая хирургия, кардиология и кардиохирургия, интенсивная терапия и выхаживание послеоперационных пациентов. Актуальным и чрезвычайно перспективным направлением хирургии являются минимально инвазивные вмешательства (хирургические вмешательства с минимальным повреждением тканей). К ним относятся чрезкатетерные вмешательства в нейрохирургии (чрезсосудистая микрокатетерная нейрохирургия), сосудистой и кардиохирургии,

хирургии печени, почек и так называемая навигационная хирургия.

В январе 2001 г. группа авторов отдела лучевой диагностики КДЦ НЦМ Баранов В.А., Бугаев Т.Д., Кожевников А.А. представили проект научно-исследовательской работы «Эмболизационная терапия некоторых врожденных пороков сердца и сосудов. Транскатетерное закрытие артериального протока с использованием современных систем эмболизации». Представленный авторами проект являлся чрезвычайно актуальным: в нашей республике ежегодно выявляются до 40 детей с этой патологией. Предлагаемая к разработке и внедрению методика чрезсосудистого закрытия открытого артериального протока при ВПС у детей этими же авторами внедрена в практику.

Освоенная методика относится к разделу интенсивно развивающихся перспективных технологий минимально инвазивной хирургии, которые в последнее время приобретают широкое распространение в нейрохирургии, сердечно-сосудистой хирургии и хирургии органов брюшной полости. Нетравматичность метода, невысокий риск при вмешательствах позволили производить закрытие протока в ранние сроки, обеспечить рациональный, дифференцированный подход в системе лечения сердечно-сосудистых заболеваний в кардиологии и кардиохирургии, при этом невысокая стоимость разовых инструментов, короткие сроки госпитализации и реабилитации позволили сэкономить значительные средства.

С января 2001 г. методом эндоваскулярной чрезкатетерной эмболизации открытого артериального протока при ВПС успешно прооперировано 143 маленьких пациента. С июня 2001 г. освоена пункционная биопсия почек и паренхиматозных органов для цитогистологической верификации. За 5 лет выполнено 188 нефробиопсий. С 2002 г. – эндоваскулярная чрезкатетерная эмболизация аневризм и артерио-венозных мальформаций сосудов головного мозга, каротидно-кавернозных соустьев. За 5 лет выполнено 40 операций. С сентября 2005 г. – ангиопластика и стентирование коронарных артерий сердца. За 2 года выполнено 36 стентирований и 22 баллонных ангиопластики коронарных артерий. За период с 2000 по 2006 г. произведено 1200 коронарографий.

Программа №2. «Кардиохирургическая помощь жителям Республики Саха (Якутия)»

По данным ВНОК, за последние 15 лет смертность от болезней системы кровообращения (БСК) выросла в нашей стране в 1,5 раза и уже в 3 раза превышает средние европейские показатели. БСК являются главной причиной сокращения населения нашей страны, причём в последние годы наблюдается тенденция к омоложению ишемической болезни сердца, острого инфаркта миокарда [34]. По литературным данным, в Российской Федерации на долю БСК приходится 55% общей смертности, около 25% среди причин смерти в трудоспособном возрасте, 48,8% – инвалидности, 14,1% общей заболеваемости среди взрослого населения [24-26, 28, 33].

Болезни системы кровообращения в целом по стране и Республике Саха (Якутия) являются одной из важнейших медико-социальных проблем. На диспансерном учёте по поводу болезней системы кровообращения состоят более 36 тыс. чел. населения республики. В 2005 г. впервые признано инвалидами 1670 чел. в возрасте 18 лет и старше, что на 30,5% больше, чем предыдущем году (в 2004 г. – 1280). По предварительным данным ТО ФСГС по РС (Я), в структуре причин общей смертности населения на долю БСК приходится 45,8% [27]. Из года в год в целом по стране и нашей республике продолжает увеличиваться контингент больных, нуждающихся в кардиохирургических видах лечения. По литературным данным, объём кардиохирургической помощи населению в нашей стране не превышает 20 % от необходимого, в среднем на 1000000 населения выполняется 40,3 опера-

ции за год с искусственным кровообращением (в странах Западной Европы – 484, в США – 1620) [24].

В декабре 1999 г. в г. Якутске проходил XIV съезд медицинских работников и общественности республики, где приняли участие президент республики М.Е. Николаев, министр здравоохранения Российской Федерации Ю.Л. Шевченко. В своём выступлении президент обратил внимание на распространённость сердечно-сосудистых заболеваний среди населения, на большое количество больных, выезжающих на специализированное лечение за пределы республики. И поставил задачу перед Министерством здравоохранения РС(Я), коллективом Центра – используя солидный фундамент интеграции науки, практики и новейших технологий, в течение одного года освоить и внедрить кардиохирургические методы лечения на базе НЦМ.

Как коллектив Центра справился с этой задачей, с чьей помощью и кто какой вклад внес в организацию и внедрение технологии кардиохирургических операций в РБ №1-НЦМ мы подробно освещали в «ЯМЖ» №1 за 2006 г. Дополним только, что за последние 5 лет (2002-2006 гг.) отделение кардиохирургии РБ №1-НЦМ по количеству операций с применением АИК вышло на первое место в Дальневосточном федеральном округе, оставив за собой кардиохирургические центры городов Владивосток, Хабаровск, Благовещенск и Чита (табл.1).

Таким образом, с 2000 г. в кардиохирургическом отделении НЦМ было выполнено 2203 операции, из них на сердце – 1532 взрослым и 362 детям, в том числе 667 в условиях искусственного кровообращения.

Таблица 1

Сведения о проведенных операциях в кардиохирургическом отделении РБ №1-НЦМ

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Всего
Всего операций	74	324	398	354	303	389	361	2203
Операции на сердце, в т.ч. детям	74	225 24	228 45	251 56	232 70	294 93	228 74	1532 362
На открытом сердце, в т.ч. детям	9	69 18	90 20	138 24	143 61	175 46	149 54	773 223
С искусственным кровообращением, в т.ч. детям	7	55 8	77 17	121 23	126 51	155 31	126 40	667 170
Коррекция ВПС, в т.ч. детям	3	47 24	65 41	73 56	87 65	101 82	92 73	486 341
Коррекция ППС, в т.ч. детям	6	20	34 1	60	37	62 1	37	256 2
При нарушении ритма	25	31	46	68	65	35	43	313
По поводу ИБС, из них АКШ		14 10	14 14	44 29	34 10	91 33	74 34	271 130

По этому поводу в газете «Медицинский вестник» (апрель, 2003 г.) написано: «Следует отметить несомненные успехи коллег во Владивостоке, Благовещенске и особенно Якутске, где в Национальном центре медицины за относительно короткий срок пройден путь от внедрения до постановки на поток значительного объема операций на сердце и сосудах».

Среди основных трудностей становления кардиохирургической службы в Республике Саха (Якутия) следует выделить: отсутствие во многих улусных больницах специалистов-кардиологов, в результате чего основная масса больных с сердечно-сосудистой патологией поступает в крайне запущенном состоянии (после инфаркта миокарда, с 2- и 3-клапанными поражениями сердца и т.д.); отсутствие реабилитационных центров, профилакториев для больных после кардиохирургических операций, что создаёт опасность развития осложнений в отдалённом послеоперационном периоде у оперированных больных; выделяемые бюджетные средства в настоящее время не в состоянии обеспечить стабильное полноценное финансирование всех пациентов с кардиологической патологией, нуждающихся в оперативном лечении по жизненным показаниям (по статистическим данным, количество нуждающихся в операции по поводу заболевания сердца в РС (Я) около 1000 чел. в год) ввиду их высокой затратности.

В целях решения этих и других проблем, являющихся первоочередными, необходимо:

- внедрение целевого финансирования кардиохирургических операций отдельной строкой в виде госзаказа;
- создание реабилитационных центров для кардиохирургических больных путём перепрофилирования существующих профилакториев, обеспечив соответствующим оборудованием, аппаратурой и специалистами;
- подготовка и усовершенствование специалистов по кардиохирургии в ведущих клиниках РФ и зарубежных стран;
- создание сети кардиологических кабинетов в улусных больницах, поликлиниках городов РС (Я);
- строительство кардиоцентра в РС (Я).

Таким образом, с нашей точки зрения, за период с 2000 по 2006 г., несмотря на крайне низкое, нерегулярное финансирование и значительную

стоимость медицинских услуг в этой области, достигнуто динамичное развитие кардиохирургической помощи при сохранении ее доступности населению, включая детей до 3 лет.

Подводя итог анализу развития кардиохирургии в Республике Саха (Якутия), необходимо отметить следующее:

1. Становление и развитие кардиохирургии в РС (Я) является плодом усилий многих поколений врачей и учёных республики, действенной помощи Министерства здравоохранения Российской Федерации, российских кардиохирургических центров и клиник.

2. Впервые в республике на базе РБ№1-НЦМ организована кардиохирургическая служба. Создана ресурсная база для проведения кардиохирургических операций по поводу врождённых и приобретённых пороков, ишемической болезни сердца взрослому и детскому контингенту, чрезкатетерного закрытия артериального протока у детей. Внедрение кардиохирургии значительно снизило количество больных, направляемых на лечение за пределы республики.

3. Успешному внедрению республиканской целевой программы «Кардиохирургия» способствовали правильно выбранные приоритеты, которые были понятны всем её исполнителям. Программа была поддержана на уровне Президента и Правительства РС (Я), Министерства здравоохранения республики, что способствовало её эффективной реализации. Катализирующая роль в разработке, становлении и выполнении программы принадлежит коллективу РБ№1-НЦМ.

Программа №3. «Трансплантация почки от родственного донора – при терминальной почечной недостаточности»

Ход реализации республиканской программы «Пересадка родственной почки при ХПН» и её первые результаты были нами освещены в статье «Пятилетний опыт трансплантации родственной почки в РБ №1 – Национальном центре медицины» («ЯМЖ», 2006. – №1. – С.53-55).

В рамках реализации данной программы совместно с российскими коллегами летом 2004 г. в КЦ РБ№1-НЦМ открыт филиал НИИ трансплантологии и искусственных органов МЗ РФ.

К настоящему времени пересадка родственной почки проведена 37

больным, среди которых 16 мужчин и 21 женщина, больные в возрасте до 20 лет – 2 чел., до 30 – 16, до 40 – 9, до 50 – 7, старше 50 – 3 чел. (рис. 1, 2).

Донорами были 20 мужчин и 17 женщин. Родственные отношения к реципиентам: отец – 5 чел., мать – 7, брат – 15, сестра – 10. При отборе доноров-женщин кроме других показателей учитывался детородный возраст как относительное противопоказание к нефроэктомию. Наблюдение за донорами проводится постоянно врачами по месту жительства, каких-либо осложнений пока не отмечено.

Таким образом, впервые в истории развития здравоохранения Республики Саха (Якутия) на базе РБ№1-НЦМ РС(Я) организована трансплантационная служба. Создана ресурсная база для проведения трансплантации родственной почки по поводу ТХПН. При этом по мере накопления опыта необходимо выработать алгоритм отбора пары донор-реципиент, режима иммунодепрессии, профилактики послеоперационных осложнений. В последующем, при решении юридических моментов, возможна организация пересадки трупной почки. Необходимо подчеркнуть и научное значение пересадки родственной почки, которое заключается в дальнейшей разработке проблем трансплантологии, выбора доноров, режима иммуносупрессии и т.д. Практическое значение освоения пересадки родственной почки в РБ№1-НЦМ трудно переоценить. Это:

- решение проблемы дефицита донорских органов;

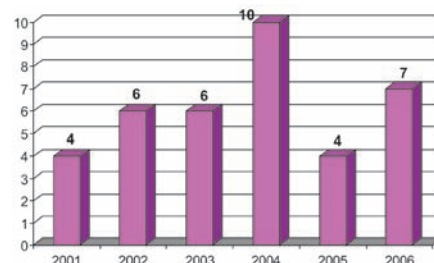


Рис.1. Количество трансплантаций почки

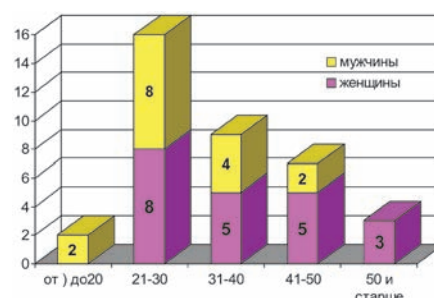


Рис.2. Распределение реципиентов по полу и возрасту (2005 г.)

- отсутствие длительного периода ожидания донорского органа;
- возможность выбора оптимального периода для трансплантации;
- возможность выполнения трансплантации до начала заместительной терапии;
- менее агрессивные режимы иммуносупрессии;
- более предсказуемая и устойчивая ранняя функция трансплантата;
- лучшие краткосрочные результаты (примерно 95% против 85% при оценке годичной выживаемости трансплантантов) по данным НИИТиО;
- лучшие отдаленные результаты (время полужизни трансплантантов 16,5-41,7 лет);
- освобождение места для диализного лечения других пациентов с ТХПН;
- экономия средств здравоохранения.

В заключение хочется сказать, что в республике назрела насущная необходимость открытия отделения нефрологии, самостоятельного диализного центра, а на базе отделения хронического гемодиализа РБН-1-НЦМ МЗ РС(Я) – организации отделения пересадки почки.

Программа №4. “Бесплодный брак: современные подходы к диагностике и лечению”

Бесплодный брак, как в нашей стране, так и за рубежом, остаётся одной из важнейших медицинских, социальных и общественных проблем. По данным ВОЗ, частота бесплодного брака составляет 10-15% от числа супружеских пар и не имеет тенденции к снижению. 1 сентября 1998 г. впервые в нашей республике в составе Центра охраны материнства и детства открылась консультация по репродукции человека (Филиппова Р.Д.). Основными задачами вновь созданной консультации являлось оказание высококвалифицированной специализированной, консультативно-диагностической и лечебной помощи населению республики по вопросам репродуктивного здоровья: проблемам бесплодного брака, невынашивания беременности и нарушениям менструального цикла. За эти годы на консультативный прием обратилось 2498 бесплодных пар, из них благодаря упорному труду медиков удалось добиться положительного результата у 503 пар, что составило 20,3%.

Беременность наступила после комплексных методов лечения: противовоспалительных, хирургических, гормональных, а также методов вспомогательной репродукции – искусственная инсеминация спермой мужа (ИИСМ) или донора (ИИСД) и экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО). С 2002 г. начата работа по внедрению методики экстракорпорального оплодотворения. Подготовлены и обучены кадры. За эти годы проведена кропотливая работа по отработке всех сложных звеньев получения живых клеток, их слияния, получения новой клетки и её имплантации в полость матки.

Всего проведено 59 подсадов оплодотворенной яйцеклетки в полость матки, из них 2 положительных результата. 2 декабря 2004 г. родился первый «пробирочный» ребёнок, мальчик весом 2430,0, рост 47 см. Благодаря поддержке правительства республики, МЗ РС(Я), в Национальном центре медицины продолжаются работы по дальнейшему внедрению высокотехнологичных методов лечения бесплодного брака. В 2003 г. в лаборатории консультации по репродукции человека внедрена методика криоконсервации спермы. Ежегодно возрастает количество наступивших беременностей, которые заканчиваются срочными родами, благодаря современным методам лечения и ведения беременных в Перинатальном центре.

Программа №5. “Использование новых информационных технологий в отрасли здравоохранения”

Телемедицина

На сегодняшний день телемедицина является одной из самых передовых медицинских информационных технологий и представляет собой прикладное направление медицинской науки, связанное с разработкой и применением на практике методов дистанционного оказания медицинской помощи и обмена специализированной информацией на базе использования современных телекоммуникационных технологий. Методы телемедицины активно разрабатываются и развиваются в ведущих странах мира и у нас в стране [12, 17, 18].

На повестку дня был поставлен вопрос о более широком внедрении достижений телемедицины и в российском здравоохранении. Именно в условиях Крайнего Севера в Республике Саха (Якутия) телемедицина может в

полном объеме проявить своё свойство – географичность, обеспечить независимость организации оказания медицинской помощи от климатических условий арктического региона и стать доступной для жителей отдалённых сельских посёлков. Первые шаги в этом направлении были сделаны в Якутии ещё в 1999 г., когда инициативной группой специалистов Национального центра медицины началась работа по изучению мирового опыта развития телемедицины, были обобщены факторы и предпосылки создания телемедицины в РС(Я). В сентябре 1999 г. создана рабочая группа МЗ РС(Я) по внедрению информационных технологий и телемедицины в здравоохранение РС(Я). В декабре определён Координационный совет по информационным технологиям, разработана программа создания Единой информационной системы, уточнены этапы внедрения её в систему управления здравоохранением республики (Томский М.И., Николаев М.Х.). Проведена большая организационная и практическая работа по вопросам развития телемедицины на уровне министерств и правительства республики, ГП «Сахателеком» по обеспечению цифровыми линиями связи республиканских ЛПУ и дальнейшему расширению сети цифровых линий в улусы республики до центральных улусных больниц.

В начале 2000 г. впервые в РС(Я) в нашем Центре открыт отдел телемедицины отрасли здравоохранения республики. На средства фонда реформирования отрасли здравоохранения РС(Я) было приобретено новейшее телемедицинское оборудование, налажены три линии скоростных цифровых каналов связи (ISDN), позволяющих проводить видеоконференции – возможность визуального общения в реальном времени, с одновременным подключением к сеансу видеосвязи нескольких абонентов.

Первая видеоконференция Якутск-Москва была организована 25 января 2000 г. с НЦ сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева, НИИ педиатрии и детской хирургии, проведены первые телемедицинские консультации пациентов с демонстрацией динамической коронарографии и других медицинских изображений.

2000-й год для НЦМ и в целом для отрасли здравоохранения был годом больших перемен и событий. Одно из самых важных событий – это прове-

дение совместной выездной коллегии Минздрава РФ и Правительства Республики Саха (Якутия) в г. Якутске. На повестке дня были два ключевых вопроса: меры по борьбе с туберкулезом и подготовка кадров для отрасли здравоохранения РС (Я). Примечательно, что впервые в республике специалистами отдела телемедицины НЦМ был обеспечен прямой видеодialog между Овальным залом Дома Правительства РС (Я) и залом коллегий Минздрава России, где каждый участник получил возможность визуально обсуждать вопросы коллегии в реальном времени, находясь на разных концах огромной страны.

На следующий день в большом актовом зале НЦМ проходил актив медработников республики, куда из операционной транслировались первые в республике кардиохирургические операции, а также по видеоконференцсвязи в Научный центр ССХ им А.Н. Бакулева и ЛПУ республики. В последующем была создана внутриклиническая видеосеть, позволяющая показывать ход операций непосредственно из операционных на экраны актовых залов центра. В числе первых субъектов Федерации мы реализовали проект «Телемедицина», наши достижения в этой области отмечены Минздравом РФ.

С того времени начала реализовываться на практике телемедицинская сеть РС (Я). За это время были созданы и оснащены телемедицинские пункты в РБ №2-Центре экстренной медицинской помощи, больнице Минздрава №1 и, самое главное, в центральных улусных больницах Хангаласского (г. Покровск), Мегино-Кангаласского (с. Майя), Верхоянского (п. Батагай), Булунского (с. Тикси) и Оленёкского (с. Оленёк) улусов. За эти годы налажено сотрудничество с более 50 медицинскими учреждениями, организациями России и зарубежья, принято участие в российских и международных конференциях по развитию телемедицины, накоплен значительный практический опыт. На основе материала практической и научно-исследовательской работы отдела телемедицины НЦМ защищена диссертационная работа в Центральном НИИ организации здравоохранения.

За период с 2000 по 2006 г. организованы и проведены в плановом и экстренном порядке телемедицинские консультации 419 больных, в том числе 226 детей в клиниках г. Моск-

вы, НИИ страны, а также зарубежья. Реальная экономия средств бюджета здравоохранения и больных граждан составляет более 20 млн. руб.

Внедрена технология телеобучения – для врачей республики организованы и прочитаны 108 видеолекций академиками и профессорами НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева, НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, НИИ кардиологии им. А.Л. Мясникова, НИИ педиатрии и детской хирургии, Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ, Медицинского центра Управления делами Президента РФ, Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, НИИ глазных болезней, Наркологического центра г. Москва, Центра планирования семьи г. Москва и другими. Новейший материал видеолекций ведущих учёных медиков заслушали около 1000 врачей. Обучаются технологиям телемедицины врачи и студенты медицины.

Проведено более 200 видеоконференций республиканского уровня с ведущими научными и медицинскими учреждениями России, в т.ч. в регионах, по вопросам здравоохранения, страховой медицины, телемедицины и т.д.

Организовано 23 международных научно-практические видеоконференции с коллегами из 15 городов Швеции, Австрии, Норвегии, США, Австралии и Японии. С зарубежными коллегами налажены отношения сотрудничества. При непосредственном участии отдела телемедицины НЦМ с 2004 г. начат совместный международный телемедицинский проект между Минздравом РС (Я) и Консорциумом здравоохранения коренных народов Аляски (США), закреплённый меморандумом о сотрудничестве.

В 2006 г. МЗ РС (Я) при помощи наших специалистов разработана республиканская целевая подпрограмма «Внедрение телемедицинских технологий в практическое здравоохранение на 2007-2011 годы» с целью создания высокотехнологичного уровня здравоохранения, обеспечения прав населения на доступную высококачественную медицинскую помощь, достижения качественно нового уровня управления здравоохранением РС (Я).

Клиническая информационная система

Серверные системы Центра обеспечивают связь с внешним миром

посредством глобальной сети Интернет, предоставляя доступ к Интернет-сайтам НЦМ, а также эти сервера поддерживают работу информационных систем и баз данных Центра. Первой клинической информационной системой (КИС), внедрённой в Центре, была система «PATIDOK», к 2002 г. она полностью исчерпала свой ресурс. В настоящее время в нашем Центре внедрены и используются комплексные информационные системы «ИНТЕРИН», «ПУЛЬС», «ILIMS». Программный комплекс «Пульс» внедрён с 2000 г. и предназначен для автоматизации деятельности регистратуры детской поликлиники (статистика и учёт пациентов по системе ОМС).

В 2002 г. разработка и развитие технологии «ИНТЕРИН» дали возможность создания медицинской информационной системы (МИС). Проект и МИС получили название КИС НЦМ (Институт программных систем РАН, г. Переяславль-Залесский). Первая очередь этой системы обеспечивает автоматизацию работы регистратуры КДЦ и внедрена во всех отделениях КЦ и КДЦ. Внедрённый комплекс программ позволяет значительно ускорить работу врачей по ведению клинической документации (компьютерная история болезни), а также упорядочить и оптимизировать бумажный документооборот.

Одновременно с развитием технологии отрабатывались способы и приемы интеграции систем, основанные на технологиях «ИНТЕРИН» с программным обеспечением поставщиков производителей. В частности, была выбрана установка лабораторной информационной системы (ЛИС) «ILIMS» компании Ilex Medical (Израиль); внедрение и интеграция проведены совместно с фирмой «Акросс-Инженеринг». Основной задачей и критерием оценки деятельности любой лаборатории является не количество проведенных анализов, а качество воспроизведенной лабораторно-диагностической информации. На первом этапе была реализована интеграция связи ЛИС ILIMS с комплексной информационной системой НЦМ «ИНТЕРИН», что позволило автоматизировать работу отделов биохимии, гормонов, иммунологии, бактериологической лаборатории, где проводится наибольший объем исследований. Таким образом, к системе ILIMS были подключены 18 рабочих станций, сервер и 12 анализаторов [19-23].

Интернет-технологии

Все отделения центра получили выход в Интернет. Организован веб-сервер отрасли здравоохранения. Созданы сайты Министерства здравоохранения и учреждений. Открыт сайт «Здоровье» для пропаганды здорового образа жизни.

Программа №6. «Замена изношенной медицинской техники и инженерных систем НЦМ»

В начале 2000 г. на первый план вышли проблемы технического состояния НЦМ. Медицинская аппаратура и инженерные системы, эксплуатирующиеся в ЯКДЦ с 1992 г., в подавляющем большинстве выработали свой ресурс и в условиях дефицита запчастей и финансовых средств на их закупку работали с нарастающим числом отказов, приводящих к аварийности, остановкам. Несвоевременное решение неотложных проблем могло привести к остановке или резкому снижению надёжности и производительности базовых медицинских технологий (аптека, центральная стерилизационная, отделения с использованием ведущих диагностических и лечебных технологий – эндоскопия, интенсивная терапия, реанимация и анестезиология, операционный блок, лучевая диагностика и т.д.), а также к остановке сложившейся в республике системы оказания специализированной медицинской помощи.

Таким образом, данные обстоятельства явились побудительным моментом для организации специальной межведомственной правительственной комиссии, созданной распоряжением правительства республики от 12 мая 2000 г. №723р, по оценке технического состояния парка оборудования и инженерных систем НЦМ. По заключению комиссии, износ оборудования и инженерных сетей в ЯКДЦ составил 84%.

23 марта 2001 г. было подписано постановление Правительства РС (Я) № 172 «Об утверждении целевой программы «Замена изношенной медицинской техники и оборудования инженерных систем НЦМ МЗ РС (Я) на 2001-2004 годы» и её поэтапном финансировании». Согласно постановлению общий объём финансирования составил 371 035 104 руб. Благодаря поддержке правительства нам удалось получить необходимые средства на решения неотложных проблем по

закупке медицинской техники и инженерного оборудования.

Таким образом, произведена полная замена эндоскопического оборудования, частично заменено оборудование для проведения хронического гемодиализа (три аппарата «Фрезениус»), закуплено оборудование для прачечной и запчасти для инженерных систем. Заметным событием стали закупка, доставка и монтаж нового компьютерного томографа «Somatom Sensation-4».

Благодаря деятельной поддержке Министерства здравоохранения и правительства республики в декабре 2004 г. был приобретен и установлен биплановый универсальный ангиограф фирмы «Siemens» «Axiom Artis BA». В 2005 г. приобретена и установлена мультidetекторная гамма-камера «Е «СAM». В 2007 г. будет введена в эксплуатацию третья по счёту в НЦМ новая разработка известной фирмы «Siemens» магнитный резонатор «Magnetom Avanto» 1,5 Т.

Благодаря большой поддержке и помощи Фонда будущих поколений (исполнительный директор Борисова С.М.) дважды приобретён солидный перечень остро необходимого импортного оборудования для Перинатального, Педиатрического и Консультативно-диагностического центров.

Реализация приведенных выше программ оказалась состоятельной благодаря кропотливому труду всего коллектива НЦМ, директоров клиник, заведующих структурными подразделениями и врачей при активном участии министра здравоохранения тех лет Егорова Ивана Яковлевича.

К 2000 г. основные объёмы медицинской помощи – число пролеченных больных, количество посещений поликлиник и показателей по койко-дням – стабилизировались. С целью развития и упорядочения внебюджетной деятельности был организован отдел платных услуг на хозрасчётной основе.

В 2001 г. произошли существенные изменения в организационной структуре Центра. В связи с приведением статуса НЦМ в соответствие с номенклатурой учреждений здравоохранения РФ, нашему Центру постановлением Правительства РС (Я) № 179 от 2001 г. придан статус Республиканской больницы

№1-НЦМ. Это несомненно сыграло определённую положительную роль в уточнении статуса НЦМ в структуре учреждений здравоохранения республики.

В июне 2001 г. путём реорганизации в составе ЦОМид организованы 2 самостоятельных центра: Педиатрический на 312 коек и Перинатальный на 170 коек. Был реализован организационный проект открытия в составе Педиатрического центра новых специализированных детских отделений кардиоревматологии, пульмонологии, нефрологии, урологии, онкогематологии. Открыты два принципиально новых отделения: психоневрологическое для детей до 1 года на 15 коек и 10 коек в приёмно-диагностическом отделении. В состав детского ЛОР отделения переведены 10 детских коек челюстно-лицевого профиля из РБ №2-РЦЭМП. Открытия данных отделений проводилось за счёт внутренних штатных резервов, без выделения дополнительных штатов.

Создание Перинатального центра позволило максимально сконцентрировать беременных и новорожденных «высокого перинатального риска» и объединить усилия, направленные на оптимизацию показателей перинатального здоровья, совершенствования перинатальной помощи. Из КДЦ в Перинатальный центр были переданы специализированные консультативные подразделения (женская консультация, медико-генетическая консультация, консультация репродукции человека).

Наиболее быстрыми темпами коечная сеть Центра развивалась в 1988-2003 гг. За этот период она достигла максимальной мощности – 762 койки (рис.3).

В 2003 г. в КДЦ была открыта хозрасчётная поликлиника. В 2005 г. постановлением Правительства РС (Я) филиал Центра – Хатасский центр

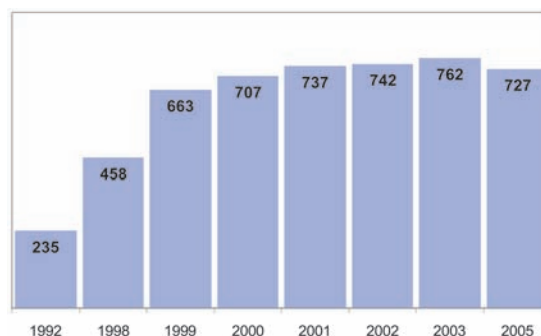


Рис. 3. Коечный фонд РБ №1-НЦМ

**Генеральный директор
Аппарат управления**

Консультативно-диагностический центр	Клинический центр (245 коек)	Педиатрический центр (312 коек)	Перинатальный центр (170 коек)
Орг.-метод. отдел <i>Поликлинические подразделения</i> клинико-консультативный отдел детский ККО Отделения: офтальмологическое клинической иммунологии профилактики стоматологическое Республ. сурдологопед. центр <i>Параклинические подразделения</i> отдел клинико-лабор. диагностики лучевой диагностики функциональн. диагностики эндоскопии патоморфологии Фельдшерский пункт <i>Дневной стационар</i> ДККО – 3 койки отделение профилактики – 3 койки офтальмологическое – 10 коек	Орг.-метод. отдел Приемный пункт <i>Терапевтический отдел, отделения</i> кардиологии – 25 хр.гемодиализа – 25 терапии – 25 гематологии – 20 <i>Хирургический отдел, отделения</i> нейрохирургии – 25 хирургическое №1 – 25 хирургическое №2 – 25 сосудистой хирургии – 25 кардиохирургическое – 25 урологии – 25 <i>Кроме того:</i> ИТАР – 18 ИТАР кардиохирургии – 6 Оперблок Экспресс-лаборатория	– Орг.-метод. отдел – Общеклинический персонал Отделения гастроэнтерологическое – 20 нефрологическое – 20 приемно-диагностическое – 5 онкогематологическое – 20 психоневрологическое – 30 эндокринологическое – 17 травматолого-ортопедическое – 30 общехирургическое – 20 гнойной хирургии – 20 нейрохирургическое – 20 лор – 35 кардиоревматологическое – 20 урологии – 20 пульмонологическое – 20 психоневрологии раннего возраста – 15 <i>Кроме того:</i> ИТАР педиатрии – 12 операционный блок отд. гравитационной хирургии крови	Орг.-метод. отдел приемное отд. акушерства и гинекологии приемное отделение неонатологии приемное отделение – инфекционное <i>Поликлинические подразделения:</i> женский клинико-консультативный отдел консультация по репродукции человека медико-генетическая консультация <i>Стационарные отделения:</i> патологии беременных – 40 послеродовое – 40 гинекологии – 30 патологии новорожденных – 20 выхаживания недоношенных – 20 инфекционное – 20 <i>Кроме того:</i> ИТАР новорожденных – 6 ИТАР акушерства и гинекологии – 10 родовой блок с отд. новорожденных – 40 оперблок акушерства отд. гипербарической оксигенации дневные стационары: ЖККО – 3 МГК – 2
	Сервисные службы		Технические службы

Рис.4. Структура РБ № 1 – НЦМ. Коечный фонд НЦМ – 727 коек, из них 26 дневных

реабилитации и традиционных методов лечения на 35 коек был передан в муниципальную собственность г. Якутска, соответственно коечный фонд Центра сократился до 727 коек.

Таким образом, в настоящее время в РБ №1-НЦМ развёрнуто 37 высокоспециализированных клинических отделений на 727 коек, из них 325 хирургических, 322 – соматических и 80 акушерских, пять отделений реанимации на 52 койки, дневной стационар на 26 коек.

Основу структуры комплекса составляют 6 крупных самостоятельных, функционально связанных между собой подразделений (рис.4).

1. Консультативно-диагностический центр (КДЦ) – обеспечивает специализированную консультативно-диагностическую помощь населению с применением высоких медицинских технологий на 922 посещения в день (является преемником Республиканской консультативной поликлиники), имеет в своём составе более 15 диагностических подразделений, объединённых в единую параклиническую службу Центра.

2. Клинический центр (КЦ) – многопрофильный стационар на 245 коек, оказывает плановую высокоспециализированную помощь взрослому контингенту больных.

3. Педиатрический центр – многопрофильная детская клиника на 312 коек. Оказывает экстренную и плановую высокоспециализированную помощь детскому населению республики, (является преемницей Детской республиканской больницы и одновременно выполняет функции больницы скорой медицинской помощи). Имеет в своём составе консультативную поликлинику на 372 посещения в день.

4. Перинатальный центр (ПНЦ) – клиника на 170 коек, обеспечивает высокоспециализированную медицинскую помощь беременным женщинам и новорождённым. Имеет в своём составе следующие поликлинические отделения: женская консультация, консультация по репродукции человека, медико-генетическая консультация.

5. Технический центр (ТЦ) – обеспечивает эксплуатацию и обслуживание жизненно важных инженерно-технических систем, оборудования и аппаратуры.

6. Сервисный центр – основной задачей является материальное обеспечение структурных подразделений РБ №1-НЦМ.

Работа этих структурных подразделений является масштабной по форме и многогранной по содержанию. В Перинатальном центре медицинская помощь оказывается женщинам и новорожденным всей республики с тяжёлой акушерской и экстрагенитальной патологией. В 60% случаев из улусов поступают женщины и новорожденные в тяжёлом и крайне тяжёлом состоянии.

Значение стационарной помощи клиник Центра остаётся традиционно высокой, востребованной и наиболее ресурсоёмкой, на неё выделяется не более 65-70% необходимых средств. Ежегодно в клинических подразделениях Центра получают специализированную стационарную помощь более 18000 пациентов, в том числе дети до 17 лет – 10034 чел. и до года – 2092. 46% детей поступают в Педиатрический центр в экстренном порядке. Доля улусных пациентов среди выписанных больных составляет 43,1%, в том числе сельских 32,0% (рис.5, табл.2,3).

Таблица 2

Состав пролеченных стационарных больных по улусам в РБ№1-НЦ

Улус	РБ №1-НЦМ		Клинический центр		Педиатрический центр		Перинатальный центр	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
1. Абыйский	101	106	44	53	31	36	23	17
2. Алданский	200	194	83	107	98	77	16	10
3. Аллаиховский	91	61	38	26	29	21	22	14
4. Амгинский	267	330	97	121	111	137	52	64
5. Анабарский	72	90	20	24	22	34	29	31
6. Булунский	95	105	42	50	51	38	1	17
7. В-вилюйский	327	330	102	118	143	125	63	79
8. В-колымский	69	54	37	33	22	17	10	4
9. Верхоянский	200	166	62	63	91	67	44	35
10. Вилуйский	357	363	126	157	148	145	66	58
11. Горный	276	263	46	60	120	100	99	100
12. Жиганский	72	99	17	34	28	39	17	24
13. Кобяйский	255	276	82	110	111	110	59	55
14. Ленский	192	184	104	112	69	58	11	14
15. М-Кангаласский	643	704	202	243	295	301	131	152
16. Мирнинский	262	203	111	52	120	103	31	45
17. Момский	121	126	36	82	51	27	33	17
18. Намский	530	499	130	133	230	261	149	99
19. Нерюнгринский	180	145	83	67	85	66	12	12
20. Н-Колымский	71	68	34	39	21	23	12	6
21. Нюрбинский	397	441	152	150	164	164	70	121
22. Олекминский	244	205	108	122	103	43	32	40
23. Оленекский	76	146	26	17	37	108	13	20
24. Оймяконский	157	138	55	62	64	40	34	35
25. С-Колымский	170	142	76	42	52	55	36	42
26. Сунтарский	362	321	160	122	137	113	54	79
27. Таттинский	363	353	109	101	183	184	58	65
28. Томпонский	181	172	94	89	73	58	13	23
29. У-Алданский	440	440	132	121	183	193	102	121
30. У-Майский	123	124	76	72	33	42	9	9
31. У-Янский	116	120	36	37	53	51	23	32
32. Хангаласский	567	586	229	240	252	242	48	80
33. Чурапчинский	446	411	106	93	213	180	111	132
34. Э-Бытантайский	53	73	10	13	27	39	13	21
35. г. Якутск	10556	10601	2740	2847	4978	5380	2318	2108
За пределами РС(Я)	76	27	63	23	-	-	13	4
Всего	18708	18666	5668	5835	8428	8677	3827	3785
Улусные, чел.	8076	8038	2865	2965	3450	3297	1496	1677
%	43,2	43,1	50,5	50,8	40,9	38,0	39,1	44,3
Сельские, чел.	7156	5975	1822	1875	2841	2511	1757	1292
%	38,2	32,0	32,1	32,1	33,7	28,9	45,9	34,1

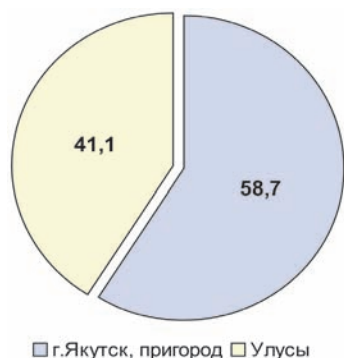


Рис.5. Состав пролеченных стационарных больных по улусам в РБ№1-НЦМ

В клиниках Центра ежегодно оперируется более 7000 пациентов, в том числе 2740 детей, проводится более 9000 операций, принимается 1600 родов. В консультативно-поликлинические отделения ежегодно обращаются более 45000 пациентов, в том числе доля улусных пациентов составляет 62%, сельских – 46%.

Весьма показателен объем параклинических диагностических исследований, проведенных в КДЦ за 2006 г.: в отделении лучевой диагностики – 287 241, в клинко-диагностической лаборатории – 1 916 481, функциональной диагностики – 104 883, эндоскопических исследований – 15 625.

В настоящее время согласно приказу Министерства здравоохранения России и РАМН № 220 от 29 марта 2006г. «Об оказании высокотехнологичных видов медицинской помощи за счет средств федерального бюджета в федеральных специализированных медицинских учреждениях, подведомственных федеральному агентству по здравоохранению и социальному развитию, федеральному медико-биологическому агентству и Российской академии медицинских наук», перечень заболеваний и видов медицинской помощи, предоставляемых гражданам Российской Федерации в счет средств федерального бюджета, включает 20 клинических направлений (специальностей) и насчитывает 271 наименование.

В РБ №1-НЦМ оказывается более 90 высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи, что составляет 33,2% от федерального перечня

Доля пациентов, получивших лечение по высокотехнологичным видам медицинской помощи, из года в год остается относительно стабильной, и в 2006 г. составляет 15,1% от общего количества больных, лечившихся в РБ

№ 1-НЦМ (табл.4). В Перинатальном центре этот показатель составляет 32,8%, Клиническом – 12,5%, Педиатрическом – 7,9%.

В Клиническом центре оказывается 63 вида высокотехнологичной медицинской помощи, Перинатальном – 14, Педиатрическом – 13.

Медицинская наука является базисом здравоохранения, на нашей базе успешно сотрудничают и работают Якутский научный центр РАМН и Правительства РС (Я), 12 кафедр Медицинского института ЯГУ, Медицинский колледж, Жатайский лицей.

В клиниках Центра ведут активную клиническую консультативную работу профессора Григорьев А.С., Петров

И.И., Тобохов А.В., Ханды М.В., Барашкова Н.Н., доценты: Дмитриева Т.Г., Николаева А.А.. Заслуживает благодарной памяти исключительно плодотворная работа в качестве заведующего кафедрой госпитальной хирургии МИ ЯГУ, директора Клинического центра, директора ЯНЦ РАМН и Правительства РС (Я) профессора Иванова А.И.

В традициях отечественного медицинского образования всегда принято строить преподавание клинических дисциплин «у постели больного». Именно поэтому непосредственно в профильных стационарах предоставлены 31 учебная аудитория, 2 технически оснащенных лекционных зала.

Таблица 3

Обращаемость по улусам в поликлинические подразделения РБ№1-НЦМ

Улус	РБ №1-НЦМ		Педиа- трический центр	Консультатив- но-диагности- ческий центр		Перинатальный центр	
	2004	2005		2004	2005	2004	2005
1. Абыйский	802	509	35	428	387	374	87
2. Алданский	476	431	36	399	349	77	46
3. Аллайховский	402	340	35	323	237	79	68
4. Амгинский	943	1091	132	789	809	154	150
5. Анабарский	314	267	30	229	180	85	57
6. Булунский	401	375	28	344	301	57	46
7. В-вилюйский	1206	1231	110	1017	914	189	207
8. В-колымский	395	351	25	339	258	56	68
9. Верхоянский	838	867	93	670	593	168	181
10. Вилюйский	1328	1404	124	1097	1022	231	258
11. Горный	971	1140	143	783	739	188	258
12. Жиганский	423	467	46	339	333	84	88
13. Кобайский	925	1056	67	770	835	155	154
14. Ленский	627	542	39	536	409	91	94
15. М-Кангаласский	1862	2006	209	1579	1414	283	383
16. Мирнинский	827	721	46	666	566	161	109
17. Момский	437	325	42	358	220	79	63
18. Намский	1481	1474	177	1160	1019	321	278
19. Нерюнгринский	338	292	8	297	248	41	36
20. Н-Колымский	346	320	26	299	259	47	35
21. Нюрбинский	1489	1580	107	1226	1161	263	312
22. Оймяконский	521	506	34	448	377	73	95
23. Олекминский	1287	1079	97	1072	832	215	150
24. Оленекский	437	389	51	361	262	76	76
25. С-Колымский	774	565	72	667	392	107	101
26. Сунтарский	1309	1397	135	1130	1008	179	254
27. Таттинский	1257	1257	142	976	901	281	214
28. Томпонский	682	800	71	598	598	84	131
29. У-Алданский	1554	1742	168	1281	1236	273	338
30. У-Майский	516	527	32	452	414	64	81
31. У-Янский	480	458	25	404	348	76	85
32. Хангаласский	2018	2293	278	1729	1697	289	318
33. Чурапчинский	1862	1654	170	1493	1109	369	375
34. Э-Бытантайский	372	314	39	302	219	70	56
35. г. Якутск	15928	17547	1726	13512	13445	2416	2376
Всего	45828	47317	4598	38073	35091	7755	7628
Улусные, чел.	29900	29770	2872		21646	5339	5252
%	65,2	62,9	62,5		62	68,8	68,8

Центр является базой многоуровневой подготовки кадров. Совместно с факультетом последипломного образования Мединститута ЯГУ только за последние три года проведено более 30 сертификационных цикла с приглашением ведущих учёных России, 35 тематических семинаров республиканского значения, в клиниках Центра на рабочих местах прошли стажировку более 200 улусных специалистов. Ежедневно более 400 студентов обучаются на базе Центра. Врачи РБ№1-НЦМ ведут активную научную работу. В настоящее время 40 врачей являются кандидатами медицинских наук.

Выдающая роль в становлении и развитии высокотехнологичного, многопрофильного медицинского комплекса, обеспечивающего доступную специализированную медицинскую

помощь населению Якутии, принадлежит первому президенту республики М.Е. Николаеву и действующему президенту республики В.А. Штырову.

В юбилейные дни следует вспомнить и отдать должное руководителям РБ№1-НЦМ, которые строили Центр, формировали кадровый состав, создавали и развивали основные структурные подразделения, внедряли управленческие технологии. Первым директором ЯКДЦ был Яковлев П.Н. (1990-1994 гг.), генеральным директором НЦМ стал Александров В.Л. (1994-1999 гг.), затем Попов В.С. (1999-2003 гг.), Томский М.И. (2003-2005 гг.), с 2005 г. по настоящее время – Петров В.С. Необходимо отметить заслуги тех врачей, которые создавали, комплектовали современным оборудованием специализированные

отделения нашего Центра, большинство из них по сей день трудятся в нём. Это директора Клинического центра Макаров Е.И., Капустин С.Д., заведующие отделами: Баранов В.А., Попова Е.П., заведующие отделениями: Петров В.С., Семёнов П.Н., Захаров П.И., Николаев Г.Н., Павлов Е.Г., Данилевич С.Я., фармацевт Тарабукина С.Н., директор технического центра Попов А.Ю., медицинские сёстры: Яковлева А.В., Петрова Н.П., Перфильева М.М., Ларионова И.Г., Разинькова Л.В., Заборовская Т.П. и многие другие.

В формировании ЦОМид принимали активное участие: заместитель министра здравоохранения Гурьева Р.С., проф. Варфоломеев А.Р., директор ПЦ Старостин В.П., зав. отделением Александров Р.И., Егорова А.А., Ноговицына А.Н., Соболевский В.Ф., Журавлёв Р.А., Григорьева А.Н., Винокурова Н.И., медицинские сестры: Рыжкова Т.И., Соболевская Л.С., Севанкаева Л.А., Егорова Д.Н. и др.

Кропотливая работа коллектива Центра за относительно короткий исторический срок позволила добиться значительных успехов в практической, образовательной и научной деятельности. Достойный уровень работы Центра достигается высокой квалификацией персонала, интенсивностью его труда, применением высокоэффективных медицинских технологий, своевременной заменой устаревших лечебно-диагностических методов на более перспективные, внедрением организационных технологий.

С вводом Центра значительно сократился поток больных, направляемых на специализированное лечение в центральные регионы страны. Работа Центра в определённой степени подтянула уровень оказания специализированной медицинской помощи в улусах республики. Внедрение и применение современных технологий в Перинатальном центре позволило достичь заметных позитивных результатов в снижении материнской и перинатальной смертности. В частности младенческая смертность является важнейшим интегрированным демографическим показателем, отражающим социально-экономическое благополучие общества, качество и эффективность медицинской помощи населению. Её уровень, по данным ЛПУ, в 1998 г. был равен 19,7, в 2005 г. снизился до 11,3 [27].

Дальнейшая работа ставит перед коллективом массу новых задач, сохраняет множество нерешённых про-

Таблица 4

Число больных пролеченных в РБ №1-НЦМ по высокотехнологичным (дорогостоящим) видам медицинской помощи за 2005-2006 гг.

Профиль коек, отделения	Число пролеченных больных					
	2005 г.			2006 г.		
	всего	в том	%	всего	в том	%
Клинический центр						
Нефрологии	334	5	1,5	326,5	8	2,5
Хирургическое №1	974	7	0,7	954	7	0,7
Сосудистой хирургии	524	33	6,3	594,5	35	5,9
Урологии	594	19	3,2	567,5	41	7,2
Хирургическое №2	690	86	12,5	759	70	9,2
Кардиохирургии	506	161	31,9	515	209	40,6
Нейрохирургии	477	178	37,3	485,5	142	29,2
Гематологии	417	249	59,7	444,5	230	51,8
Терапии	670	-		634,5	0	0
Кардиологии	643	-		651,5	0	0
Итого	5794	738	12,7	5932,5	742	12,5
Педиатрический центр						
Гастроэнтерологическое	680	18	2,6	755	6	0,8
Нефрологическое	361	4	1,1	451,5	11	2,4
Эндокринологическое	362	120	33,1	367,5	91	24,8
Онкологическое	171	29	17	164	32	19,5
Психоневрологическое	1161	98	8,4	1139,5	176	15,4
Кардиоревматологическое	752	152	20,2	771	161	20,9
Пульмонологическое	504	20	4	512,5	17	3,3
Прочие для детей	278			263,5	0	0
Урологии	632	96	15,2	684,5	39	5,7
ЛОР-отделение	1166	8	0,69	1182,5	2	0,2
Челюстнолицевое (стом.)	220	6	2,7	230	34	14,8
Травматолого-ортопедическое	759	110	14,5	733,5	61	8,3
Общехирургическое	494	72	14,6	497	15	3
Нейрохирургическое	312	57	18,3	351,5	11	3,1
Офтальмологическое	259	56	21,6	250	53	21,2
Гнойной хирургии	566	0		618	0	0
Итого	8677	846	9,7	8971,5	709	7,9
Перинатальный центр						
Гинекологии	988	140	14,2	1020	114	11,1
Для беременных и рожениц	1639	825	50,3	1028	780	75,8
Патологии беременных	210	180	85,7	758	138	18,2
Недоношенных и новорожденных	554	228	41,1	579	199	34,4
Инфекционный отд.	385	5	1,3	390,5	8	2
Итого	3776	1378	36,5	3775,5	1239	32,8
Всего по РБ №1-НЦМ	18598	2962	15,9	18679,5	2690	15,1

блем, но в то же время вооружает верой в будущее и большим стремлением работать на благо населения нашей республики. Среди наиболее важных направлений развития НЦМ мы видим следующее: обеспечение всех слоёв населения республики доступной, квалифицированной медицинской помощью в рамках государственных гарантий, с применением высокоэффективных медицинских технологий; продолжение переоснащения центра

современной медицинской техникой; оптимизация и интенсификация использования дорогостоящего оборудования и коек; профилактическая работа, направленная на раннее выявление заболеваний, предупреждение наследственных заболеваний и врождённых пороков развития, снижение младенческой и материнской смертности, снижение детской и взрослой инвалидности; дальнейшее совершенствование информационных

технологий, углубление интеграции с лечебными учреждениями республики, развитие специализированных и узкоспециализированных видов медицинской помощи. Успешная реализация такого крупномасштабного проекта, как строительство и ввод в эксплуатацию в 1992 г. Национального центра медицины в г. Якутске, является одним из наиболее ярких и значимых достижений в отрасли здравоохранения XX века.

15 лет в масштабе истории – это миг, но в новейшей истории здравоохранения Якутии в переходный период рыночных реформ срок вполне достойный и достаточный для того, чтобы пройти проверку временем.

Годы интенсивной эксплуатации нашего комплекса убедительно доказали, что строительство Центра имело огромное значение для развития здравоохранения республики, благодаря этому осуществлён прорыв к новым технологиям XXI века, что в свою очередь качественно повлияло и изменило и интеллектуальную среду врачевания. Все эти годы деятельность Центра была направлена на решение первоочередных проблем практической медицины и полностью соответствовало запросам нашего здравоохранения. Коллектив Центра не только сохранил высокий рейтинг, востребованность, достойное место в жизни отрасли, но и продолжает увеличивать уровень объёмов оказания медицинской помощи населению.

Наш вклад в работу отрасли всегда отличали прежде всего интересы больного, новые технологии и взаимное уважение в стабильном коллективе.

Сегодня РБ №1-НЦМ – флагман республиканского здравоохранения Якутии – выходит на новые рубежи и можно с уверенностью сказать, что их освоение будет ознаменовано дальнейшей созидательной работой коллектива Центра.

(Со списком использованной литературы можно ознакомиться в редакции журнала).

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Е.Ф. Лугинова

**МЕТОДИКА ПРЕВЕНТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ДЕТЕЙ, ИНФИЦИРОВАННЫХ
ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫМИ
ШТАММАМИ МИКОБАКТЕРИЙ
ТУБЕРКУЛЕЗА И С ПРОЯВЛЕНИЯМИ
ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ**

Цель исследования. Разработать оптимизированную методику предупреждения развития локального туберкулеза у детей при инфицировании лекарственно-устойчивыми штаммами МБТ.

Материалы и методы. Объектом исследования явились статистические отчетные данные Республиканского противотуберкулезного диспансера за 2002-2004 гг. и дети в возрасте от 2 до 14 лет, которые были разделены на 2 группы: 1-я (основная) – 80 детей получали ХП (превентивное лечение) в усиленном режиме. Они, в свою очередь, были разделены на 2 подгруппы: 1-я А – 40 детей из контактов с больными, выделяющими ЛУ штаммы МБТ, 1-я Б – 40 детей из контактов с больными, выделяющими МБТ с сохраненной лекарственной чувствительностью; 2-я (контрольная) – 40 детей, которые получали химиопрофилактику по стандартной методике.

Результаты. Определены частота инфицирования детей ЛУ штаммами МБТ и степень риска развития туберкулеза у данной категории детей. Впервые выявлены клиничко-лабораторные проявления и особенности реакции иммунной системы у детей при инфицировании ЛУ штаммами МБТ. Получены новые сведения об однотипности нарушений иммунологической реактивности у детей, инфицированных ЛУ штаммами МБТ и больных лекарственно-устойчивым туберкулезом. Обосновано применение превентивного лечения в усиленном режиме в комплексе с иммунокорректором ликопид для предупреждения заболевания. Разработана схема дифференциальной диагностики инфицированности лекарственно-устойчивыми и чувствительными штаммами МБТ. Определена симптоматика иммунобиологических нарушений у детей при инфицировании ЛУ штаммами МБТ. Разработана методика их коррекции.

Заключение. Методика превентивного лечения оказалась более эффективной по сравнению со стандартной схемой химиопрофилактики, о чем свидетельствовали снижение туберкулиновой чувствительности по всем параметрам, существенная прибавка годового прироста весо-ростового показателя, снижение частоты острых респираторных инфекций, нормализация показателей иммунного статуса и отсутствие заболеваемости туберкулезом.

Ключевые слова: туберкулез, дети, инфицирование, иммунитет, лекарственно-устойчивые (ЛУ) микобактерии туберкулеза (МБТ), химиопрофилактика (ХП), иммунокоррекция.

Purpose. To develop the optimized technique of the prevention of development of local tuberculosis in children infected with drug-resistant strains of tuberculosis mycobacteria (TMB).

Materials and methods. Object of research were statistical accounting data for 2002-2004 of the Republican antitubercular clinic, children at the age of 2 to 14 years who were divided into 2 groups: 1-st (basic): 80 children, received ХП (preventive treatment) in the strengthened condition. They were divided into 2 subgroups: 1-st A - 40 children from contacts with patients allocating DR strains of TMB. 1-st B - 40 children from contacts with patients allocating TMB with medicinal sensitivity, 2-nd (control): 40 children who received chemoprophylaxis by a standard technique.

Results. The frequency of children's infecting with DR strains of TMB and degree of risk of development of tuberculosis in the given category of children were determined. For the first time clinic laboratory displays and features of reaction of the immune system of children infected with DR strains of TMB were revealed. New data on uniformity of infringements of immunologic reactance in children, infected with DR strains of TMB and children suffering from drug-resistant tuberculosis was obtained. Application of preventive treatment in the strengthened condition in a complex with immunocorrector lycopid for the prevention of disease was proved. The scheme of differential diagnostics of infecting with drug-resistant and sensitive strains of TMB was developed. The symptomatology of immunobiologic infringements in children infected with DR strains of TMB was determined. The technique of its correction was developed.

Conclusion. The technique of preventive treatment appeared more effective in comparison with the standard scheme of chemoprophylaxis and as the result of it can be the decrease of tuberculosis sensitivity of all parameters, the essential increase of an annual gain of weight and body height parameters, the decrease in frequency of sharp respiratory infections, the normalization of parameters of the immune status and absence of tuberculosis morbidity.

Key words: tuberculosis, children, infecting, immunity, drug-resistant (DR), tuberculosis mycobacteria (TMB), chemoprophylaxis (CP), immunocorrection

Введение. В последние годы одной из ведущих проблем во фтизиат-

ЛУГИНОВА Евдокия Федоровна – к.м.н., с.н.с. НПЦ «Фтизиатрия» МЗ РС(Я), гл. внештатный фтизиопедиатр МЗ РС(Я).

рии становится рост числа больных с лекарственной устойчивостью (ЛУ) микобактерий туберкулеза (МБТ) [3, 5, 8, 10]. В настоящее время эффективность лечения таких больных намного ниже, а экономические затраты при

этом многократно превышают таковые по сравнению с лечением больных, выделяющих чувствительные штаммы МБТ [2, 6, 8]. Исследователи указывают на то, что чем больше численность больных с ЛУ МБТ, тем выше риск рас-

пространения инфекции среди здоровых лиц и появления новых случаев заболевания с первичной ЛУ МБТ [8, 12].

В условиях эпидемиологического неблагополучия по туберкулезу среди взрослого населения число детей, впервые инфицированных МБТ, за последнее десятилетие увеличилось более чем в 2 раза [1]. По данным ряда авторов, у 5-10% инфицированных детей в течение первых двух лет со времени инфицирования имеется высокий риск развития активного туберкулеза [7]. Установлено, что дети и подростки, находящиеся в контакте с больными, выделяющими ЛУ штаммы МБТ, заболевают туберкулезом в 3-4 раза чаще, чем пациенты из очагов, в которых чувствительность МБТ у источника инфекции к противотуберкулезным препаратам (ПТП) была сохранена [9].

Между тем один из основных методов предупреждения туберкулеза – химиопрофилактика (ХП) – в последние годы не претерпел существенных изменений. В Приказе МЗ РФ №109 от 21.03.2003 г. указано, что режим и методика химиопрофилактики тубинфицированным детям определяются индивидуально с учетом факторов риска. При этом в приказе четко не определены факторы риска, методика и длительность превентивного лечения с учетом произошедших эпидемиологических изменений.

Известно много причин, приводящих к развитию локального туберкулеза у детей, одной из которых является ослабление общей сопротивляемости организма под влиянием специфических и неспецифических факторов. Об этом свидетельствует тот факт, что свыше 80% впервые заболевших туберкулезом детей имеют различную сопутствующую патологию, в том числе 1/3 из них относится к категории часто болеющих [1].

Состояние общей сопротивляемости организма во многом определяется иммунным статусом, а исход туберкулезного процесса в значительной мере зависит от состояния механизмов системной и местной иммунной защиты [4]. Исследователи считают, что определение характера изменений функционирования иммунитета необходимо для разработки адекватных методов коррекции этих нарушений [11].

Тем не менее в доступной литературе нет сведений об уровне инфицированности детей ЛУ штаммами МБТ,

отсутствуют работы, посвященные изучению защитных сил организма детей и его адаптационных возможностей при указанном инфицировании. Объективное подтверждение соматических нарушений, клинико-лабораторных проявлений и особенностей состояния иммунной системы у детей при инфицировании данными штаммами МБТ позволят решать вопросы дифференциальной диагностики. Отсутствие эффективности ХП, проведенной по стандартной схеме у детей из числа контактов с больными, выделяющими ЛУ штаммы МБТ, также требует ее совершенствования. В настоящее время, когда повсеместно наблюдается рост численности больных, выделяющих такие штаммы возбудителя, решение данного вопроса приобретает особую актуальность и требует поиска эффективных методов профилактики заболевания для данной категории детей, что и послужило основной целью проведения данной работы.

Материалы и методы. Проведен анализ показателя инфицированности МБТ среди детского населения Республики Саха (Якутия) за 2002-2004 гг. по данным годовых отчетов Республиканского противотуберкулезного диспансера. Дополнительно собрана информация из 20 районов и г. Якутска об инфицированных МБТ детях, имевших контакт с больными, выделяющими ЛУ штаммы МБТ. Проведено наблюдение за 120 инфицированными МБТ детьми в возрасте от 2 до 14 лет, которые были разделены на 2 группы. В 1-ю (основную) группу вошли 80 детей, получавших превентивное лечение в усиленном режиме в сочетании с иммунокорректором ликолипид, в том числе в 1-ю А подгруппу включены 40 детей из числа контактов с больными, выделяющими ЛУ штаммы МБТ, в 1-ю Б – 40 детей из контактов с больными, выделяющими МБТ с сохраненной лекарственной чувствительностью. Во 2-ю (контрольную) группу вошли 40 детей, получавших ХП по общепринятой схеме.

Результаты и обсуждение. В Республике Саха (Якутия) в 2002-2004 гг. массовой туберкулиновой диагностикой в среднем было охвачено 96% детского населения, из них 14% детей оказались инфицированными. Впервые инфицированные дети (вираж туберкулиновых проб) в 2002-2004 гг. в среднем составляли 1,3% от всего детского населения, данный показатель в последние годы имеет тенденцию роста.

Среди всего детского населения республики тубинфицированные дети, состоящие на диспансерном учете (VI-я группа), ежегодно составляют в среднем 2,6%. В 2002-2004 гг. в данной группе учета в среднем ежегодно наблюдалось более 6 тыс. детей, из них заболели туберкулезом 0,3%, что составило 17,3% от числа всех впервые выявленных больных туберкулезом детей.

В 2002-2004 гг. численность инфицированных детей, имевших контакт с больными, выделяющими ЛУ штаммы МБТ, составила 352 чел. Частота инфицирования ЛУ штаммами МБТ в очагах туберкулезной инфекции в 2002-2004 гг. в среднем составила 19,8%. В течение первых 2 лет наблюдения в противотуберкулезном диспансере впервые заболело туберкулезом 12% инфицированных детей, имевших контакт с больными, выделяющими ЛУ штаммы МБТ. Этот показатель заболеваемости значительно превышал среднереспубликанский. В очагах с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) МБТ, которой принято считать, по определению ВОЗ, ЛУ МБТ на рифампицин и изониазид, заболеваемость детей составила в 2003 г. 602,0 на 100 тыс., в 2004 г. – 854,7, что выше более чем в 10 раз среднереспубликанского показателя.

Все дети были инфицированы МБТ и имели контакт с больными туберкулезом-бактериовыделителями. Всем пациентам проводилось комплексное обследование, включающее изучение анамнестических данных, характера контакта, лекарственной чувствительности МБТ источника заражения, оценку динамики и характера туберкулиновой чувствительности, весо-ростового прироста, частоты острых вирусных инфекций и обострений хронических очагов инфекции. Подробно изучалась медицинская документация, представленная педиатрическими и фтизиатрическими участками.

Существенной разницы в возрастно-половой и этнической принадлежности в группах наблюдения не отмечено. Установлено, что в основном дети инфицировались МБТ внутри семьи (88,3%). Среди источников заражения детей преобладали родители (36,7%).

Анализ характера лекарственной чувствительности МБТ у источников заражения детей показал, что у 47 (39,1%) из них отмечено сохранение чувствительности МБТ ко всем специфическим препаратам. ЛУ МБТ к ПТП

наблюдалась в целом у 73 (60,9%) источников заражения детей. При этом у 14 (19,2%) из них была монорезистентность, у 38 (52%) – полирезистентность, у 21 (28,8%) – МЛУ МБТ. ЛУ МБТ наблюдалась почти ко всем ПТП, которыми в настоящее время детям проводится ХП (изониазид, этамбутол, рифампицин).

Установлены средние сроки нарастания у детей туберкулиновой чувствительности (на 6 мм и более) со времени выявления контакта с больным туберкулезом. В 1-й А группе наблюдения они составили $24,7 \pm 5,0$ мес., в 1-й Б – $26,4 \pm 3,9$, во 2-й – $36,6 \pm 5,5$ мес. ($p > 0,05$).

Учитывая, что от качества вакцинации и ревакцинации БЦЖ зависит степень защиты от туберкулезной инфекции, мы оценивали охват вакцинацией и ревакцинацией против туберкулеза и эффективность иммунизации у наблюдаемых пациентов по формированию поствакцинального знака. Существенных различий в частоте формирования поствакцинального рубчика в сравниваемых группах не выявлено. Отмечены различия среднего размера поствакцинального рубчика в группах наблюдения. В 1-й А группе он составил $3,5 \pm 0,3$ мм, в 1-й Б и во 2-й – соответственно $4,2 \pm 0,3$ и $4,1 \pm 0,8$ мм ($p > 0,05$).

Для уточнения эффективности проведенных ранее курсов ХП по стандартной методике мы анализировали данные медицинских документов. Стало известно, что из 120 детей ХП получал 101 (84,2%), не получали 19 (15,8%) детей. В целях ХП детям в основном назначался один из препаратов ГИНК (фтивазид или изониазид). Так, фтивазид получали 63 (62,4%) ребенка, изониазид – 38 (37,6%). В то же время известно, что монотерапия является одной из причин развития ЛУ у МБТ.

Установлено, что у подавляющего большинства наблюдаемых детей туберкулиновая чувствительность была умеренной (89,2%). Средний размер папулы на пробу Манту с 2 ТЕ в 1-й А группе составил $11,3 \pm 0,7$ мм, в 1-й Б – $13,1 \pm 0,8$, во 2-й – $10,7 \pm 1,5$ мм ($p > 0,05$). Изучение динамики туберкулиновой чувствительности у детей показало, что у 13 (10,8%) детей, несмотря на ранее проведенные курсы ХП, туберкулиновая чувствительность сохранялась гиперергической. В 1-й А группе таких детей было 6 (15%), в 1-й Б – 5 (12,5%), во 2-й – 2 (5%). Рост туберкулиновой чувствительности несмотря на ранее проведенные курсы ХП отмечен в 1-й А группе у 25 (62,5%),

в 1-й Б – у 28 (70%), во 2-й – у 25 (62,5%) детей. Средние сроки нарастания туберкулиновой чувствительности в 1-й А группе составили $2,3 \pm 0,4$ года, в 1-й Б – $1,8 \pm 0,2$, во 2-й – $3,0 \pm 0,5$ лет ($p > 0,05$). Кроме того установлено, что 80% пациентов имели адекватный тип реакции на туберкулин (80%) и лишь 20% – неадекватный. Частота распределения больных с неадекватными типами реакций на туберкулин была следующей: в 1-й А группе они составили 25% (12), в 1-й Б – 5% (2), во 2-й – 30% (10). У 12 детей из 1-й А группы наблюдения, имевших неадекватные типы реакций на туберкулин, в 7 (58,3%) случаях отмечен уравнивательный, в 5 (41,6%) – парадоксальный, в 1-й Б группе в 2 (100%) случаях – уравнивательный, во 2-й группе у 8 (80%) – уравнивательный, у 2 (20%) – парадоксальный типы реакций.

Анализ сопутствующей патологии показал, что 50% в 1-й А группе составила часто болеющая категория детей, что в 2 раза больше, чем в других группах наблюдения. Наиболее часто жалобы предъявляли дети в 1-й А (27,5%) и 2-й группах (25%). У них также наиболее часто наблюдались симптомы интоксикации, соответственно 30 и 25%. Тем не менее выраженных симптомов интоксикации в группах наблюдения не отмечено. В подавляющем большинстве случаев жалобы и симптомы интоксикации были обусловлены сопутствующими заболеваниями.

Из табл. 1 следует, что у детей из 1-й А группы по сравнению с детьми из 1-й Б отмечается более выраженное снижение как клеточного, так и гуморального звена иммунитета, хотя разница была не достоверной. Но по сравнению со здоровыми детьми у детей из контактов с больными, выделяющими ЛУ штаммы МБТ, отмечено достоверное снижение в 1,5 раза уровня CD3, CD16, CD20 и соотношения CD4/CD8.

С учетом вышеизложенного нарастание или стойкое сохранение монотонного характера туберкулиновой

чувствительности в течение 2 и более лет, наличие неадекватных реакций на туберкулин (уравнивательный тип), наличие в анамнезе патологии верхних дыхательных путей и частых респираторных заболеваний (более 4 раз в год) у инфицированных детей, снижение показателей CD3, CD16, CD20, соотношения CD4/CD8 в 1,5 раза и наличие умеренных симптомов интоксикации можно считать признаками вероятного инфицирования ЛУ штаммами МБТ.

В целях повышения эффективности лечения нами предложено проведение детям с вышеуказанными изменениями превентивного лечения в усиленном режиме в комплексе с иммунокорректором ликолипид. Такое лечение было назначено 15 детям из 1-й А и 15 детям из 1-й Б групп наблюдения. Группу контроля составили 40 детей из 2-й группы, которые получали ПТП по общепринятой схеме, т.е. один из препаратов ГИНК в течение 3 мес. в профилактических дозировках.

В основной группе дети получали комбинацию из 2 ПТП в лечебных дозировках с учетом их переносимости. В лечении использовали комбинации изониазида с пиразинамидом, изониазида с этамбутолом или рифампицином. Изониазид давали по 12 мг/кг, пиразинамид – по 25, этамбутол – по 25, рифампицин – по 10 мг/кг массы тела. Ликолипид назначался только тем детям, у которых были сдвиги в показателях иммунного статуса, и детям, которые отнесены к категории часто болеющих. Препарат применялся по 1 мг в сутки один раз в день в течение 10 дней.

Для выявления частоты и характера побочных реакций на ПТП проводился ежемесячный контроль показателей общего анализа крови и мочи, функций печени, почек. Применение 2 ПТП в лечебных дозировках тубинфицированным детям не вызвало появления существенных изменений в показателях функционального состояния пече-

Таблица 1

Состояние иммунного статуса детей в группах наблюдения до лечения

Показатель	1-я А группа (n=15), % $M \pm m$	1-я Б группа (n=15), % $M \pm m$	Показатели здоровых детей, % $M \pm m$ (n=15)
CD3	$49,3 \pm 1,3^*$	$54,6 \pm 1,9$	$57,4 \pm 2,2$
CD4	$32,7 \pm 2,0$	$34,8 \pm 0,7$	$44,3 \pm 2,1$
CD8	$21,8 \pm 1,5$	$23,9 \pm 1,1$	$22,2 \pm 1,4$
CD16	$9,2 \pm 0,9^*$	$12,3 \pm 1,5$	$13,2 \pm 1,0$
CD20	$9,9 \pm 1,0^*$	$12,9 \pm 1,4$	$14,2 \pm 0,8$
CD4/CD8	$1,32 \pm 0,1^*$	$1,43 \pm 0,08$	$2,0 \pm 0,06$

* Достоверность различий по сравнению со здоровыми неинфицированными детьми.

ни и они в процессе лечения оставались в пределах нормы.

Эффективность лечения оценивали по 5 критериям: снижению чувствительности к туберкулину и переходу инвертированных реакций в адекватные; увеличению среднегодового прироста весо-ростового показателя; снижению суммарной частоты острых респираторных заболеваний за 1 год наблюдения; нормализации показателей иммунного статуса и отсутствию заболевания туберкулезом в течение ближайших 2 лет с момента проведения лечения.

В результате проведенного комплексного лечения в 1-й А группе наблюдения достигнуто снижение туберкулиновой чувствительности в 80% случаев, в 1-й Б – в 86,7, во 2-й группе – в 75%.

После лечения инвертированные реакции на туберкулин в 1-й А группе исчезли в 67,5% случаев, в 1-й Б – в 62,5, во 2-й – в 77,5%. Следует также отметить, что монотонная туберкулиновая чувствительность сохранялась в 1-й А группе наблюдения у 3 (7,5%), во 2-й – у 6 (15%) больных к окончанию курса превентивного лечения.

Из табл. 2 следует, что после проведенного лечения в 1-й А группе наблюдения отмечено достоверное снижение туберкулиновой чувствительности на все 4 концентрации туберкулина, в 1-й Б группе – на 3, во 2-й – на 2. В 1-й А группе достоверно снизилась чувствительность на 100%-ную концентрацию туберкулина, средний размер папулы до лечения составил $8,6 \pm 1,0$ мм, после лечения – $5,5 \pm 0,7$ мм, разница достоверная ($p < 0,05$). На 25%-ный туберкулин средний размер папулы до лечения составил $6,2 \pm 0,9$,

после лечения $-3,7 \pm 0,7$ мм, разница достоверная ($p < 0,05$). На 5 и 1%-ный туберкулин также отмечено снижение чувствительности, средний размер папулы до и после лечения соответственно составил $4,5 \pm 0,8$ и $2,3 \pm 0,5$, $1,9 \pm 0,4$ и $0,4 \pm 0,2$ мм, разница достоверная ($p < 0,05$). В 1-й Б и 2-й группах наблюдения достоверного снижения чувствительности на 100%-ный туберкулин не наблюдалось.

Определяли порог туберкулиновой чувствительности до и после лечения. При этом выявлено, что он был высоким до лечения у детей, контактировавших с бактериовыделителями ЛУ штаммов МБТ, по сравнению с другими группами детей. Также установлено, что до назначения лечения в 1-й А группе на 5-е разведение туберкулина положительно реагировали 6 детей, после лечения – 8, на 6-е разведение – соответственно 18 и 9, на 7-е – 19 и 13, на 8-е – 14 и 8, на 9-е до лечения – 8, после лечения – ни у кого не зарегистрирована положительная реакция. В 1-й Б группе на 5-е разведение положительно реагировали до лечения 6, после лечения – 6, на 6-е – соответственно 9 и 13, на 7-е – 20 и 15, на 8-е – 20 и 8, на 9-е – 5 и 2. Во 2-й группе наблюдения на 5-е разведение до лечения положительно реагировали 5 больных, после лечения – 6. На 6-е – соответственно 7 и 7, на 7-е – 9 и 5, на 8-е – 8 и 3, на 9-е – 3 до лечения, после лечения реакция у всех стала отрицательной.

В результате проведенного лечения наибольший годовой прирост показателя веса имели дети в 1-й А и 1-й Б группах наблюдения – $3,98 \pm 0,37$ и $3,43 \pm 0,33$ кг, чем дети из 2-й группы ($2,46 \pm 0,44$ кг), $p < 0,05$.

В 1-й А группе частота острых респираторных заболеваний в течение первого года наблюдения после проведенного курса лечения снизилась с $3,3 \pm 0,4$ раз в год до $2,6 \pm 0,4$, в 1-й Б – с $3,8 \pm 0,3$ до $2,8 \pm 0,2$ раз в год ($p > 0,05$). Приведенные цифры свидетельствуют о том, что проведенное лечение позволило снизить частоту заболеваемости ОРЗ в 1,2 раза.

Изучение состояния иммунного статуса в группах наблюдения показало, что у детей из 1-й А группы наблюдения уровень CD3-клеток до лечения составил $49,3 \pm 1,3\%$, после лечения повысился до $56,2 \pm 1,7$, что по сравнению с показателями здоровых детей несколько ниже ($57,4 \pm 2,2$), но выше показателя детей, больных туберкулезом с ЛУ МБТ ($44,1 \pm 2,7\%$), $p < 0,05$. Уровень CD4 также в процессе лечения повысился с $32,7 \pm 0,2$ до $39 \pm 2,2\%$, но был ниже показателя здоровых детей ($44,3 \pm 2,1$) и выше показателя больных ЛУ туберкулезом ($31,4 \pm 1,4\%$), $p > 0,05$. Показатель CD8 до лечения составил $21,8 \pm 1,5$, после лечения – $24,5 \pm 1,7\%$, что несколько выше показателя здоровых ($22,2 \pm 1,4$) и больных детей ($21,0 \pm 1,8\%$), $p > 0,05$. Показатель CD16 у инфицированных ЛУ штаммами МБТ детей до лечения был $9,2 \pm 0,9$, после лечения – $11,7 \pm 1,1\%$, что несколько ниже показателя здоровых детей ($13,2 \pm 1,0$) и выше показателя больных детей ($10,1 \pm 1,7\%$), $p < 0,05$. Уровень В-лимфоцитов (CD20) у больных 1-й А группы наблюдения до лечения был достоверно ниже показателя здоровых детей, соответственно $9,9 \pm 1,0$ и $14,2 \pm 0,8\%$, после лечения этот показатель также оставался сниженным до $12,0 \pm 1,1\%$ ($p < 0,05$). Показатель ИРИ у данной группы детей к концу лечения повысился с $1,32 \pm 0,1$ до $1,54 \pm 0,06$, но по сравнению с показателем здоровых детей ($2,0 \pm 0,06$) сохранялся сниженным, хотя разница была не достоверной.

Следующим критерием, показывающим эффективность разработанного метода лечения, была частота развития локального туберкулеза у детей в течение ближайших 2 лет после окончания лечения. Из числа детей, получивших лечение на фоне иммунокорректора, никто в 1-й А и 1-й Б группах туберкулезом не заболел. Во 2-й группе наблюдения из 40 детей заболели туберкулезом 7 (17,5%), в том числе у 2 выявлена малая форма туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов.

Таким образом, превентивное лечение в усиленном режиме в комплек-

Таблица 2

Динамика туберкулиновой чувствительности по градуированной накожной пробе

Группы наблюдения	n	Концентрация туберкулина, %	Размер папулы, мм (M±m)		P
			до лечения	после лечения	
1-я А	15	100	$8,6 \pm 1,0^*$	$5,5 \pm 0,7$	$> 0,05$
		25	$6,2 \pm 0,9^*$	$3,7 \pm 0,7$	$> 0,05$
		5	$4,5 \pm 0,8^*$	$2,3 \pm 0,5$	$> 0,05$
		1	$1,9 \pm 0,4^*$	$0,4 \pm 0,2$	$> 0,05$
1-я Б	15	100	$8,2 \pm 1,2$	$6,2 \pm 0,8$	$< 0,05$
		25	$6,5 \pm 1,1^*$	$4,0 \pm 0,7$	$> 0,05$
		5	$3,9 \pm 0,9^*$	$2,1 \pm 0,5$	$> 0,05$
		1	$1,7 \pm 0,6^*$	$0,6 \pm 0,3$	$> 0,05$
2-я (контроль)	15	100	$8,4 \pm 0,8$	$6,3 \pm 0,9$	$< 0,05$
		25	$6,3 \pm 1,0^*$	$3,9 \pm 0,7$	$> 0,05$
		5	$3,7 \pm 0,8^*$	$1,7 \pm 0,5$	$> 0,05$
		1	$1,1 \pm 0,5$	$0,8 \pm 0,3$	$< 0,05$

* Разница достоверная.

се с липоидом позволяет у большинства детей предупредить развитие заболевания туберкулезом. Полученные результаты применения разработанного метода превентивного лечения туберкулеза у детей, инфицированных ЛУ штаммами МБТ, в комплексе с иммуномодуляторами показали его высокую эффективность по всем пяти критериям.

Выводы

1. Показатель инфицированности микобактериями туберкулеза среди детского населения РС (Я) составил в 2002-2004 гг. в среднем 14,3-15%. Ежегодно контингент детей, наблюдавшихся в VI группе диспансерного учета, составил более 2% всего детского населения республики, среди которых наибольший удельный вес имели дети с выражением туберкулиновых проб. Удельный вес детей с выражением туберкулиновых проб в среднем ежегодно составил 1,3% всего детского населения.

2. Туберкулез выявляется в среднем у 0,3% детей, наблюдавшихся в VI группе диспансерного учета, что составляет 17,3% среди всех впервые выявленных больных туберкулезом детей и свидетельствует о недостатках в профилактической работе среди этой группы детей и наличии у них высокой степени риска развития заболевания.

3. Численность инфицированных детей, имевших контакт с больными, выделяющими ЛУ штаммы МБТ, имеет отчетливую тенденцию роста. Частота инфицирования ЛУ штаммами МБТ в среднем в очагах туберкулезной инфекции составляет 19,8%. У данной категории детей в 12% случаев развивается локальный туберкулез, что свидетельствует о наличии высокой степени риска заболевания, данный показатель имеет четкую тенденцию роста. Показатель заболеваемости туберкулезом среди детей из контактов с больными, выделяющими ЛУ штаммы МБТ, в т.ч. с МЛУ МБТ, превышает более чем в 10 раз среднереспубликанский показатель заболеваемости среди детского населения.

4. К факторам риска развития заболевания у детей, контактировавших с больными, выделяющими ЛУ штаммы МБТ, относятся: применение стандартных режимов химиопрофилактики одним препаратом из группы ГИНК в профилактических дозировках без

учета лекарственной чувствительности МБТ источника заражения, наличие сопутствующих заболеваний, снижение общей сопротивляемости организма, в том числе иммунного статуса.

5. У детей, инфицированных ЛУ штаммами МБТ, в более ранние сроки отмечается нарастание туберкулиновой чувствительности по сравнению с детьми, инфицированными чувствительными штаммами МБТ, средние сроки нарастания в среднем составили соответственно $24,7 \pm 5,0$ и $26,4 \pm 3,9$ мес.

6. При инфицировании ЛУ штаммами МБТ отмечается достоверное снижение в 1,5 раза уровня CD3, CD16, CD20 и иммунорегуляторного соотношения CD4/CD8-лимфоцитов по сравнению с показателями здоровых неинфицированных детей. Выявленная особенность реакции иммунной системы на инфицирование ЛУ штаммами МБТ характерна и для детей, больных туберкулезом с ЛУ МБТ.

7. Применение 2 противотуберкулезных препаратов в лечебных дозировках в комплексе с иммунокорректором липоид позволяет достичь снижения туберкулиновой чувствительности, нормализации показателей иммунитета, снижения частоты заболеваемости острыми респираторными заболеваниями, годового прироста весо-ростового показателя и предупредить у детей развитие лекарственно-устойчивого туберкулеза. В связи с этим проведение превентивного лечения в усиленном режиме и иммунокоррекция необходимы для профилактики развития локального туберкулеза.

8. Применение липоида в противотуберкулезной практике у инфицированных ЛУ штаммами детей показало его высокую эффективность в профилактике заболевания, он хорошо переносится детьми, не вызывает побочных эффектов. Для решения вопроса о подключении липоида решающее значение могут иметь клиническая картина заболевания, данные исследования иммунного статуса и анамнеза, позволяющие заподозрить наличие вторичного иммунодефицита, и показатели общего анализа крови, подтверждающие снижение относительного уровня лимфоцитов в периферической крови.

9. Диспансерное наблюдение за детьми из контактов с лекарственно-устойчивым туберкулезом должно

проводиться с особой сигнальной отметкой – маркировкой амбулаторной карты в ПТД и на педиатрическом участке.

Литература

1. **Аксенова В.А.** Проблемы активного выявления туберкулеза у детей в России / В.А. Аксенова // Туберкулез у детей и подростков в современных условиях : Тез. докл. научн.-практ. конф. – СПб., 2001. – С. 7.
2. **Борисов С.Е.** Этиотропное лечение туберкулеза при лекарственной устойчивости М. Tuberculosis: взгляды и рекомендации международных организаций / С.Е. Борисов, Г.Б. Соколова // Consilium medicum. – 2001. – №12, т.3. – С. 595.
3. **Дорожкова И.Р.** Проблемы лекарственной устойчивости возбудителя туберкулеза на современном этапе / И.Р. Дорожкова, И.М. Медведева // Туберкулез и экология. – 1997. – №2. – С.25.
4. **Елуфимова В.Ф.** Состояние иммунитета у детей с выраженными формами внутригрудного туберкулеза и его коррекция / В.Ф. Елуфимова // II (XII) съезд фтизиатров : Тез. докл. – Саратов, 1994. – С. 147.
5. **Ерохин В.В.** Туберкулезная агрессия. Остановить ее можно только радикальными мерами / В.В. Ерохин // Медицинская газета. – 2000. – №46. – С. 5.
6. **Карачунский М.А.** Туберкулез в наши дни / М.А. Карачунский // РМЖ. – М., 2001. – №21, т.9. – С.956.
7. **Король О.И.** Современные аспекты профилактики и выявления туберкулеза у детей и подростков / О.И. Король [и др.] // Туберкулез у детей и подростков в современных условиях : Тез. докл. научн.-практ. конф. – СПб., 2001. – С. 7.
8. **Мишин М.Ю.** Контролируемая химиотерапия туберкулеза в современных условиях. Проблема лекарственной устойчивости / М.Ю. Мишин // РМЖ. – М., 2000. – №12, т. 8. – С. 74.
9. **Овсянкина Е.С.** Эффективность превентивной химиотерапии у детей и подростков из очагов бактериовыделения туберкулезной инфекции / Е.С. Овсянкина, О.В. Касимцева, А.И. Васильева // Пробл. туберкулеза. – 2006. – №1. – С. 3-5.
10. **Перельман М.И.** Туберкулез в России / М.И. Перельман // Consilium medicum. – 2001. – №12, т.3. – С. 564.
11. **Сиренко И.А.** Факторы риска инфицирования и заболевания туберкулезом подростков в зависимости от степени эпидемической опасности туберкулезного очага / И.А. Сиренко [и др.] // Пробл. туберкулеза. – 2004. – №11. – С.8-11.
12. **Чуканов В.И.** Проблема излечения больных туберкулезом органов дыхания / В.И. Чуканов // РМЖ. – М., 2001. – №21, т. 9. – С. 954.

Я.Г. Радь, Е.А. Борисова, А.А. Аргунова, О.М. Колесова,
Н.Ю. Бадмажапова

ОСОБЕННОСТИ ПРЕМОРБИДНОГО ФОНА У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ДИАГНОСТИРОВАННОЙ МИОМОЙ МАТКИ

Цель исследования. Изучение преморбидного фона и клинического течения впервые диагностированной миомы матки у молодых женщин (до 30 лет).

Материал и методы. Обследование проводилось на базе НЦМ и ПЦ РС (Якутия) г. Якутска. В исследование были проспективно и ретроспективно включены обследования у 101 больной с миомой матки (в диаметре от 1 до 9 см), находящихся под нашим наблюдением с 2004 по 2006 год.

Результаты. Миома матки чаще диагностируется после 25 лет. Между регулярной половой жизнью и первыми родами проходит не менее 9,3 лет. Ведущим симптомом нарушения менструального цикла являлась гиперполименорея 55,5%, с последующим развитием гипохромной анемии. Из сопутствующих гинекологических заболеваний следует выделить гиперплазию эндометрия, кисты и кистомы яичников.

Хронические экстрагенитальные заболевания и их сочетание (по 2-3 у каждой пациентки) вероятно, способствует соматической мутации клеток.

Заключение. Данная патология у молодых женщин чаще развивается на фоне многочисленных соматических и гинекологических заболеваний и отсутствия своевременной реализации репродуктивной функции.

Ключевые слова: миома матки, репродуктивная функция, гиперпластический процесс.

Purpose. Studying of premorbid background and clinical current for the first time diagnosed hysteromyoma in young women (till 30 years).

Materials and methods. Examination was spent on the basis of the Center of science of medicine and the Prenatal Center of the Sakha Republic (Yakutia) of Yakutsk. In our research prospectively and retrospectively the inspections of 101 patients with hysteromyoma (in diameter from 1 up to 9 sm), being under our supervision from 2004 to 2006, were included.

Results. A hysteromyoma is more often diagnosed after 25 years. Between a regular sexual life and the first childbirth passes not less than 9.3 years. A leading symptom of infringement of menstrual period was hyperpolymenorrhea 55.5 %, with the subsequent development of hypochromic anemia. From accompanying gynecologic diseases it is necessary to allocate hyperplasia of endometrium, cyst and ovarian cystoma.

Chronic extragenital diseases and their combination (2-3 in each patient) are probable. Promotes a somatic mutation of cells.

Conclusion. The given pathology in young women develops more often on a background of numerous diseases and absence of duly realization of reproductive function.

Key words: hysteromyoma, reproductive function, hyperplastic process.

В настоящее время миома матки является одной из ведущих медико-социальных проблем, она составляет 30% от всей гинекологической патологии. Указанное обстоятельство обусловлено рядом факторов, среди которых необходимо выделить возрастание частоты миомы матки, течение болезни, нередко приводящее к угнетению репродуктивной функции и снижению трудоспособности женщины [2, 4, 5].

На протяжении многих десятилетий не угасает интерес к изучению, каза-

лось бы, решенной данной проблемы. Это обусловлено значительной распространенностью миомы матки, высокой частотой оперативных вмешательств на матке (в том числе радикальных), появлением новых данных о роли молекулярно-генетических механизмов в ее развитии.

Однако новые знания о воздействии гормонов на молекулярно-генетические механизмы развития опухолей и расширение возможностей терапевтического воздействия вновь привлекли внимание исследователей к изучению патогенеза миомы матки.

Таким образом, высокая частота заболевания миомой матки, преимущественно хирургические методы лечения (удаление матки), детальное выявление общих и локальных гормональных изменений, происходящих у больных с миомой матки, и разноречивые данные диктуют необходимость дальней-

шего изучения этой проблемы в молодом возрасте, на начальных этапах развития и с других нетрадиционных позиций [1].

Целью исследования явилось изучение преморбидного фона и клинического течения впервые диагностированной миомы матки у молодых женщин (до 30 лет).

Материалы и методы

В соответствии с целью нашего исследования было проведено наблюдение и изучение клинических проявлений диагностированной миомы матки у молодых женщин (20-30 лет).

Обследование проводилось на базе Перинатального диагностического центра РБ №1-НЦМ МЗ РС(Я).

Для решения поставленных задач в настоящее исследование были проспективно и ретроспективно включены обследования у 101 больной с миомой матки (в диаметре от 1 до 9 см), на-

РАДЬ Яна Геннадьевна – к.м.н., ассистент МИ ЯГУ; **БОРИСОВА Елена Афанасьевна** – к.м.н., ст. преподаватель МИ ЯГУ; **АРГУНОВА Альбина Алексеевна** – зав. гинеколог. отделением РБ №1-НЦМ; **КОЛЕСОВА Ольга Михайловна** – врач акушер-гинеколог ПЦ РБ №1-НЦМ; **БАДМАЖАПОВА Наталья Юрьевна** – врач акушер-гинеколог высшей квалиф. категории ПЦ РБ №1-НЦМ.

ходящихся под нашим наблюдением с 2004 по 2006 г.

В целях стандартизации полученных данных клинико-анамнестическое обследование пациенток проводилось в соответствии с разработанной универсальной схемой, представленной картой-опросником.

Критерием отбора больных явился только один показатель: наличие миомы матки у женщин молодого возраста (20-30 лет).

По возрасту все обследованные пациентки были разделены следующим образом:

- от 20-24 лет до 34 – 33,7%,
- от 25-30 лет до 67 – 66,3%.

Средний возраст составил $24,7 \pm 1,5$ года.

Средняя длительность заболевания составила 2-3 года.

Диагноз миомы матки был поставлен на основании общепринятых методов обследования.

Из 101 женщины выделена группа пациенток в 51 чел. (50,5%), которым произведена лапароскопическая миомэктомия (табл.1) и 11 чел. (10,8%) с надвлагалищной ампутацией матки. Таким образом, наиболее частыми показаниями к операции миомэктомии у молодых женщин явился быстрый рост и большие размеры миомы, субмукозное расположение узлов, а также гиперполименорея, бесплодие в течение 3-5 лет и самопроизвольное прерывание наступившей беременности, при этом у 5 из них диагностировано привычное невынашивание.

Обращалось внимание на наличие наследственной патологии, учитывались перенесенные заболевания в течение жизни, особенности становления менструальной и репродуктивной функции, характер нарушения менструального цикла. Оценивались также показания к оперативному лечению и объемы перенесенных операций.

Для оценки состояния органов малого таза проводилось гинекологическое обследование. При бимануальном и ретроагинальном исследовании оценивали форму, величину, консис-

тенцию и положение матки, яичников, маточных труб и параметральной клетчатки.

Большинство обследованных больных были правильного телосложения, физическое развитие их соответствовало возрастной норме.

Анализ возраста становления менархе показал, что у большинства менструации начались в возрасте 12 – 14 лет (75%), раннее и позднее становление менструального цикла имело место одинаково часто: у 14,9 и 15,9% соответственно.

При оценке менструальной функции обращалось внимание на такие параметры, как особенности становления менструальной функции и менструального цикла на момент осмотра (табл.2).

При оценке характера менструального цикла только у 53,5% пациенток он был нормальным (26-28 дней). Довольно часто имело место нарушение менструального цикла, которое выражалось в нерегулярности менструации. Гиперполименорея у молодых женщин была ведущим симптомом миомы матки, на обильные менструации в течение 6-7 дней жаловались более половины больных.

Экстрагенитальные заболевания из группы обследованных больных с миомой матки выявлены в 81 случае (80,2%), при этом более чем у половины (53 чел. или 52,8%) имелось несколько нозологических единиц. На 1 пациентку приходилось по 1,6 нозологических форм (табл.3).

Таким образом, из представленных данных следует, что наиболее часто у молодых женщин с миомой матки имели место: анемия, заболевания желудочно-кишечного тракта и печени, и сердечно-сосудистые заболевания. Почти все молодые женщины курили (82,1%), часто страдали респираторно-вирусными инфекциями верхних дыхательных путей, у 37 женщин отмечен хронический тонзиллит. В 5,9%

Таблица 3

Экстрагенитальные заболевания у больных с миомой матки

Заболевания	n 101	%
Патология щитовидной железы	25	24,8
Заболевания органов дыхания	18	17,8
Заболевания сердечно-сосудистой системы	21	20,8
Сахарный диабет	12	11,9
Нарушение жирового обмена	6	5,8
Заболевания ЖКТ	24	23,8
Варикозная болезнь	4	3,9
Дисгормональные заболевания молочных желез	13	12,6
Функциональные заболевания нервной системы	3	2,9
Заболевания мочевыводящей системы	11	10,9
Заболевания опорно-двигательного аппарата	5	4,9
Анемия	36	35,6
Аппендэктомия	3	2,9

Таблица 4

Гинекологические заболевания, предшествующие диагностированию миомы матки и сопутствующие ее развитию

Нозологические формы	n 101	%
Гиперплазия эндометрия	29	28,7
Полипы эндометрия	7	6,9
Поликистоз яичников	5	4,9
Кольпиты, вульвовагиниты	34	33,7
ВЗОМТ	25	24,7
Гидросальпинкс	6	5,9
Аденомиоз	6	5,9
Кисты яичников	6	5,9
Доброкачественные опухолевид. образования яичников	12	11,8
Патология ш/матки	24	23,7
Бесплодие 1-5 лет	14	13,9

случаев имела место повышенная масса тела (ожирение 1-2 ст), у 11,8% пациенток диагностировано заболевание щитовидной железы.

У исследуемой группы больных имела высокая гинекологическая заболеваемость (табл.4). Кроме миомы матки у женщин в возрасте до 30 лет, почти у каждой пятой, отмечены воспалительные заболевания матки и придатков, кольпиты у каждой третьей пациентки, гиперпластические процессы эндометрия, не включая полипы.

Надо отметить высокую частоту воспалительных заболеваний с преобладанием хронического течения и частыми обострениями, что составило 73% от всех женщин с воспалением матки и придатков. Вялотекущее проявление воспалительных процессов отмечено в 27% случаев.

Таблица 1

Показания к миомэктомии лапароскопическим методом

Показание	n 51 (100%)	
	Кол-во	%
Гиперполименорея	14	27,4
Бесплодие	8	15,7
Быстрый рост и большие	19	39,2
Самопроизвольные	6	11,8
Отек и узлов, болевой	3	5,9

Таблица 2

Менархе и характер менструального цикла у обследованных пациенток

Нозологическая форма	n 101 с миомой матки	%
Становление менархе в 12-14 лет	70	69,3
в 9-11 лет	15	14,9
в 15-18 лет	16	15,8
Нарушение м/ц (нерегулярный)	34	33,7
Гиперполименорея	56	55,5
Олигоменорея	24	23,8
Дисменорея	21	20,8

Таблица 5

**Репродуктивная функция
обследованных больных с миомой матки**

Репродуктивная функция	n= 101
Беременность	273 2,7
Роды	91 0,9
Аборты	1,03
Самопроизвольные выкидыши	78 0,8
Внематочная беременность	9

Таблица 6

**Показатели ИППП, определенные
с помощью метода ИФА**

Нозология	n=101	%
Chlamydia Trach.	40	39,2
Mycoplasma hom.	23	22,4
Ureaplasma ureal.	21	20,1
Toxoplasma h.	8	7,8
CMV	43	42,3

Таблица 7

**Величина и локализация узлов
миомы матки у молодых женщин**

Клиническая и эхографическая характеристика	Кол-во больных	%
Солитарный узел	23	22,8
Множественные узлы	78	77,2
Размеры узлов		
1–3 см	62	61,7
3–4 см	39	38,6
4 и более см	16	15,8
Локализация узлов		
Дно матки	16	15,8
Передняя стенка матки	32	31,6
Задняя стенка матки	24	23,9
Ребра матки	19	18,8
Перешеек	10	9,9
Расположение узлов		
Подбрюшинное	21	20,8
Межмышечное	39	38,6
Межмышечно- подслизистое	36	35,7
Подслизистое	5	4,9

Длительное использование ВМС как правило провоцирует обострение хронических воспалительных процессов женских половых органов.

35,6% женщин в качестве контрацептивного средства использовали внутриматочную спираль – ВМС. Из них у 11 (10,8%) длительность использования данного метода контрацепции составила 3-5 лет и у 6 (5,9%) – 5 и более лет.

Гормональную контрацепцию (двух и трехфазные ОК) использовали лишь 5,9% всех обследуемых женщин, длительность ее применения составила не более 3 лет, в основном прием ОК не превышал 6-12 месяцев.

Репродуктивная функция женщин характеризовалась большим количеством беременностей, значительная

часть которых закончилась её прерыванием (искусственным или самопроизвольным) (табл.5). Для данной группы больных характерно то, что между началом половой жизни и первыми родами прошёл длительный промежуток времени.

Анализ преморбидного фона позволил выявить довольно высокую частоту перенесенных заболеваний в детском и юношеском возрасте, таких как корь, ветряная оспа, скарлатина, эпидемический паратиф, краснуха.

При обследовании на инфекции, передаваемые половым путем, у 96,4% пациенток была обнаружена одна или несколько инфекций (табл.6).

При изучении опухоли матки обращалось внимание на количество, локализацию и размеры миоматозных узлов (табл.7).

Таким образом, у молодых женщин при опухоли матки преобладают множественные узлы (которые первоначально закладываются, развиваются и растут из нескольких зон роста). Первые 1-3 года размеры узлов, как правило, небольшие. Локализация узлов чаще всего межмышечная и межмышечно-подбрюшинная, по передней и задней стенке матки.

Особое внимание заслуживает изучение наследственной предрасположенности исследованных молодых пациенток с миомой матки. Миома матки имела у матерей и кровных родственников пациенток в 49,6% случаев (51 чел.), 26 женщин не могли ответить на этот вопрос, 7 сообщили, что их родители и сестры здоровы, а у 17 женщин в анамнезе кровных родственников имела другая гинекологическая патология.

Таким образом, сведения о 49,6% случаев «наследственной» миомы матки позволяют предположить, что возникновение миомы матки у женщин ранее 30 лет может являться следствием суммарного эффекта генных и средовых факторов.

Анализ оперативных вмешательств (табл.8) свидетельствует о высокой оперативной активности у пациенток с миомой матки: у 50,5% из них удалены миоматозные узлы (от 1 до 5), почти 20% прооперированы по поводу кист, кистом или кистозных изменений яичников. Этим женщинам производили либо резекцию яичников, либо удаление доброкачественной опухоли. В основном это были эпителиоидные кисты (серозные и псевдомуцинозные). У 11 женщин пришлось произвести надвлагалищную ампутацию матки по поводу больших размеров опухоли матки и их центрипитального (подслизистого)

Таблица 8

Объем оперативных вмешательств

Характер оперативного вмешательства	Кол-во больных	%
Консервативная миомэктомия	51	50,5
Удаление опухоли яичника (резекция или удаление яичника, придатков)	15	24,
Надвлагалищная ампутация матки без придатков	11	10,9

Таблица 9

**Выявление миомы матки
у обследованных больных**

Сроки обнаружения миомы матки (лет)	n-101	%
До 1 года	26	25,7
1 – 2 года	24	23,8
3 – 5 лет	51	50,5

роста, у 3 пациенток этой группы узлы располагались в шеечно-перешеечной области.

Таким образом, половина больных обратилась к врачу своевременно, при появлении патологических симптомов (гиперполименорея, нарушение менструального цикла), но 50,5% из обследованных женщин в течение 3 – 5 лет, зная о появлении у них опухоли матки, к врачу не обращались, пока не появилось бесплодие, самопроизвольные выкидыши, анемия, болевой синдром, что свидетельствует о невнимании к своему здоровью, а также недостаточной санитарно-просветительной работе в регионе (табл.9).

Закключение.

У большей части больных миома матки диагностируется после 25 лет. Данная патология у молодых женщин чаще развивается на фоне многочисленных соматических и гинекологических заболеваний и отсутствия своевременной реализации репродуктивной функции. Соотношение количества родов и абортов в этом возрасте составило 0,9:1,0 и как следствие этого – высокая частота самопроизвольных выкидышей (0,8 на 1 пациентку). Если учесть, что начало половой жизни у обследуемых приходилось в среднем на 14,7±0,9 лет, а первая беременность наступила в 24±0,8 года, то становится очевидным, что между регулярной половой жизнью и первыми родами проходит не менее 9,3 лет. Из сопутствующих гинекологических заболеваний следует выделить гиперплазию эндометрия, кисты и кистомы яичников. Ведущим симптомом нарушения менструального цикла являлась гиперполименорея (55,5%) с последующим развитием гипохромной анемии.

Большое количество хронических экстрагенитальных заболеваний и их сочетание (по 2-3 у каждой пациентки), вероятно, способствует мутации соматических клеток.

Со времени начала половой жизни пациентки заболевали урогенитальными инфекциями, прерывали нежеланную для них беременность, что не могло не отразиться на морфологическом и функциональном состоянии матки и придатков.

Выводы

Изучение особенностей развития миомы матки у молодых женщин показывает, что наиболее значимыми факторами этого заболевания является высокая частота гинекологической патологии, особенно хронических воспалительных заболеваний с неоднократными обострениями и рецидивирующими течениями.

Клинико-anamнестический статус изучаемых пациенток свидетельствует, что факторами риска развития миомы матки у молодых женщин (до 30 лет) являются:

- наследственная предрасположенность;
- длительный промежуток (8-9 лет) между ранним началом половой жизни и первыми родами;
- хронические воспалительные заболевания половых органов с частыми обострениями и рецидивами;
- кисты, кистозные изменения и опухоли яичников, требующие оперативного лечения (резекция, удаление одного яичника, придатков).

Литература

1. Ботвин М.А. Оперативное лечение миомы матки (консервативная миомэктомия) / М. А. Ботвин, И. С. Сидорова, Т. Д.

Гуриев // Сов. медицина. – 2001. – № 10. – С. 12-15.

2. Васильченко Н.П. Лечение больных миомой матки и его эффективность / Н.П. Васильченко, В.И. Фириченко // Акушерство и гинекология. – 1990. – № 2. – С. 7-10.

3. Вихляева Е.М. Адьювантная терапия при миоме матки / Е.М. Вихляева // Вестн. РАМН. – 2002. – № 2. – С. 15-20.

4. Кулаков В.И. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования внутренних половых органов / В.И. Кулаков, Н.Д. Селезнева, В.И. Краснополянский // Оперативная гинекология. – М., 1999. – С. 157-168.

5. Кулаков В.И. Состояние здоровья пациенток после гистерэктомии, произведенных по поводу миомы матки в сочетании с внутренним эндометриозом / В. И. Кулаков [и др.] // Международный конгресс по эндометриозу с курсом эндоскопии. 22-26 апр. 1996 г. : тез. докл. – М., 2000. – С. 430-431.

Т.Н. Курбатова

ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ИММУННОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Цель исследования. Изучение обсемененности, морфологической картины и состояния местной иммунной реакции слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с различной степенью тяжести течения язвенной болезни.

Материал и методы исследования. Проведено обследование 100 работников предприятий ХК «Якутуголь», страдающих язвенной болезнью желудка и (или) двенадцатиперстной кишки, которым проводили эндоскопическое исследование с прицельной биопсией и определением *Helicobacter pylori* (Hr) в биоптате. Обсемененность Hr определялась перед проведением лечения, контрольное исследование проводилось через 1 месяц после проведения антихеликобактерной терапии.

Результаты. Тяжелое течение язвенной болезни сопровождалось развитием рецидивов (12,0%), повышением уровней ИЛ-4 и α-ФНО в 2 раза и более выраженным характером изменений слизистой оболочки. Полная эрадикация чаще наблюдалась у больных с легким течением болезни и средней степенью тяжести (78,0 %).

Заключение. Определение уровня ИЛ-4 и α-ФНО является доступным и эффективным методом определения состояния местной иммунной реакции слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, обсемененность Hr, местная иммунная реакция, интерлейкины – 4 и α-ФНО, морфологические изменения слизистой желудка.

Purpose. Studying insemination, morphological pictures and conditions of local immune reaction of mucous membrane of stomach and duodenum in patients with various degree of severity of current of ulcer of stomach.

Materials and methods. Inspection of 100 workers of «Yakutugol» company, suffering from ulcer of stomach and (or) duodenum, was carried out. They underwent endoscopy examination with target biopsy and detection Hr in biopsy material. Insemination Hr was defined before carrying out of treatment, control examination was carried out in 1 month after antichelicobacterial therapy.

Results. Severe treatment of ulcer of stomach was accompanied by the development of relapses (12.0 %), increase of levels IL-4 and α-PNO in 2 times and more expressed character of changes of mucous membrane. Full eradication was more often in patients with mild and an average degree of current of ulcer of stomach (78.0 %).

Conclusion. Detection of level of IL-4 and α-PNO is an accessible and effective method of detecting the condition of local immune reaction of mucous membrane of stomach and duodenum.

КУРБАТОВА Татьяна Николаевна – врач-терапевт Нерюнгринской районной больницы.

Key words: ulcer of stomach and duodenum, Hp, local immune reaction, interleukin – 4 and α -PNO, morphological changes of mucous of stomach

Известно, что не менее 8% взрослого населения РФ страдает язвенной болезнью [3]. Ежегодно под диспансерным наблюдением состоит около 1 млн. чел. Из числа больных язвенной болезнью, находящихся под диспансерным наблюдением, каждый девятый поступает в стационар в связи с возникающими осложнениями (язвенное кровотечение, перфорация язвы и др.), по поводу которых по жизненным показаниям большинство подвергается операции [6].

В 1990 г. Goodwin и соавторы представили развитие дуоденальной язвы как «патогенетический каскад», начальным этапом которого является развитие желудочной метаплазии в слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки как результат адаптации ее к действию агрессивного желудочного сока. В результате этого каскада и формируется, по мнению авторов, хроническая дуоденальная язва – субстрат язвенной болезни. Замечено, что при заживлении язвы снижается активность хронического гастрита, однако обсеменение *Helicobacter pilory* (Hp) сохраняется [1].

Инфекция Hp длительно, часто пожизненно, персистирует в организме носителя, взаимодействует с иммунной системой. Кроме этого инфекция Hp имеет множество клинических форм, но при всех этих формах происходит воспаление слизистой оболочки желудка. Это воспаление развивается в результате адгезии микроорганизма на желудочном эпителии. Морфологически такое воспаление описывается как инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки нейтрофилами, лимфоцитами, макрофагами, плазматическими клетками с формированием несвойственных желудку лимфоидных фолликулов и повреждением эпителия различной выраженности. Нейтрофильная инфильтрация эпителия и собственной пластинки слизистой оболочки индуцируется как за счет действия непосредственно Hp (за счет выделения растворимого активизирующего нейтрофилы белка), так и через экспрессию эпителиоцитами интерлейкина-8 (ИЛ-8) с последующим запуском всего воспалительного каскада [4].

Установлено, что Hp вызывает хроническую воспалительную реакцию со стороны слизистой оболочки желудка

практически у всех инфицированных. Под воздействием ферментов бактерии клетки желудочного эпителия синтезируют интерлейкины (ИЛ): ИЛ-1 β , ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-8; фактор некроза опухоли (ФНО) – α [5]. Количественное определение уровня этих интерлейкинов имеет важное значение при оценке иммунного статуса организма.

Альфа-ФНО относится к цитокинам 2-го класса, проявляет избирательную цитотоксичность в отношении некоторых опухолевых клеток; активирует гранулоциты, макрофаги, эндотелиальные клетки, гепатоциты, остеокласты и хондроциты, транскрипцию других провоспалительных цитокинов; стимулирует пролиферацию и дифференцировку нейтрофилов, фибробластов, эндотелиальных клеток, Т- и В-лимфоцитов; усиливает поступление нейтрофилов из костного мозга в кровь; обладает противоопухолевой и противовирусной активностью.

Целью данного исследования является изучение обсемененности, морфологической картины и состояния местной иммунной реакции слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (на примере изучения уровня ИЛ-4 и α -ФНО в крови исследуемых) у больных, работающих на предприятиях ХК «Якутуголь», с различной степенью тяжести течения язвенной болезни.

Материалы и методы исследования

Было проведено исследование работников предприятий ХК «Якутуголь», страдающих язвенной болезнью желудка и (или) двенадцатиперстной кишки. Всем больным проводили эндоскопическое исследование желудка и 12-перстной кишки с прицельной биопсией и определением Hp в биоптате с помощью уреазного теста, морфологическое исследование слизистой оболочки желудка, а также определение уровня ИЛ-4 и α -ФНО крови. Обсемененность Hp определялась перед проведением лечения у больных с эндоскопически доказанными язвенными дефектами желудка и двенадцатиперстной кишки. Контрольное исследование проводилось через 1 месяц после проведения антихеликобактерной терапии. Степень обсемененности Hp определяли по 4-балльной шкале: отсутствие изме-

нения окраски индикатора, так называемый отрицательный тест, принималось за 1-ю степень обсемененности, изменение окраски индикатора более чем за 3-4 мин (слабо положительный тест «+») – за 2-ю, в течение 2-3 мин (положительный тест «++») – за 3-ю и менее чем за 1 мин (сильно положительный тест «+++») – за 4-ю степень обсеменения.

Для определения уровня интерлейкинов применялись диагностические тест-системы А-8756 «Альфа-ФНО-ИФА-БЕСТ» и А-8754 «ИЛ-4-ИФА-БЕСТ» производства ЗАО «Вектор-Бест», г. Новосибирск. Нормальные показатели ИЛ-4 в крови человека – 0–20,0 пг/мл, α -ФНО – 0–2,5 пг/мл.

Оценка биоптатов проводилась при помощи световой микроскопии. Для этого биоптаты фиксировали в 10%-ном нейтральном формалине, забуферованном по Лилли, после чего подвергали стандартной гистологической обработке с получением парафиновых срезов толщиной 5 мкм. Для оценки общепатологических изменений слизистой оболочки срезы окрашивали гематоксилин-эозином.

Всего за 2004-2006 гг. проведен анализ 100 протоколов эндоскопического исследования работающих в угольной промышленности: 50 протоколов лиц с легким течением язвенной болезни и средней степени тяжести, без осложнений в анамнезе и сроками временной нетрудоспособности, соответствующими медико-экономическим стандартам (МЭС), – 1-я группа, и 50 протоколов лиц с тяжелым течением язвенной болезни, имеющих в анамнезе осложнения, с длительной временной нетрудоспособностью – 2-я группа. Возраст больных 1-й группы варьировал от 18 до 67 лет (средний возраст 38,3), 2-й группы – от 22 до 60 лет (средний возраст 39,2). Основную часть групп составляли мужчины – по 92,0% в обеих группах.

Результаты исследования

Полная эрадикация наблюдалась у 39 больных 1-й группы и 21 – 2-й группы (78,0 и 42,0% соответственно). Неполная эрадикация выявлена у 11 больных 1-й группы и 26 – 2-й (22,0 и 52,0% соответственно). Не было эффекта от антихеликобактерной терапии только у 3 больных (6,0%) 2-й группы. В 1-й группе таких больных не

Таблица 1

Характеристика уровня интерлейкинов

	Уровень интерлейкинов, пг/мл	1-я группа		2-я группа	
		чел.	%	чел.	%
ФНО	0 – 0,5	6	12	3	6
	0,51 – 1,0	37	74	29	58
	1,01 – 1,5	2	4	5	10
	1,51 – 2,0	-	-	1	2
	2,01 – ...	5	10	12	24
ИЛ-4	0 – 5,0	19	38	19	38
	5,1 – 10,0	22	44	16	32
	10,1 – 15,0	1	2	4	8
	15,1 – 20,0	1	2	1	2
	20,1 –	7	14	10	20

было. За время исследования рецидив язвенной болезни наблюдался также только во 2-й группе. Таких больных было 6 чел. (12,0 %).

Исследование уровня интерлейкинов крови дало следующие результаты (табл.1).

В обеих группах уровень ФНО у значительного числа больных был в пределах 0,51-1,0 пг/мл: 37 чел. 1-й группы и 29 – 2-й группы (74,0 и 58,0% соответственно). Повышение уровня ФНО выявлено у 5 больных 1-й группы и 12 – 2-й (10,0 и 24,0% соответственно).

При исследовании уровня ИЛ-4 выявлены следующие результаты. У 19 больных обеих групп (38,0%) значение ИЛ-4 не превышало 5,0 пг/мл. Повышение уровня ИЛ-4 выявлено у 7 больных 1-й группы и 10 больных 2-й группы (14,0 и 20,0 % соответственно). У большинства больных 1-й группы уровень ИЛ-4 находился в пределах 5,1–10,0 пг/мл.

Морфологические изменения слизистой оболочки антрального отдела желудка были представлены атро-

Таблица 2

Степень морфологических изменений слизистой оболочки желудка

Степень тяжести антрум-гастрита	1-я группа		2-я группа	
	Кол-во больных	%	Кол-во больных	%
Атрофический	4	8	39	78
Поверхностный	21	42	2	4
Умеренно выраженный	25	50	9	18

фическим, поверхностным и умеренно выраженным антрум-гастритом (табл.2).

У большинства больных 1-й группы морфологические изменения слизистой оболочки желудка были представлены умеренно выраженным антрум-гастритом. Во 2-й группе морфологические изменения в виде атрофического гастрита были выявлены у 39 больных.

Лимфоидный фолликул выявлен у 5 (10%) больных 2-й группы и у 1 больного 1-й группы.

На основании вышеизложенного можно сделать заключение: у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки – работников предприятий ХК «Якутуголь» тяжелое течение сопровождалось развитием рецидивов (12,0%), повышением уровня ИЛ-4 и α -ФНО в 2 раза и более выраженным характером изменений слизистой оболочки. Полная эрадикация чаще наблюдалась у больных с легким течением язвенной болезни и средней степени тяжести (78,0%).

Уровни ИЛ-4 и α -ФНО являются одним из показателей состояния местной иммунной реакции слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

Литература

1. Аруин Л.И. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника

/ Л.И. Аруин, Л.Л. Капуллер, В.А. Исаков. – М., 1998. – 496 с.

2. Дубцова Е.А. Некоторые иммунологические аспекты язвообразования / Е.А. Дубцова // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2002. – №4. – С.9-13.

3. Крылов Н.Н. Факторы, влияющие на качество жизни больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки / Н.Н. Крылов // Рос. журнал гастроэнтерол., гепатол. – 1996. – №4, прилож.1. – С. 318.

4. Маев И.В. Современные представления о заболеваниях желудочно-кишечного тракта, ассоциированных с *Helicobacter pylori* / И.В. Маев // Терапевтический архив. – 2006. – № 2. – С. 10-15.

5. Ценева Г.Я. Патогенез, диагностика и лечение инфекции, обусловленной *Helicobacter pylori* / Г.Я. Ценева [и др.]. – СПб., 2003.

6. Fendrick A.M. Alternative management strategies for patients with suspected peptic ulcer disease / A.M. Fendrick [et al] // Ann. Intern. Med. – 1995. – Vol. 123. – P. 260–368.

7. Suzuki M. Pathogenesis of duodenal erosion after *Helicobacter Pylori* / M. Suzuki, T. Kitahora // Endoscopy. – 2001. – Vol. 11(1). – P.85.

8. Wormsley R. The Pathophysiology of duodenal ulceration / R. Wormsley // Gut. – 2000. – Vol. 15. – P. 59-81.

Г.А. Пальшин, С.П. Васильев, Р.Н. Павлов, И.И. Индеев,
А.В. Колосов, С.Н. Лонин

НОВАЯ МЕТОДИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ И ОСТЕОЭПИФИЗИОЛИЗА ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Цель исследования. Разработка и внедрение в практику нового малоинвазивного метода оперативного вмешательства при переломах шейки лучевой кости и остеозефифизиолизе головки лучевой кости, исключающего травматизацию локтевого сустава.

Материалы и методы. В основу исследования положен опыт диагностики, лечения и изучения исходов у 30 больных в возрасте от 5 до 16 лет с диагнозами: закрытый перелом шейки лучевой кости со смещением головки, остеозефифизиолиз головки лучевой кости со смещением.

Выводы. Во время выполнения данной операции есть возможность наиболее точной репозиции отлома. В отличие от трансартрикулярной фиксации головки наша методика позволяет не внедряться в полость локтевого сустава. Для выполнения представленной операции не требуется специальная подготовка хирурга и инструментария.

Ключевые слова: остеозефифизиолиз головки лучевой кости, шейка лучевой кости, спица с изогнутым концом.

Purpose. Development and introduction in practice a new poorly invasive method of operative intervention in a fracture of neck of radial bone and epiphyseal fracture of head of radial bone, excluding traumatism of an elbow joints.

Materials and methods. Experience of diagnostics, treatment and studying of outcomes is put in a basis of research in 30 patients at the age of from 5 to 16 years with diagnoses: the closed fracture of neck of radial bone with displacement of head, epiphyseal fracture of head of radial bone with displacement.

Conclusion. During performance of this operation there is an opportunity of the most exact replacement of fragments. Unlike transarticular fixings of head our technique allows not to take root into a cavity of an elbow joint. For performance of the presented operation special preparation of the surgeon and toolkit is not required.

Keywords: epiphyseal fracture of head of radial bone, neck of radial bone, a spoke with curved point.

Локтевой сустав является очень сложным в анатомо-функциональном отношении. Повреждение головки и шейки лучевой кости относится к одним из частых травм опорно-двигательного аппарата.

Настоящая работа посвящена решению некоторых вопросов, имеющих важное значение в травматологии при лечении переломов шейки лучевой кости и остеозефифизиолиза её головки.

При этом типе переломов применяются консервативные и оперативные методы лечения. Н. Tscherne и соавторы

отмечают, что консервативное лечение следует проводить при стабильных типах переломов.

Хирургические методы лечения переломов шейки и головки лучевой кости у детей имеют свои особенности из-за продолжающегося роста пациентов и увеличения сроков консолидации при дополнительной травматизации во время выполнения операции. Поэтому требуется наиболее дифференцированный подход к выбору методов и средств лечения переломов.

Для репозиции и остеосинтеза смещённой головки лучевой кости используются разные способы: закрытые репозиции с последующим наложением гипсовой лонгеты, репозиции при помощи тонкого стального зонда (разработан и применен Г.С. Юмашевым в 1956 г.) и открытая репозиция отломка. Остеосинтез репонируемой головки обычно осуществляется спицей, проведенной через полость локтевого сустава, или конечность иммобилизуется только гипсовой лонгетой.

Трансартрикулярный остеосинтез спицей головки лучевой кости имеет ряд отдалённых осложнений:

а) стойкая контрактура в локтевом суставе из-за остеосинтеза спицей, проведенной через сустав;

б) поломка металлоконструкции, которая вынуждала делать повторные операции с целью удаления фрагментов поломанной спицы, травматичность при этом превышала самую открытую репозицию. В результате повторной иммобилизации возникала ещё более стойкая контрактура локтевого сустава.

Все вышеизложенное свидетельствует об актуальности данной работы и является основанием для поиска нового малоинвазивного метода лечения переломов шейки и головки лучевой кости, исключающего травматизацию локтевого сустава.

Цель работы и задачи исследования

Целью исследования является разработка и внедрение в практику нового малоинвазивного метода оперативного вмешательства при переломах шейки и головки лучевой кости, исключающего травматизацию локтевого сустава.

ПАЛЬШИН Геннадий Анатольевич – д.м.н., проф., гл. травматолог Дальневосточного федерального округа; **ВАСИЛЬЕВ Сергей Петрович** – ортопед-травматолог 1-й квалиф. категории ПЦ РБ №1-НЦМ; **ПАВЛОВ Роман Николаевич** – к.м.н., ортопед-травматолог ПЦ РБ №1-НЦМ, гл. внештат. детский травматолог-ортопед МЗ РС(Я); **ИНДЕЕВ Илларион Иванович** – ортопед-травматолог высшей квалиф. категории, зав. отделением ПЦ РБ №1-НЦМ; **КОЛОСОВ Алексей Валерьевич** – ортопед-травматолог ПЦ РБ №1-НЦМ; **ЛОНИН Станислав Николаевич** – ортопед-травматолог МУ Поликлиника №1 г. Якутска.

Для достижения этой цели поставлены задачи:

1. Создать новую модель металлоконструкции для репозиции и остеосинтеза головки лучевой кости.
2. Исключить внедрение металлоконструкции в полость сустава.
3. Производить очень простую, не требующую особой специализации хирурга, малоинвазивную закрытую точную репозицию сложных переломов головки лучевой кости.
4. Исключить возможность поломки металлоконструкции в период фиксации.
5. Минимизировать возможность гнойных послеоперационных осложнений, осуществляя закрытую репозицию.
6. Обеспечить раннюю, к концу второй недели, разработку локтевого сустава.

Материалы и методы

В основу исследования положен опыт диагностики, лечения и изучения исходов у 32 больных в возрасте от 4 до 14 лет с внутрисуставными переломами костей локтевого сустава.

С 2000 по 2006 г. в отделении детской травматологии и ортопедии Педиатрического центра РБ №1-НЦМ МЗ РС(Я) пролечено 32 пациента с переломами головки лучевой кости. Все пациенты оперированы по разработанной и внедренной нами оригинальной методике – одномоментная репозиция и остеосинтез головки лучевой кости спицей с управляемым изогнутым концом.

В работе использованы клинический и рентгенологический (включая электронно-оптический преобразователь) методы исследования.

Результаты и обсуждение

Первым этапом разработанного нами метода осуществляется по

возможности точная закрытая репозиция перелома головки лучевой кости, для чего оперирующий хирург, пальпаторно надвигая на область головки лучевой кости, совершает супинационные и пронационные движения в предплечье, осуществляя одновременно тракцию сегмента. При подобной манипуляции обычно достигается грубая, предварительная репозиция отломка. Вторым этапом в дистальный метафиз лучевой кости, не доходя до зоны роста 3-4 мм, интрамедуллярно вводится спица с управляющим изогнутым концом до линии перелома шейки лучевой кости (рис. 1, 2).

Для управления и продвижения спицы в костномозговом канале мы используем стандартный патрон для дрели фирмы "Aescular", фиксируя спицу на расстоянии от места вкола около 2-5 см и меняя её положение в зависимости от продвижения спицы в канале кости. Можно применить любой патрон дрели отечественного производства. Применяя электронный оптический преобразователь (ЭОП), а также визуальный контроль за изогнутым «флажком», оперирующий хирург разворачивает спицу в сторону сместившейся головки и «нанизывает» головку на её изогнутый конец. ЭОП-контроль в данном случае необходим для того, чтобы не допустить выхода конца спицы в полость сустава (рис.3).

После того, как головка нанизана на управляемый конец спицы, оперирующий хирург производит поворот спицы по её оси на 180°, в результате происходит репозиция головки по дугообразной траектории (рис. 4).

Если расстояние, пройденное головкой, недостаточно для точной репозиции и сохраняется некоторое смещение поперечника кости, то оперирующий хирург, осуществив тракцию спицы на 1-2 см и развернув её на 180° вновь внедряет управляемый конец в проксимальный отломок и проворачивает спицу в канале кости на 180°, достигая таким образом удовлетворительного стояния отломков.

В таком положении головка не нуждается в дополнительных средствах фиксации. Стабильность остеосинтеза осуществляется плавно изогнутым отделом спицы в области прохождения

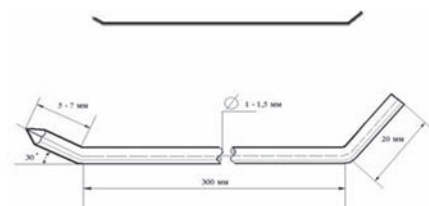


Рис.1. Вид спицы с управляемым изогнутым концом



Рис.2. Введение спицы по костномозговому каналу лучевой кости



Рис.3. Фиксирование головки лучевой кости изогнутым концом спицы и поворот на 180°



Рис.4. Репозиция и остеосинтез головки лучевой кости спицей с изогнутым управляемым концом

кортикала дистального метафиза лучевой кости. Ротация по оси спицы и как следствие – смещение отломка будут предотвращаться упругими свойствами металла спицы.

Последним этапом производится скручивание спицы под кожей, чем предотвращается возможность проникновения инфекции в канал кости.

В завершение больному накладывается стандартная гипсовая лонгета от «здоровой» лопатки до головок пястных костей.



Рис.5. Рентгенограмма больной Н., 1994 г.р. Закрытый перелом шейки лучевой кости со смещением (до операции)



Рис.6. Рентгенограмма локтевого сустава после операции методом одномоментной репозиции и остеосинтеза головки лучевой кости спицей с управляемым изогнутым концом



Рис.7. Исход операции – выздоровление

На рис. 5-7 представлен пример из нашей клинической практики.

Выводы

1. Во время выполнения данной операции есть возможность наиболее точной репозиции отломка.

2. В отличие от трансартикулярной фиксации головки наша методика позволяет не внедряться в полость локтевого сустава.

3. Возможность ранней разработки

сустава после операции в связи с интактностью суставных поверхностей и стабильностью остеосинтеза.

4. Отсутствие кровопотери во время операции.

5. Исключается миграция металлического фиксатора или поломка его, как при трансартикулярной фиксации.

6. Минимализация опасности повреждения сосудов и нервов во время операции.

7. Простота выполнения операции, не требующая специальной подготовки хирурга и инструментария.

Данная методика оперативного лечения с использованием спицы с управляющим изогнутым концом впервые успешно применена в 2000 г. в отделении детской ортопедии и травматологии Педиатрического центра РБ №1-НЦМ. Прооперировано 32 пациен-

та. Послеоперационные результаты нами оценены как хорошие.

Литература

1. Травматология и ортопедия / под ред. члена-корр. РАМН Шапошникова Ю.Г. – М., 1997. – С. 463-471.
2. Травматология детского возраста / под ред. члена-корр. АМН СССР, проф. Баринова Г.А. – Л., 1976. – С. 240-246.
3. Юмашев Г.С. Травматология и ортопедия / Г.С. Юмашев. – М., 1983. – С. 282.
4. Новаченко Н.П. Руководство по ортопедии и травматологии / Н.П. Новаченко, Ф.Р. Богданов, Б. Бойчев. – М., 1968. – С.96-100.
5. Анатомия и оперативная хирургия / под ред. акад. РАМН Лопухина Ю.М. – М., 2001. – С. 126-155.
6. Горяинова М.Т. // Сборник научных трактатов. – Ярославль, 1985. – С.20- 22.
7. Демьянов В.М., Величко О.Е. // Ортопедия и травматология. – 1965. – №12. – С. 51-53.
8. Михович М.С. // Там же. – 1983. – №1. – С. 53-54.
9. Чаклин В.Д. Основы оперативной ортопедии и травматологии / В.Д. Чаклин. – М., 1964.

С.А. Винничук, В.А. Аргунов

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АТЕРОСКЛЕРОЗА СОННЫХ АРТЕРИЙ У КОРЕННОГО И НЕКОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ г. ЯКУТСКА

Цель исследования. Выявить особенности течения атеросклеротического процесса в общих и внутренних сонных артериях у коренного и некоренного населения г. Якутска.

Материалы и методы. Визуально-планиметрическим и гистоморфометрическим методами исследованы 247 комплектов внутренних и общих сонных, а также внутримозговых артерий.

Результаты. У коренных жителей Якутии атеросклероз в сонных артериях выражен существенно слабее, чем у некоренного населения. Тяжесть атеросклеротического процесса в обеих этнических группах была существенно больше в общей сонной артерии, чем во внутренней. При гистоморфометрическом изучении артерий основания головного мозга выявлены более выраженные изменения у некоренного населения, чем у якутов, характеризующиеся гиперплазией, склерозом интимы и меди, повышенной извитостью внутренней эластической мембраны.

Заключение. Для якутского населения свойственны меньшие частота и площадь и замедленное развитие возвышающихся атеросклеротических поражений, тогда как для некоренных жителей характерно раннее, частое и более интенсивное развитие атеросклероза в общих и внутренних сонных артериях.

Ключевые слова: атеросклероз, сонные артерии, морфология.

Purpose. To reveal the features of atherosclerotic process in the common and internal carotid arteries in indigenous and non-indigenous population of Yakutsk

Materials and methods. Using visually planimetric and histomorphometric methods we examined 247 complete sets of the internal and common carotid arteries. And intracerebral arteries either.

Results. Atherosclerosis in carotid arteries presents essentially more poorly in indigenous population, than in non-indigenous. Severity of atherosclerotic process in both ethnic groups was essentially more in the common carotid artery, than in the internal. When the arteries of the basis of the brain were examined by histomorphometric method, we found out more expressed changes in non-indigenous population, than in the Yakuts. These changes are connected with hyperplasia, sclerosis of intima and media, increased tortuosity of internal elastic membrane.

Conclusion. The Yakut population has the smaller frequencies and area and the slow development of towering atherosclerotic defeats, whereas non-indigenous population has the early, frequent and more intensive development of an atherosclerosis in common and internal carotid arteries.

Key words: atherosclerosis, carotid arteries, morphology.

ВИННИЧУК Сергей Анатольевич – врач патологоанатом РБ №1-НЦМ; АРГУНОВ Валерий Архипович – д.м.н., проф., зам. директора ЯНЦ РАМН и Правительства РС(Я).

Введение

По меньшей мере 75-80% всех сердечно-сосудистых заболеваний так или иначе связано с атеросклерозом [1], а его роль в развитии цереброваскулярной патологии не вызывает сомнений. Атеросклероз может приводить к появлению мозговых симптомов за счет гемодинамических, тромбоэмболических факторов или их сочетания [2], на его долю приходится 84% всех окклюзирующих поражений сосудов головного мозга [3]. По данным разных авторов, возвышающиеся поражения экстра- и интракраниальных артерий (чаще экстракраниальных [4]) в 20-60% случаев становятся причиной развития нарушений церебрального кровообращения [5, 6, 7, 8] и в первую очередь мозгового инфаркта [9]. Изучение атеросклероза сонных артерий тем более важно, что рост смертности в России от сосудистых заболеваний мозга выше (по разным источникам, в 2-8 раз), чем в других индустриально развитых странах [10, 11, 12]. Отмечается, что в последние годы инсульт в Российской Федерации вышел на второе место среди других причин смерти (после ишемической болезни сердца), составляя 21,4% в 1998 и 20,8% в 2001 гг. в структуре общей летальности [13]. Течение и степень выраженности атеросклеротических поражений в разных географических регионах значительно отличаются, что обусловлено, в первую очередь, влиянием экологических факторов, таких как климат, особенности питания, труда, быта и т.д. [1, 14]. В связи с этим региональные исследования атеросклероза представляют несомненный интерес.

Цель исследования – выявить особенности течения атеросклеротического процесса в общих и внутренних сонных артериях у коренного и некоренного населения г. Якутска.

Материал и методы

Сбор материала производился в 2000-2005 гг. на базах патологоанатомического отдела Республиканской больницы №1 – НЦМ и Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы. Объектом исследования явились общие (ОСА) и внутренние (ВСА) сонные артерии, изъятые во время патологоанатомических вскрытий у 197 лиц, умерших от различных заболеваний в возрасте от 18 до 83 лет и у 50 практически здоровых лиц, умерших от насильственных причин в возрасте от 16 до 54 лет. Число ко-

ренных жителей (преимущественно якуты) составило 43,3% (n=107): мужчины 23,9 (n=59), женщины – 19,4 (n=48), число некоренных (преимущественно русские) – 52,7% (n=130): мужчины 36,9 (n=91), женщины – 19,8 (n=49). У лиц, умерших от заболеваний, чаще всего выявлялись болезни сердечно-сосудистой системы (33,2% (n=82)), примерно в равном количестве инфекционные заболевания (9,3% (n=23)), болезни желудочно-кишечного тракта (8,9% (n=22)), дыхательной системы (9,7% (n=24)) и новообразования (10,1% (n=25)). Наиболее частыми причинами насильственной смерти явились автомобильная (4,9% (n=12)) и кататравма (4,5% (n=11)), реже имели место другие причины. Изучались частота и площадь возвышающихся атеросклеротических поражений, к которым в соответствии с терминологией ВОЗ были отнесены фиброзные бляшки, осложненные поражения (изъязвление, тромбоз) и кальциноз. Для каждого комплекта сосудов заполнялась «Специальная карта клинко-анатомических сведений для изучения эпидемиологии и патологии атеросклероза» (форма № ВР 330/84/4), в которую заносились данные вскрытия и анамнестические данные из истории болезни. Площадь поражения определялась визуально-планиметрическим методом (А.М. Вихерт, В.С. Жданов; 1976 г). Для гистологического исследования основной и средних мозговых артерий были взяты сосуды у 40 лиц (20 коренных и 20 некоренных), умерших в возрасте от 40 до 50 лет. Срезы окрашивались гематоксилином-эозином по стандартной методике. Определялась толщина меди-интимы. Статистическая обработка производилась компьютерными программами StatPlus 2005 Professional v3.5.3.0 и Microsoft® Excel 2002.

Результаты исследования и обсуждение

Стандартизованный по возрасту показатель частоты поражения СА атеросклерозом выявил преобладание процесса у некоренных жителей г. Якутска по сравнению с коренными, в большей степени у мужчин. В ОСА у коренных мужчин он составил 37,3%, женщин – 37,5%, у некоренных мужчин – 74,7%, женщин – 55,1% (p<0,05); во ВСА – 27,1%, 22,9, 67 и 40,8% (p<0,05) соответственно.

Частота атеросклеротических поражений нарастала с возрастом, дости-

гая максимальных показателей у лиц старше 70 лет. Так, у коренных жителей частота атеросклероза ОСА в возрасте до 30 лет составила 4,5±0,8% и достигла 92,3±2,9% в возрасте старше 70 лет, у некоренных этот показатель в тех же возрастных группах вырос с 28,6±1,7% до 100%. Аналогичная картина наблюдалась и в ВСА. Значительный прирост частоты атеросклероза в ОСА отмечался после 40 лет жизни: у коренного населения показатель увеличился с 11,1±2,0% (30-39 лет) до 29,4±1,7% (40-49 лет), у некоренного – с 26,9±3,3% (30-39 лет) до 57,1±1,9% (40-49 лет). Значительный прирост частоты поражения в ВСА отмечался на десятилетие позже. Следует отметить, что у коренных жителей в возрасте до 30 лет возвышающиеся поражения ВСА не были обнаружены. Статистически значимыми явились показатели частоты в пределах возрастных групп от 30 до 69 лет (табл. 1).

Стандартизованный по возрасту показатель частоты поражения разными видами атеросклероза выявил их преобладание у некоренного населения. Как в ОСА, так и во ВСА частота поражения ФБ в данной группе населения была выше примерно в 2 раза (ОСА: коренные – 30,8%, некоренные – 52,1%; ВСА: коренные – 19,6%, некоренные – 41,4%; (p<0,05)). Значительно чаще выявлялись осложненные поражения (ОСА: 6,5 и 15,7%; ВСА: 5,6 и 13,6% соответственно (p<0,05)) и кальциноз (ОСА: 4,7 и 7,9%; ВСА: 0,9 и 5,7% соответственно (p<0,05)) (рис. 1).

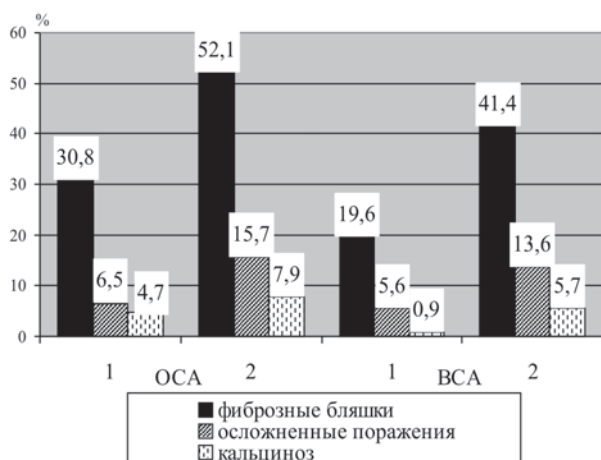
При сравнении частоты фиброзных бляшек по возрасту выявлено ее пре-

Таблица 1

Возрастная динамика частоты атеросклеротических поражений СА у коренного (1) и некоренного (2) населения, %

Возраст, годы	Группа	Артерии	
		ОСА	ВСА
До 30	1	4,5±0,8**	0
	2	28,6±1,7**	14,3±1,6**
30-39	1	11,1±2,0*	11,1±1,4*
	2	26,9±3,3*	19,2±1,6*
40-49	1	29,4±1,7*	13,3±1,2*
	2	57,1±1,9*	39,3±1,6*
50-59	1	40,9±1,8*	31,8±1,7*
	2	78,8±2,4*	66,7±3,9*
60-69	1	73,3±4,7*	40±3,8*
	2	93,1±4,0*	75,9±1,5*
70 и старше	1	92,3±2,9**	76,9±3,0**
	2	100	94,1±5,4**

* p<0,05, ** p<0,1.



Стандартизованный по возрасту показатель частоты разных видов возвышающихся поражений в СА у коренного (1) и некоренного (2) населения, % ($p < 0,05$)

обладание у некоренного населения. Значительное увеличение частоты фиброзных бляшек в ОСА как у коренного, так и у некоренного населения наблюдалось с 4-го десятилетия жизни: с $11,1 \pm 2,0\%$ (30-39 лет) до $29,4 \pm 1,7\%$ (40-49 лет) и с $23,1 \pm 3,0\%$ (30-39 лет) до $50,0 \pm 1,9\%$ (40-49 лет) соответственно ($p < 0,05$). Во ВСА значительное увеличение частоты у коренных отмечалось на десятилетие позже. Осложненные поражения в ОСА у некоренных жителей появлялись уже на 4-м десятилетии жизни; их частота в возрасте 30-39 лет составляла $3,8 \pm 0,8\%$, в 40-49 лет – $7,1 \pm 0,9\%$ ($p < 0,05$). У коренного населения осложненные поражения в ОСА появлялись после 50 лет. Во ВСА этот вид атеросклероза независимо от этнической принадлежности обнаруживался только на 6-м десятилетии жизни. Кальциноз по сравнению с осложненными поражениями появлялся в более позднем возрасте и чаще наблюдался в ОСА. Так, кальциноз у некоренных жителей в ОСА впервые обнаруживался на 5-м десятилетии жизни, во ВСА на 6-м, его частота в этих возрастных группах составляла $7,1 \pm 0,9$ и $9,1 \pm 1,1\%$ соответственно. У

коренного населения в ОСА кальциноз появлялся в 50-59 лет ($4,5 \pm 1,2\%$), а во ВСА только после 70 лет жизни в $7,7 \pm 0,9\%$ случаев ($p < 0,05$).

Стандартизованный по возрасту показатель средней площади атеросклеротических поражений сонных артерий выявил ее значительное преобладание у некоренных мужчин. В ОСА общая площадь возвышающихся поражений у коренных мужчин составила $11,5 \pm 1,2\%$, женщин – $8,2 \pm 1,0\%$, у некоренных – $19,8 \pm 2,4$ и $13,3 \pm 1,6\%$ соответственно; во ВСА – $9,7 \pm 1,5$, $5,8 \pm 0,8$, $15,6 \pm 3,1$ и $11,6 \pm 0,8\%$ от общей площади интимы сосуда соответственно ($p < 0,01$). Наибольшую площадь интимы сонных артерий занимали фиброзные бляшки. Стандартизованный по возрасту показатель средней площади этих изменений в ОСА составил у коренных жителей $9,3 \pm 1,5\%$, у некоренных $14,7 \pm 1,4\%$, во ВСА $5,9 \pm 0,9$ и $9,6 \pm 1,3\%$ соответственно. Площадь осложненных поражений была больше во ВСА, фиброзных бляшек и кальциноза в ОСА ($p < 0,01$).

При анализе возрастной динамики различных видов атеросклеротических поражений выявлялось преобладание их площади у лиц старше 70 лет. Значительный прирост площади фиброзных бляшек наблюдался после 40 лет: с $2,17 \pm 0,9$ до $7,89 \pm 2,0\%$ в ОСА и с $0,25 \pm 0,1$ до $3,59 \pm 1,1\%$ во ВСА (табл. 2).

Анализ возрастной динамики фиброзных бляшек ОСА в разных этнических группах выявил значительное преобладание их площади у некоренных мужчин. Так, в возрасте до 30 лет средний показатель уже составлял $3,67 \pm 1,1\%$ от общей площади интимы,

и с каждым последующим десятилетием отмечался ее заметный прирост, достигая после 70 лет $40,84 \pm 1,6\%$. У некоренных женщин в возрастных группах до 40 лет обнаруживалась меньшая площадь поражения по сравнению с коренными мужчинами, но в последующих десятилетиях наблюдалось преобладание процесса со значительным приростом после 50 лет: с $7,87 \pm 1,3\%$ (40-49 лет) до $14,48 \pm 1,6\%$ (50-59 лет). Наименьшая площадь поражения была у коренных женщин, у которых до 40 лет фиброзные бляшки в ОСА не обнаруживались, и прирост их площади в каждом последующем десятилетии происходил без резких скачков. Поражение фиброзными бляшками ВСА также было более выражено у некоренных мужчин, их площадь значительно превышала средние показатели в других группах и занимала после 70 лет 1/3 от общей площади интимы сосуда. Фиброзные бляшки не обнаруживались у коренных мужчин до 30 и у женщин обеих национальностей до 40 лет. Значительный темп прироста площади фиброзных бляшек в ОСА у коренного населения наблюдался на 6-м десятилетии, у некоренного – на 5-м. Во ВСА в обеих этнических группах увеличение прироста обнаруживалось на 5-м десятилетии жизни, но темп прироста площади у некоренных жителей превосходил показатель коренных.

Осложненные поражения в ОСА до 50 лет не обнаруживались у женщин обеих этнических групп и у мужчин коренной национальности. У некоренных мужчин отмечалось нарастание их площади до 60-69 лет с некоторым снижением показателей на 8-м десятилетии жизни – с $3,24 \pm 1,1\%$ до $1,75 \pm 0,7\%$ соответственно. У некоренных женщин, несмотря на более позднее появление осложненных поражений, отмечался стабильный прирост площади в последующих десятилетиях: с $0,82 \pm 0,1\%$ (50-59 лет) до $1,25 \pm 0,4$ (60-69 лет) и $1,36 \pm 0,4\%$ (старше 70), и в старшей возрастной группе показатель уступал только показателю площади осложненных поражений ОСА некоренных мужчин. Во ВСА в отличие от ОСА осложненные поражения у некоренных мужчин и у коренных женщин появлялись позже – после 50 и 60 лет соответственно; несмотря на это в результате резкого прироста площади после 70 лет процесс во ВСА был выражен значительно сильнее, чем в ОСА, достигая у коренных мужчин и

Таблица 2

Возрастная динамика площади разных видов возвышающихся поражений сонных артерий, %

Возраст	ОСА			ВСА		
	ФБ	ОП	К	ФБ	ОП	К
До 30	$1,09 \pm 0,2$	0	0	$0,2 \pm 0,1$	0	0
30-39	$2,17 \pm 0,9$	0,12	0	$0,25 \pm 0,1$	0	0
40-49	$7,89 \pm 2,0$	$0,36 \pm 0,1$	0,12	$3,59 \pm 1,1$	0	0
50-59	$13,47 \pm 1,2$	$1,04 \pm 0,4$	$0,21 \pm 0,1$	$6,74 \pm 1,4$	$0,83 \pm 0,2$	0,05
60-69	$18,39 \pm 2,9$	$1,51 \pm 0,7$	$0,32 \pm 0,2$	$10,89 \pm 1,3$	$1,36 \pm 0,4$	$0,2 \pm 0,1$
70 и старше	$28,78 \pm 1,5$	$1,17 \pm 0,5$	$0,81 \pm 0,2$	$24,75 \pm 1,7$	$6,06 \pm 1,4$	$0,17 \pm 0,2$

женщин $6,84 \pm 1,8$ и $2,99 \pm 1,0\%$, у некоренных мужчин и женщин – $7,56 \pm 1,8$ и $6,84 \pm 1,8\%$ от общей площади ВСА. Темп прироста площади осложненных поражений в ОСА у некоренного населения преобладал на 5-м и 7-м десятилетиях жизни, у коренных жителей он отмечался с 6-го, где сравнивался с некоренными, с дальнейшим снижением на 7-м и 8-м десятилетиях. Во ВСА темп прироста в обеих этнических группах наблюдался на 7-м десятилетии жизни и дальше преобладал у некоренных жителей.

Кальциноз ОСА у некоренных жителей обнаруживался уже с 5-го десятилетия жизни и был значительно более выражен у мужчин, составляя в 40-49 лет $0,44 \pm 0,1\%$ от общей площади интимы. Кальцинирование бляшек у коренных мужчин отмечалось с 6-го ($0,08\%$), у коренных женщин с 7-го ($0,05\%$ от общей площади интимы) десятилетия жизни. Максимальная площадь кальциноза обнаруживалась после 70 лет и была более выражена у некоренных мужчин ($1,79 \pm 0,4\%$). Во ВСА кальциноз был выражен меньше, чем в ОСА. «Лидерами» также являлись некоренные жители, в большей степени мужчины, у которых на 8-м десятилетии жизни его площадь достигала $0,59 \pm 0,1\%$ от общей площади интимы сосуда. В некоренной группе у женщин кальцинирование бляшек не обнаруживалось, у мужчин наблюдалось после 70 лет жизни. Темп прироста площади кальциноза у некоренных жителей в ОСА был значительно выше и наблюдался уже с 6-го десятилетия жизни, у некоренных – стабильно до 7-го с некоторым подъемом на 8-м. Во ВСА у некоренного населения также обнаруживался более ранний прирост площади – с 7-го десятилетия, у коренных жителей только на 8-м.

Средняя толщина интимы средней мозговой артерии и основной артерии составила у коренного населения $11,5 \pm 0,4$ и $18,3 \pm 0,6$ мкм, у некоренного $14,8 \pm 2,1$ и $27,9 \pm 4,8$ мкм соответственно ($p < 0,05$). Толщина медики средних мозговых артерий у коренного населения колебалась от 64 до 101 мкм и

составляла в среднем $78,3 \pm 7,5$ мкм, у некоренных жителей показатель варьировал от 68,6 до 142 мкм, в среднем $93,5 \pm 4,8$ мкм ($p < 0,05$). В основной артерии средняя толщина медики у коренных составила $180,8 \pm 5,7$ мкм, у некоренных $224,9 \pm 7,1$ мкм ($p < 0,05$). Склероз медики артерий основания головного мозга выявлялся только у некоренных жителей. В средней мозговой артерии он обнаруживался в 5% случаев, в основной артерии – в 15%. Повышенная извитость внутренней эластической мембраны имела место как у коренного, так и у некоренного населения, но чаще обнаруживалась у последних.

Заключение

Таким образом, у коренных жителей Якутии атеросклероз в сонных артериях выражен существенно слабее, чем у некоренного населения. Для якутского населения свойственны меньшие частота и площадь и замедленное развитие возвышающихся атеросклеротических поражений, тогда как для некоренных жителей характерно раннее, частое и более интенсивное развитие атеросклероза в общих и внутренних сонных артериях. Тяжесть атеросклеротического процесса в обеих этнических группах была существенно больше в общей сонной артерии, чем во внутренней. При гистоморфометрическом изучении артерий основания головного мозга (основная и средняя мозговая артерия) выявлены более выраженные изменения у некоренного населения, чем у якутов, характеризующиеся гиперплазией, склерозом интимы и медики, повышенной извитостью внутренней эластической мембраны.

Литература

1. Вихерт А.М. Географическая патология атеросклероза / А.М. Вихерт [и др.]. – М.: Медицина, 1981. – 216 с.
2. Виберс Д.О. Руководство по цереброваскулярным заболеваниям / Д.О. Виберс, В. Фейгин, Р.Д. Браун. – М.: Бином, 1999. – 672 с.
3. Колтовер А.Н. Патологическая анатомия нарушений мозгового кровообращения / А.Н. Колтовер [и др.]. – М.: Медицина, 1975. – 256 с.
4. Карпов Р.С. Атеросклероз: патогенез, клиника, функциональная диагностика, лечение / Р.С. Карпов, В.А. Дудко. – Томск: СТТ, 1998. – 656 с.
5. Бархатова В.П. Изменения содержания липидов, липопротеинов плазмы крови при ишемическом инсульте / В.П. Бархатова [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии. – 1998. – Т.98. – №6. – С.34-38.
6. Верещагин Н.В. Ангионеврология: гетерогенность ишемических нарушений мозгового кровообращения / Н.В. Верещагин // Тез. докл. LX сессии общего собрания Академии медицинских наук СССР. – Л., 1990. – С.69-71.
7. Гусев Е.И. Этиологические факторы и факторы риска хронической сосудистой мозговой недостаточности и ишемического инсульта / Е.И. Гусев [и др.] // Инсульт: приложение к Журналу неврологии и психиатрии. – 2001. – Вып.1. – С.41-45.
8. Сумароков А.Б. Диагностика раннего экстракраниального атеросклероза / А.Б. Сумароков // Российский медицинский журнал. – 1997. – №1. – С.33-37.
9. Верещагин Н.В. Оценка цереброваскулярного резерва при атеросклеротическом поражении сонных артерий / Н.В. Верещагин, Д.Ю. Бархатов, Д.Н. Джигладзе // Журнал неврологии и психиатрии. – 1999. – Т.99, №2. – С.57-64.
10. Манвелов Л.С. Профилактика острых нарушений мозгового кровообращения при артериальной гипертензии / Л.С. Манвелов [и др.] // Клиническая геронтология. – 2002. – Т.8. – №6. – С.29-34.
11. Преображенский Д.В. Первичная профилактика церебрального инсульта / Д.В. Преображенский [и др.] // Инсульт: приложение к Журналу неврологии и психиатрии. – 2002. – Вып.6. – С.19-23.
12. Sarti C. Declining trends of incidents, case fatality and mortality of stroke in three geographic areas of Finland during 1983-1989 / C. Sarti [et al.] // J. Clin. Epidemiol. – 1994. – Vol. 47. – P.1259-1269.
13. Смертность населения Российской Федерации 1998 г. // Статистические материалы. – М.: Минздрав РФ. – 1999.
14. Жданов В.С. Эволюция и патология атеросклероза у человека / В.С. Жданов, А.М. Вихерт, Н.Г. Стернби. – М.: Триада-Х, 2002. – 144 с.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

О.Г. Сидорова, С.К. Кононова, А.Л. Сухомясова,
Э.К. Хуснутдинова

ПРОБЛЕМЫ ПРЕНАТАЛЬНОГО МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ МОНОГЕННЫХ БОЛЕЗНЕЙ С ДИНАМИЧЕСКИМИ МУТАЦИЯМИ В ЯКУТИИ

Введение

Моногенные заболевания, часто являющиеся причиной неизлечимых наследственных патологий, имеют неравномерную частоту встречаемости в различных популяциях. В зависимости от остроты медико-социальных проблем, государства самостоятельно выбирают стратегию предотвращения новых случаев моногенных болезней, вплоть до принятия государственных скрининговых программ.

Динамические мутации или мутации экспансии связаны с нестабильностью числа тринуклеотидных повторов в функционально значимых частях генов. Болезнь развивается лишь тогда, когда число повторов в данных сайтах превосходит определенный критический уровень. Для наследования таких мутаций характерны: различная пенетрантность (степень проявления фенотипических признаков); различия фенотипических проявлений в зависимости от того, получена мутация от матери или отца; феномен антиципации – нарастание тяжести проявления заболевания в последующих поколениях [1].

Понятие «пренатальное медико-генетическое консультирование» сформировалось благодаря применению в медицине современных методов диагностики (ультразвуковое исследование плода, инвазивные методы, молекулярно-генетические исследования), а также развитию взглядов на плод с его правом на сохранение здоровья и жизни в пренатальном периоде.

Для моногенных заболеваний инвазивная пренатальная диагностика (ИПД) в Якутии стала возможной с 2002 г. после внедрения в практику

Медико-генетической консультации РБ №1-НЦМ МЗ РС(Я) инвазивных методов получения плодного материала (ворсин хориона) и методов молекулярно-генетического тестирования моногенных заболеваний, распространенных в Якутии. Исследованиями установлено, что в якутской популяции наибольшую частоту встречаемости имеют поздне манифестирующие заболевания с динамическими мутациями: спиноцеребеллярная атаксия 1-го типа (СЦА1) и миотоническая дистрофия (МД) [3,4] (таблица). Впервые пренатальная диагностика была проведена в семьях,отягощенных СЦА1 и МД.

Медико-генетическое консультирование, молекулярно-генетическое тестирование и пренатальная диагностика СЦА1 и МД сопряжены со множеством биоэтических проблем, касающихся отношений врача и пациента, информированного согласия и конфиденциальности генетической информации [2].

В зарубежных публикациях изучение вопросов пренатальной диагностики моногенных поздне манифестирующих заболеваний посвящено в большинстве случаев хорее Гентингтона [5]. В России методы профилактики наследственных заболеваний с поздним началом манифестации остаются не разработанными. В данной статье на примере спиноцеребеллярной атаксии 1 типа и миотонической дистрофии обсуждены особенности пренатального медико-генетического консультирования при болезнях, обусловленных динамическими мутациями.

Материалы и методы

В исследование включались индивиды из семей, отягощенных СЦА 1 и МД, разного пола и возраста старше 18 лет, беременные из группы риска по заболеваниям. Использовались клиничко-генеалогический метод, пренатальное медико-генетическое консультирование, инвазивные методы пренатальной диагностики, ультразву-

ковое исследование плода, методы ДНК-диагностики (выделение ДНК, ПЦР, электрофорез, детекция мутантных аллелей). Всего было обследовано 20 семей с СЦА1 и 12 семей с МД за период с 2002 по 2006 гг.

Результаты и обсуждение

Высокая частота носителей мутации и высокая распространенность в якутской популяции СЦА1 и МД (соответственно 38,0 :100 000 и 21,3 :100 000) представляют собой одну из проблем медико-генетической службы в Республике Саха (Якутия). При отсутствии радикальных методов терапии данных заболеваний наиболее эффективным способом первичной профилактики моногенной патологии является пренатальная диагностика. Особенностью пренатального медико-генетического консультирования моногенных заболеваний является дифференцированный подход в зависимости от генетических особенностей и клинических проявлений наследственной болезни (таблица).

Особое значение приобретает процесс обсуждения врачом и консультирующейся семьей вопроса о возможности применения пренатальной диагностики для предотвращения новых случаев заболевания в семье.

Согласно международным этическим правилам, пренатальной диагностике должно обязательно предшествовать генетическое консультирование, при котором семья/женщина должна получить исчерпывающую информацию о возможностях применяемых методов, доступности лечения заболевания, риске заболевания у плода, вероятности неблагоприятных результатов теста, возможных альтернативах для беременных пораженным плодом, о медицинском риске для матери и плода при проведении процедуры и др. Главным принципом является добровольность пренатальной диагностики. Только будущие родители вправе решать, оправдывает ли генетическое заболевание проведение прена-

СИДОРОВА Оксана Гаврильевна – генетик-гинеколог ПЦ РБ№1-НЦМ; **КОНОНОВА Сардана Кононовна** – к.б.н., с.н.с. ЯНЦ РАМН и Правительства РС(Я); **СУХОМЯСОВА Айталина Лукинична** – к.м.н., зав. МКГ ПЦ РБ№1-НЦМ; **ХУСНУТДИНОВА Эльза Камилевна** – д.б.н., зав. отделом геномики НИИ БИГ УНЦ РАН.

Сравнительная характеристика спиноцереbellарной атаксии 1 (СЦА1) типа и миотонической дистрофии (МД)

Моногенное заболевание	Ген	Тип мутации	Возраст манифестации	Основной клинический фенотип	Феномен антиципации	Доступность для пренатального ДНК-тестирования
СЦА1	SCA1 6p21.3	(CAG) _n экспансия	От 30 до 50 лет, в редких случаях юношеская форма, отсутствие врожденной формы	Нейродегенеративный процесс, поражение клеток мозжечка и ЦНС	При передаче по отцовской линии	Доступна для пренатальной диагностики
МД	MD	(CTG) _n экспансия	Врожденная, детская, юношеская, классическая, взрослая формы	Преимущественно нервно-мышечные патологические признаки, мультисистемные нарушения	При передаче по материнской линии	Ограничена для применения в пренатальной диагностике

тальной диагностики или прерывание беременности пораженным плодом [6,7].

В настоящее время нами разрабатываются алгоритмы и этические правила пренатальной диагностики на основе международных документов.

Ниже приводим случаи пренатального медико-генетического консультирования в семьях, отягощенных СЦА 1 и МД.

СЦА1. Пробанд Е. в возрасте 26 лет без клинических проявлений атаксии в первом браке имела одного сына 1992 г. рождения, супруг был из отягощенной семьи, являлся асимптоматичным носителем мутации СЦА1, впоследствии у него развилась клиника заболевания. Сын пробанда генетическому тестированию не подвергался (здесь может быть случай гомозиготы по мутации СЦА1). До вступления во второй брак пробанд не знала о том, что и она является носителем мутации, как ее первый муж. В 2001 г. мать пробанда, она сама и ее брат прошли тестирование с положительным результатом обследования у всех троих. В данном случае мы имели дело с семьей, которая узнала о факте носительства СЦА1 впервые. Мать пробанда в возрасте 50 лет с начальными признаками мозжечковой атаксии имела мутантный ген SCA1 с числом CAG-повторов 30 (нормальная аллель) – 45 (экспансия). Ее дочь-пробанд была асимптоматичной носительницей мутантного гена с числом CAG-повторов – 44. Во втором браке у пробанда беременность наступала два раза. Первая беременность была прервана мед. аборт по собственному желанию, в МГК пробанд не обращалась. Во время второй беременности в 2002 г. при сроке 9 недель пробанд прошла пренатальное тестирование. Результат пренатальной диагностики показал наличие мутации у плода. Пробанд приняла собственное ре-

шение о прерывании беременности в сроке 10 недель. В 2006 г. пробанд вновь обратилась в МГК на ранних сроках беременности для пренатального тестирования. Результат ДНК-диагностики показал отсутствие патологического аллеля у плода. Беременность сохранена.

МД. В МГК пренатальная ДНК-диагностика была проведена двум сестрам, страдающим МД, из семьи Р. В семье МД болен отец 43 лет, у которого заболевание началось в возрасте 25 лет: гипомимия, миотонические явления в виде затруднения при открывании рта, разжимании пальцев рук, сжатых в кулак, дизартрия. Молекулярно-генетическая диагностика проводилась в НИИАиГ им. Д.О.Отта в Санкт-Петербурге в 1998 г., обнаружены аллель нормального размера (13 CTG-повторов) и экспансия величиной 300 нуклеотидных CTG-повторов методом блот-гибридизации по Саузерну, что соответствует классической форме МД и подтверждает диагноз миотонической дистрофии.

Старшая сестра С., 20 лет. Наблюдается в МГК с 14 лет. Первые признаки болезни начались в 6 лет, с возрастом наблюдается прогрессирование заболевания. Инвалидность с детства. В 2002 г. на сроке беременности 14 недель проведена пренатальная ДНК-диагностика МД у плода: на материале хориона, выявлены две аллели с нормальным числом CTG-повторов 11 и 13, что свидетельствовало об отсутствии мутации в гене МД. Беременность была сохранена. Ребенок осмотрен после рождения, клинические признаки МД отсутствовали. В 2005 г. С. обратилась в МГК по поводу второй беременности. ДНК-диагностика также показала наличие двух аллелей с нормальным числом CTG-повторов, т.е. отсутствие патологически удлиненного аллеля у плода. Таким образом, больная миотонической дис-

трофией С. родила двух здоровых детей.

Младшая сестра Л., 18 лет. Первые симптомы заболевания проявились в 10 лет. Наблюдается в МГК с 12 лет, инвалидность с детства. Заболевание в динамике прогрессирует, отмечаются мультисистемные проявления МД. В 2002 г. в сроке беременности 12 недель была проведена пренатальная ДНК-диагностика: у плода выявлено наличие только одного аллеля с числом CTG-повторов 11, что свидетельствовало об унаследовании нормальной аллели 11 от отца и удлиненного патологического аллеля от матери, который не визуализировался, таким образом было выявлено носительство мутации у плода. При консультировании после проведения пренатальной диагностики больной Л. было очень трудно понять информацию о носительстве мутации у плода, тем более что у родной сестры плод оказался здоровым. В конечном итоге на ее решение о прерывании беременности большее влияние, чем кто-либо, оказала мать – беременность была прервана. Спустя год, в 2003 г. Л. обратилась в МГК по поводу второй беременности. На сроке 11 недель ей была проведена пренатальная ДНК-диагностика и вновь с положительным результатом на носительство МД у плода. При консультировании у больной отмечалась подавленность, признаки стресса. Больная приняла решение родить ребенка: «Пусть он будет больной, такой же, как и я». У ребенка были выявлены признаки врожденной формы МД. В данное время наблюдается грубое отставание в психоречевом развитии, выраженная мышечная слабость, состоит на инвалидности.

Генетические и клинические особенности описанных выше заболеваний обуславливают различия в отношении семьи к пренатальной диагностике. Так, семьи с МД в случае заболевания

женщины имеют существенный риск рождения ребенка с врожденной формой и охотнее соглашаются на пренатальное ДНК-тестирование (даже на поздних сроках беременности), нежели семьи с СЦА1, при которой нет врожденной формы болезни. Но если семья с СЦА1 приняла решение родить только здорового ребенка, то практически нет отказов от пренатального тестирования, при этом женщины обращаются преимущественно в первом триместре беременности, что говорит о психологической подготовленности семьи.

В нашей практике был случай обращения здоровой женщины, у которой муж был носителем мутации СЦА1. Эта семья обращалась дважды: в первый раз было установлено, что ребенок – не носитель мутации, беременность сохранили; при втором обращении оказалось, что ребенок унаследовал патологическую аллель от отца, семья приняла решение прервать беременность.

Причинами отказов от проведения пренатального ДНК-тестирования при СЦА являются: поздний срок – второй триместр беременности, стрессовая ситуация, когда беременная информируется о своем положительном тесте на СЦА и решиться на пренатальное ДНК-тестирование уже психологически сложно. Многие молодые беременные из отягощенных семей с СЦА1 отказываются от пренатальной ДНК-диагностики, когда им предлагается пресимптоматическое тестирование, мотивируя тем, что не хотели бы знать свой диагноз на данном этапе жизни.

На решение семьи о согласии или отказе в прохождении дородового тестирования влияют многие обстоятельства, основными из которых являются:

- возраст и образовательный уровень супругов;
- имеется ли в семье близкий родственник (ребенок) с манифестирующей клиникой заболевания;
- кто из супругов является носителем мутантного гена;
- является ли брак повторным;
- какой по счету ребенок в семье и желанный ли;
- является ли заболевание поздно манифестирующим;
- морально-психологический климат в семье;
- имеется ли поддержка в семье со стороны представителей старшего поколения или родственников.

Например, в семье, отягощенной

МД, из которой четверо представительниц прошли пренатальное ДНК-тестирование, большую роль в формировании положительного репродуктивного поведения молодых женщин сыграла представительница старшего поколения с высоким образовательным уровнем и пользующаяся большим уважением в роду. В результате в данной семье родилось четверо детей – не носителей данного заболевания.

По нашим наблюдениям, основными причинами отказа от пренатального тестирования являются:

- проведение в период беременности пресимптоматического тестирования;
- планируемое исследование во втором триместре беременности;
- запрет супруга на прохождение ПД;
- влияние родителей на решение беременной о прохождении ИГД;
- отсутствие дипломированного психолога в штате МГК;
- генетическая непросвещенность населения.

Характерно, что о возможности неблагоприятного влияния результатов пренатального ДНК-тестирования самостоятельно интересуется очень небольшое количество обратившихся пациентов. Обследуемые не задают врачу вопросов о возможных последствиях пренатального тестирования и рисках процедуры ПД для плода и для беременной. Данный факт отчасти можно объяснить издавна сложившимся доверительным отношением пациентов к врачу.

В методическом плане пренатальное ДНК-тестирование плода на носительство мутации СЦА1 полностью доступно в отличие от МД, где анализ на наличие мутантной удлинённой аллели может дать результат только в семьях, информативных для молекулярного тестирования, что также создает определенные сложности при медико-генетическом консультировании. Тем не менее при обнаружении двух аллелей с нормальным числом СТГ-повторов возможно исключение МД.

Заключение

Таким образом, пренатальное медико-генетическое консультирование семей с моногенными заболеваниями сопряжено с проблемами клинического, методического и этического характера. Мы выделяем заболевания с динамическими мутациями в силу

их наибольшей распространенности в якутской популяции и серьезности этических проблем, с которыми сталкиваются как врачи-генетики, так и члены семей, обратившихся за медицинской помощью. В мире продолжают дискуссии о приемлемости пренатальной диагностики поздне манифестирующих наследственных заболеваний с прерыванием пораженного плода. В условиях развитых технологий западных стран в качестве альтернативы таким семьям все чаще предлагается воспользоваться предимплантационной ДНК-диагностикой. В России единственным методом профилактики моногенных болезней остается пренатальная диагностика. Необходимо выработать определенные алгоритмы пренатального медико-генетического консультирования, основанные на клинических наблюдениях и молекулярно-генетических исследованиях. Соблюдение основных биоэтических принципов, изложенных в международных документах, должно оставаться обязательным. Однако представляется возможным выработать собственные биоэтические правила, адаптированные к региональным и национальным особенностям.

Литература

1. **Горбунова В.Н.** Введение в молекулярную диагностику и генотерапию наследственных заболеваний / В.Н. Горбунова, В.С. Баранов. – СПб.: Специальная литература, 1997. – 278с.
2. **Ижевская В.Л.** Этические аспекты пренатальной диагностики / В.Л. Ижевская // Молекулярно-биологические технологии в медицинской практике / Под ред. А.Б. Масленникова. – Новосибирск, 2003. – Вып. 4. – С. 46-58.
3. **Коротов М.Н.** Миотоническая дистрофия в Республике Саха (Якутия) // Материалы рос. съезда мед. генетиков / М.Н. Коротов, З.М. Кузьмина. – Курск, 2000. – Ч. 1. – С. 31-32.
4. **Платонов Ф.А.** Структура и распространенность наследственной мозжечковой атаксии в Якутии / Ф.А. Платонов, С.К. Кононова, М.П. Гоголев // Неврологический журнал. – 2003. – Т. 8, № 6. – С. 12-15.
5. **Guidelines** for the molecular genetics predictive test in Huntington's Disease // Neurology. – 1994. – № 44. – P. 1533-1536.
6. **Proposed** International Guidelines on Ethical Issues in Medical Genetics and Genetic Services // Report of WHO Meeting on Ethical Issues in Medical Genetic / WHO Human Genetic Programme. – Geneva, 15-16 Desember 1997. – 15 p.
7. **WHO.** Primary health care approaches for prevention and control of congenital and genetic disorders. – 2000. – 77 p.

В.П. Тимофеев

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МЕТОДОМ ОСТЕОПАТИИ И ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ

Основателем остеопатии как профессии был Эндрю Тейлор Стилл (1828-1917), американский врач, практиковавший на границе штатов Канзас и Миссури. Термин «остеопатия» был предложен Стиллом в 1889 г. Рассказывают, что когда его обвинили в отсутствии подобного слова в словаре, Стилл отпарировал: «Ну и что? Введем в словарь». Это слово стало для Стилла и его последователей символом реформы в медицине.

Первая получившая признание школа - Американская школа остеопатии была учреждена в 1892 г. Первое законодательное признание остеопатической практики произошло в Вермонте в 1896 г. В 1903 г. первый сертификат был выдан Э.Т. Стиллу.

В 1939 г. ученик доктора Э.Т. Стилла У.Г. Сатэрленд доложил обществу нейрохирургов концепцию краниальной остеопатии, в основе которой заложено учение о первичном дыхательном механизме. С 1950-х гг. в образовательную программу был введен курс краниальной остеопатии. В 1957 г. Американская остеопатическая ассоциация была признана Министерством образования США, Министерством здравоохранения, образования и благосостояния как сертификационный орган в области остеопатического образования.

В Европу остеопатическая медицина пришла в 1927 г., когда Литтлджо, ученик Стилла, открыл первую Британскую остеопатическую школу. В 60-х гг. появились остеопатические школы во Франции, затем в Швейцарии, Италии, Бельгии, Австрии, Испании, Нидерландах и Германии. В настоящее время признанным авторитетом висцеральной остеопатии является Ж.П. Барраль (Франция).

В России первая остеопатическая школа появилась в 1994 г. в Санкт-Петербурге - это русская высшая школа остеопатической медицины (РВШОМ).

Основатель школы - Т.И. Кравченко при содействии В. Фрайман (США) и Ф. Пейралада (Франция). В 2000 г. при Медицинской академии последипломного образования в Санкт-Петербурге был организован трехгодичный курс обучения по остеопатии, который ведут выпускники РВШОМ. В 2005 г. открылась остеопатическая школа в г. Владивостоке.

В 1997 г. в Санкт-Петербурге создан «Регистр докторов остеопатии» с целью защиты населения от некомпетентных целителей и защиты профессиональных прав дипломированных остеопатов.

Прикладная кинезиология, новое направление в медицине, разработана в США в 1964 г. профессором Джорджем Гудхартом. Он впервые обнаружил, что мышца может мгновенно менять свою силу в зависимости от различных условий. Основным методом диагностики функциональных нарушений организма в прикладной кинезиологии используется метод тестирования силы мышцы для выявления ее функциональной слабости. Тестируя силу мышц, можно «разговаривать» с телом пациента, определяя состояние позвоночника, других органов, и диагностировать нарушение обмена веществ. Предлагая организму гомеопатию, травы, витамины, минералы, пищевые добавки, помещая их под язык или на переднюю стенку брюшной полости и исследуя реакцию мышц (ослабление или усиление), можно успешно лечить практически любое хроническое заболевание. Организм сам выберет то, что ему нужно для излечения.

История развития прикладной кинезиологии в России началась в 1992 г., когда доктор остеопатии Кристофер Смит и доктор хиропрактики Джозеф Шейфер приехали в Сибирь на кафедру неврологии Новокузнецкого ГИДУВ и провели первый семинар.

У истоков развития прикладной остеопатии и прикладной кинезиологии в Республике Саха (Якутия) стоит основатель Центра традиционной медицины, сторонник альтернативных

методов лечения, отличник здравоохранения РС(Я) Ю.С. Прокопьев. Изучение прикладной кинезиологии в нашей республике началось в 2001 г., когда в апреле месяце Ю.С. Прокопьев пригласил из Владивостока первого в России действительного члена Международной ассоциации прикладной кинезиологии (ИСАК), доктора медицинских наук Т.Н. Чернышова, которая провела первый семинар в Центре традиционной медицины. Прикладная кинезиология - это система оценки функционирования организма, являющаяся уникальной в искусстве врачевания, новый целостный подход к здоровью, который на основании мануального мышечного тестирования позволяет выявить дисбаланс в различных системах организма и проводить его коррекцию под контролем мышечной силы. Мышечная слабость отражает дезорганизацию нейромышечного обеспечения и регуляции системы движения, поэтому прикладная кинезиология рассматривается как функциональная неврология.

Прикладная кинезиология постулирует, что здоровье зависит от трех элементов: биохимической составляющей (от поступления в организм полноценных веществ с пищей, водой, воздухом), психоэмоциональной составляющей (положительного взгляда на жизнь) и структурной целостности (правильного взаимодействия, взаиморасположения костей, мышц и органов по отношению друг к другу). Значение этих элементов в сохранении гомеостаза и адаптационного механизма разное. Если в одном из элементов развивается патология, то страдает организм в целом. Это проявляется ослаблением ассоциированных мышц, связанных с определенными структурами и функциями.

Остеопатия - это самостоятельное направление в медицине, сформировавшееся в США более 130 лет назад. Остеопатия постулирует, что организм - единое целое, организм - самоорганизующаяся, самовосстанавливающаяся система. Остеопатия - это искусство «провоцирования» само-

коррекции организма. Философия остеопатического лечения - активизация собственных целительных сил организма. Остеопатическая медицина получила широкое признание в мире как один из эффективных немедикаментозных подходов к лечению многих заболеваний: болезней нервной системы, опорно-двигательного аппарата и внутренних органов. Основой лечебного арсенала остеопатии основан на использовании специальных лечебных техник, инструментом реализации которых являются руки лечащего врача. Техники, применяемые в остеопатии, в отличие от других видов мануального лечения, выполняются только в физиологических барьерах тканей и, следовательно, относятся к мягким щадящим воздействиям. Одно из основополагающих положений остеопатии состоит в том, что применяемое лечение должно быть направлено на мобилизацию внутренних ресурсов организма к самоизлечению.

Другая принципиальная особенность остеопатии связана с подходом к организму человека как к единой системе. Руки остеопата как чувствительный прибор, созданный самой природой, способны уловить изменения в этой системе, найти причину, вызывающую болезнь, и устранить её.

Остеопатия и прикладная кинезиология представляют собой два дополняющих друг друга подхода к проблеме здоровья. Принципиальное достоинство остеопатии и прикладной кинезиологии заключается в возможности определять функциональные нарушения, симптомы которых еще отсутствуют и ликвидировать первопричину заболеваний еще в стадии доклинических проявлений признаков болезни.

Другим принципиальным достоинством остеопатии и прикладной кинезиологии является экономическая выгода: диагностика и лечение не требуют дорогостоящей аппаратуры и расходных материалов. Методом остеопатии и прикладной кинезиологии можно лечить в любом лечебном учреждении, независимо от его технической оснащенности и удаленности.

Врач, владеющий методом прикладной кинезиологии, может точно установить, подходит ли для применения лекарственный препарат, лекарственное растение или продукт питания к конкретному пациенту, может проводить индивидуальный подбор дозы разового приема, кратности приема,

продолжительности приема лекарственных препаратов и лекарственных растений.

Остеопатия и прикладная кинезиология как самостоятельный метод лечения в Республике Саха (Якутия) впервые внедрен в практическое здравоохранение И.И.Максимовым в мае 2003 г. после прохождения сертификационного цикла по мануальной терапии и тематического усовершенствования по краниосакральной терапии с основами прикладной кинезиологии под руководством академика И.Р.Шмидт на кафедре неврологии Новокузнецкого института усовершенствования врачей.

И.И. Максимов в 2006 г. защитил 1-ю квалификационную категорию по мануальной терапии и является первым и единственным врачом в нашей республике, имеющим квалификационную категорию по мануальной терапии. Он проводит работу по внедрению в практическое здравоохранение республики метода остеопатии и прикладной кинезиологии, оказывает практическую помощь в улусах. Появились последователи И.И. Максимова, у него два ученика: ортопед-травматолог, мануальный терапевт П.Г. Жирков и С.Н. Лонин, которые успешно работают методом остеопатии и прикладной кинезиологии. И.И. Максимов уделяет большое внимание подготовке врачей, владеющих новой медицинской технологией: наладил тесную связь с заведующим кафедрой мануальной терапии, рефлексотерапии и неврологии Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей Росздрава вице-президентом Российской ассоциации мануальной медицины, доктором медицинских наук, профессором, академиком РАЕН А.Г. Чичениным. В 2006 г. тот дважды приезжал в Якутск и провел два семинара для врачей по прикладной кинезиологии и краниосакральной терапии в рамках краткосрочного повышения квалификации.

В 2006 году И.И. Максимов внедрил новую медицинскую технологию – диагностику и лечение, основанную на оценке функционального состояния фасций, объединяющую остеопатию, прикладную кинезиологию и восточную рефлексотерапию и не имеющую аналогов в практике мировой мануальной медицины. Диагностика направлена на выявление причины болезни путем определения функционального состояния меридианов (каналов) восточной

рефлексотерапии соответствующих органов. Лечение направлено на устранение причины болезни остеопатическими манипуляциями на костях черепа (краниосакральная терапия), на внутренних органах (висцеральная терапия), сосудах и биологически активных точках. Диагностика и лечение выполняются руками врача - это уникальное достижение современной мануальной медицины. Своевременное оздоровление методом остеопатии и прикладной кинезиологии является профилактикой заболевания на функциональном уровне до появления органических, необратимых изменений в позвоночнике, суставах, сосудах, внутренних органах, и будет профилактикой инфаркта миокарда, инсульта, онкологических заболеваний, протрузии и грыжи диска позвоночника, желчекаменной и мочекаменной болезней, окклюзии сонных артерий, для будущих матерей будет подготовкой к вынашиванию плода и родам. В начальной стадии болезни достаточно одного сеанса лечения, при необходимости назначаются повторные сеансы лечения через 20-30 дней. Такой интервал времени необходим для адаптации организма после лечения. Показания для лечения методом остеопатии и прикладной кинезиологии: болезни опорно-двигательного аппарата, нервной системы, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, гинекологические заболевания, спаечная болезнь.

Высокую оценку новой медицинской технологии, внедренной в практическое здравоохранение И.И. Максимовым, дал человек, знающий всех светил мануальной медицины, заведующий кафедрой мануальной терапии, рефлексотерапии и неврологии Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей Росздрава, вице-президент Российской ассоциации мануальной медицины, доктор медицинских наук, профессор, академик РАЕН А.Г. Чиченин: «Я знаю в мире четырех докторов остеопатии, которые работают на Вашем уровне. Ваш метод диагностики и лечения соответствует мировому уровню» и рекомендовал запатентовать открытие. В настоящее время ведется работа в этом направлении.

Искусство врачевания состоит не только в постановке точного диагноза, но и в умении выявлять и устранять причины заболевания. Рост числа хронических больных связан с тем,

что врач официальной медицины проводит медикаментозное лечение, физиотерапию, назначает классический лечебный массаж, которые не всегда устраняют истинные, скрытые причины заболевания, а сглаживают наружные, симптоматические проявления болезни, достигая временной стабилизации состояния здоровья пациента.

Сколиоз позвоночника - это наружное, видимое проявление болезни, это вершина айсберга. Причина сколиоза скрывается в глубине проблем висцеральных (внутренних) органов: легких, сердца, желудка, тонкого и толстого кишечника, печени, желчного пузыря, почек, мочевого пузыря; проблемах краниосакрального механизма. При лечении сколиоза по классической методике: лечебный массаж, ЛФК, плавание, не устраняются пробле-

мы краниосакрального механизма и висцеральные проблемы, т.е. причина заболевания не устраняется. При функциональной стадии сколиоза клиническое выздоровление при лечении по методике И.И. Максимова можно получить после первого или второго сеанса лечения. Эффективность лечения повышается при коррекции детей при функциональной стадии сколиоза позвоночника.

По нашим наблюдениям, эссенциальная (первичная) гипертония является компенсаторной реакцией организма на нарушение кровообращения во внутренних органах в результате нарушения нормального их взаиморасположения, образования спаек между органами после перенесенных заболеваний и травм (бытовых, психоэмоциональных и биохимических), что

подтверждается нормализацией артериального давления после остеопатических манипуляций.

Обнадеживающие результаты получены И.И. Максимовым при лечении хронических гепатитов: отмечается улучшение самочувствия и нормализация биохимических показателей.

Хорошие результаты получены при лечении бронхиальной астмы, пролапса митрального клапана, невралгии тройничного нерва, гинекологических заболеваний, мастопатии, протрузии и грыжи диска позвоночника.

Внедрение новой медицинской технологии: остеопатии и прикладной кинезиологии в первичное звено здравоохранения будет хорошим подспорьем в улучшении лечебно-профилактической работы в Республике Саха (Якутия).

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ

В.П. Николаев

ИЗ ПРЕДЫСТОРИИ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ЯКУТИИ

«... Было бы хорошо, если бы сами якуты получили такое образование, чтоб занять должности улусных лекарей»

И.А. Худяков, 1868-1875 гг.

Обеспеченность здравоохранения медицинскими работниками в Якутской области в XIX и в первой половине XX века оставалась одной из трудных проблем отрасли в целом. Вплоть до 60-70-х годов XX столетия обеспечение врачами происходило в основном за счет специалистов, прибывающих извне республики. С первых лет советской власти правительством и Наркомздравом была начата работа по целевой подготовке врачей в центральных вузах страны из представителей местного населения.

Наибольшее число студентов обучалось в высших медицинских учебных заведениях г. Иркутска, что продолжалось и в будущем. Кроме того посланцы Якутии обучались в Москве и Ленинграде, Томске и Омске. При этом имелись определенные трудности из-за отсутствия подготовленного для поступления в вуз контингента. Однако система подготовки врачей в центральных вузах, несмотря на

объективные трудности по подбору студентов, постепенно была налажена, и республика ежегодно направляла в медицинские институты Москвы и Иркутска до 30 чел. [2, 4].

Кроме того, заключались договора с медицинскими институтами Москвы и Ленинграда по повышению квалификации специалистов. В 1933 г. на курсы усовершенствования было направлено 12 врачей [4]. В последующем на центральных учебно-клинических базах ежегодно проходили усовершенствование до 20-30 специалистов [3].

Приглашение врачей на работу в республику производилось по централизованным заявкам Наркомздрава ЯАССР и по частным перепискам. Эти врачи в основном направлялись в сельскую местность. Так, например, половина врачей, прибывших в 1932 г. по централизованной заявке-приглашению, была направлена в районы. При этом заявка была выполнена лишь на 37,4%.

В 1933 г. из-за пределов республики было запланировано пригласить 78 врачей: участковых – 40 (51,3%), сани-

тарных – 17 (21,8), окулистов 8 (10,3), зубных – 6 (7,7), фтизиатров – 3 (3,9), венерологов – 2 (2,5) и лор – 2 (2,5%) [5]. Как видим, приоритет был отдан участковым и санитарным врачам, что было требованием времени.

Прибытие медицинских работников из центра из года в год увеличивалось. Так, только за первую половину 1937 г. в Якутию прибыло 30 врачей и 22 фельдшера, из которых соответственно 14 (46,7%) и 21 (95,4%) были распределены в сельскую местность [1].

Расходы на завоз кадров извне республики ежегодно увеличивались. Так, в 1937–1939 гг. было израсходовано соответственно 659,0, 843,2 и 1 206,6 тыс. руб. Только на первую половину 1940 г. на эти цели были отпущены 770, 4 тыс. руб. [6].

В соответствии с быстрым развитием сети больничных, амбулаторно-поликлинических, диспансерных и других учреждений темпы позитивных изменений в кадровом обеспечении здравоохранения республики повышались. Так, в 1945-1980 гг. общее количество врачей увеличилось в 9,5 раза.

Вместе с тем проблема обеспечения врачами, особенно северных районов республики, оставалась нерешенной. В те годы обеспеченность (физическими лицами) центральных районных больниц специалистами семи наименований (терапевтами, хирургами, педиатрами, акушер-гинекологами, фтизиатрами, окулистами, санитарными врачами) с учетом северных условий считалась обязательной. Вместе с тем по данным на 1957 г., из 35 районов, включая и г. Якутск, основными специалистами были полностью обеспечены только 16 (45,7%) районных центров. Абыйский и Оленекский северные районы имели лишь по два врача. В Абыйском были хирург и санитарный врач, в Оленекском – педиатр и терапевт. Из центральных районов в Таттинском не было педиатра, фтизиатра и окулиста. В г. Якутске требовались 10 педиатров, 5 терапевтов, 4 фтизиатра и 7 окулистов. В 1958 г. укомплектованность ЛПУ республики врачами составила лишь 62,0% [8, 11, 13, 15].

Среди основных специалистов удельный вес стажированных и соответственно имеющих высокие квалификационные категории был невелик. Так, в 1955 г. 46 (65,7%) хирургов имели стаж по специальности менее 5 лет. Аттестованные составляли 81,4%, среди которых I, II, III, IV и V квалификационные категории имели соответственно 1, 5, 13, 28 и 10 хирургов. Кроме того, многие опытные хирурги по основной работе занимали должности главных врачей районных или участковых больниц или их заместителей по лечебной работе и только по совмещительству работали хирургами. Таких хирургов было около 30 [10, 14].

Одним из факторов недостаточной укомплектованности сельских районов специалистами была и оставалась текучесть кадров из-за отсутствия жилья и материально-бытовых трудностей [14]. Данная проблема в какой-то степени начала решаться путем увеличе-

ния доли специалистов из представителей местного населения.

В Иркутский медицинский институт в 1946, 1948 и 1949 гг. после окончания подготовительных курсов были направлены на обучение соответственно 25, 23 и 24 чел. В 1949 г. Иркутским медицинским институтом было выпущено 17 врачей-якутян, которые все возвратились в республику. В том году в различных медицинских вузах страны обучались 70 якутян [9].

В последующие годы число студентов, направляемых республикой в медицинские вузы, увеличивалось. Например, в 1955 г. было направлено 55, в 1956 г. – 60, из которых представители местного населения составили соответственно 83,6 и 60,0%.

Для республики 1957 г. был особо знаменательным в плане подготовки врачебных кадров, ибо в том году было открыто медицинское отделение при естественном факультете Якутского государственного университета, первый набор которого составил 50 чел. В центральные вузы было направлено 75 чел. [12]. Таким образом, в 1957 г. в медицинские вузы поступило 125 человек, что было впервые и явилось началом периода планового, стабильного роста подготовки врачей и залогом повышения обеспеченности ЛПУ республики врачебными кадрами.

Анализ исторических сведений показывает, что еще 19 июля 1939 г. на бюро якутского обкома партии был обсужден вопрос об организации медицинского вуза в г. Якутске, где было вынесено постановление о необходимости его открытия в ближайшие 2 года и обращения с ходатайством в ЦК ВКП (б). Далее постановлением XIV Якутской областной партийной конференции, состоявшейся 20-24 марта 1940 г., обкому и Совнаркому ЯАССР было поручено в ближайшее время разрешить вопрос о строительстве в г. Якутске медицинского вуза [7]. Однако вопрос открытия местного высшего медицинского учебного заведения

в ЯАССР был отложен надолго, чему способствовала Великая Отечественная война с его разрушительными для народного хозяйства последствиями.

В 1960 г. медицинское отделение было преобразовано в самостоятельный медико-лечебный факультет университета. Время показало, что открытие медицинского факультета позволило кардинально решить проблему обеспечения здравоохранения республики врачебными кадрами. В 1967 г. из 829 врачей-представителей местного населения 298 (35,9%) являлись выпускниками медико-лечебного факультета – 24,0% всех врачей, работающих в республике. В том же году в центральных медицинских вузах обучалось 90 студентов-якутян, а на медико-лечебном факультете ЯГУ – 725. Если в 1955 г. среди хирургов удельный вес врачей-якутов составлял 8,2%, то в 1965 г. – 24,5%. Как видим, за 10 лет национальные кадры хирургов выросли в 3 раза.

«Якутский медицинский журнал» данной статьей начинает публикацию материалов о медико-лечебном факультете (ныне Медицинском институте) Якутского государственного университета. Раздел «Выпускники – гордость и слава медицинского факультета (института) ЯГУ им. М.К. Аммосова» открывается воспоминаниями первых выпускников.

Литература

1. **НА РС (Я)**, ф.58, оп.41, ех. 17, л.150.
2. **Там же**, л.183 и 189.
3. **Там же**, л.190.
4. **Там же**, ех.28, л. 3-4.
5. **Там же**, л.14-15.
6. **Там же**, ех.95, л.170.
7. **Там же**, л.170-171.
8. **Там же**, ех.167, л. 21-21 об.
9. **Там же**, оп.42, ех.8, л.18.
10. **Там же**, ех. 21, л.19.
11. **Там же**, ех. 23, л. 38.
12. **Там же**, л. 42-43.
13. **Там же**, ех. 340, л.14 (об).
14. **Там же**, ех. 671, л.3-4.
15. **Там же**, оп.43, ех. 132, л.1-18.

Выпускники – гордость и слава МЛФ (МИ) ЯГУ им. М.К. Аммосова

В.П. Алексеев

С БЛАГОДАРНОСТЬЮ ПЕРВЫМ ПРЕПОДАВАТЕЛЯМ МЕДИКО-ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ЯКУТСКОГО ГОСУНИВЕРСИТЕТА

В 2006 г. отпраздновал свой 50-летний юбилей Якутский государственный университет им. М.К. Аммосова. Приближается еще одна знаменательная дата – 50-летний юбилей ставшего мне родным медико-лечебного факультета (ныне Медицинского института) ЯГУ.

В моем сознании Якутский государственный университет и медицинский факультет навсегда связаны с именами двух выдающихся людей – первым ректором университета, первым якутом-доктором философских наук, профессором Авксентием Егоровичем Мординовым и сыном русского народа, первым деканом медицинского факультета, доктором медицинских наук Дмитрием Михайловичем Крыловым.

Я всегда горжусь тем, что именно они приняли меня в далеком теперь 1957 году в студенты только что открывшегося медицинского отделения университета, затем медико-лечебного факультета.

Профессор Д. М. Крылов еще в годы Великой Отечественной войны был переведен из Ленинградского НИИ туберкулеза в г. Якутск. За короткий срок он организовал в Якутске хирургическое отделение по лечению костно-суставных туберкулезных поражений, внес этим огромный вклад в развитие практического здравоохранения республики. Во вновь созданном лечебном учреждении многие сотни больных получили радикальное хирургическое лечение. Профессор Д.М. Крылов при огромной поддержке лично А.Е. Мординова и профессоров университета добился в Минвузе СССР открытия в Якутске медико-лечебного отделения на 50 студентов. Учитывая огромную необходимость подготовки врачебных кадров для Якутии, Минвуз СССР своим приказом разрешил при молодом университете открыть новую специализацию «Лечебное дело», и все крупные республиканские учреждения были назначены клиническими

базами. Таким образом, 1957-й год стал годом создания высшего профессионального медицинского образования в Якутии.

За 50 лет своего существования медицинского отделения, медико-лечебный факультет, Медицинский институт ЯГУ внесли неоценимый вклад в становление и развитие высшего медицинского образования на северо-востоке страны. В настоящее время почти каждый главный врач республиканских и городских медицинских учреждений – это выпускник первого и единственного медицинского вуза республики.

Моя научная карьера начиналась еще в студенческие годы благодаря первым преподавателям медицинского факультета и студенческому научному обществу. Своим первым научным наставником считаю в то время кандидата, а позже доктора медицинских наук Артема Матвеевича Тюкавкина. Его научная специализация была связана с географической патологией туберкулеза почек у северян, проживающих в экстремальных условиях Якутии.

Моя первая студенческая научная работа была связана с анализом большого фактического материала – более 2 тыс. случаев эхинококковой болезни у коренного населения-якутов. Материалы этой работы были доложены мной на научно-студенческой конференции в г. Иркутске. Мое студенческое исследование было награждено дипломом первой степени.

После окончания меня оставили ассистентом курса патологической анатомии. Начало научно-педагогической деятельности тесно связано с влиянием моих первых учителей, профессоров Д.М. Крылова, В.С. Семенова, Д.С. Шахова, кандидатов медицинских наук И.В. Червякова, В.Д. Афанасьевой, М.В. Ищенко, Р.С. Тазловой, Л.П. Гаврильевой, Г.Н. Бубякиной.

В годы моей научно-педагогической и общественной деятельности я постоянно получал поддержку коллектива медико-лечебного факультета и руководства ректората университета. Работал завкафедрой нормальной и патологической анатомии в течение

трех сроков, заместителем декана по учебной, а затем по научной работе. В эти годы основной научной тематикой факультета была «Адаптация человека в экстремальных условиях Крайнего Севера». Это научное направление выполнялось под научно-методическим руководством Сибирского отделения АМН СССР и под непосредственным руководством академика В.П. Казначеева – председателя президиума СО АМН СССР. Я до сих пор помню его выступление перед делегатами VIII Всесоюзного симпозиума в г. Якутске. В результате работы этого симпозиума многие аспиранты активно участвовали в разработке актуальных вопросов проблемы «адаптации». Многие сотрудники кафедр завершили кандидатские и докторские диссертации. Деканом факультета работал молодой профессор В.Г. Кривошапкин, я был заместителем по научной работе. В те годы бесспорно оживилась научно-исследовательская работа, резко улучшилась научно-педагогическая подготовка сотрудников, расширились научные связи с академическими институтами страны, широко проводились совместные научные экспедиции в районах республики, организовывались и проводились по плану СО АМН СССР региональные научно-практические конференции. Рост научных кадров в области медико-биологических наук позволил в дальнейшем создавать в нашей республике проблемные научно-практические лаборатории, центры, научно-исследовательские институты.

После работы в Медицинском институте я руководил Якутской лабораторией, а затем отделом морфофункциональных исследований человека НИИ медицинских проблем Севера (г. Красноярск) СО АМН. На базе этого отдела позже был организован Научно-практический центр «Виллюйский энцефаломиелит», который десять лет назад был реорганизован в Институт здоровья и вошел в состав Академии наук РС (Я).

В 1969 г. я защитил кандидатскую, в 1990 г. – докторскую диссертацию, стал профессором. Я счастлив тем, что стал первым доктором наук из

АЛЕКСЕЕВ Василий Прокопьевич – д.м.н., проф., член-кор. РАЕН, засл. деятель науки РС(Я), руководитель отдела Института здоровья АН РС(Я).

нашего первого выпуска. Считаю это моим скромным вкладом в славную историю родного медицинского института. Большой вклад внесли и многие мои однокурсники.

Среди моих однокурсников в разные годы защитили ученую степень кандидата медицинских наук Ануфрий Давидович Ботулу, Елена Дмитриевна Колодезникова, Лидия Витальевна Подгаевская, Иван Петрович Черноградский, Григорий Саввич Сергин. Их творческая деятельность также связана с факультетом, а затем с Медицинским институтом.

А.Д. Ботулу и Е.Д. Колодезникова и сейчас трудятся на кафедре гистологии Медицинского института. До выезда за пределы республики Л.В. Подгаевская долгое время работала на кафедре акушерства и гинекологии. Г.С. Сергин был доцентом кафедры хирургии. Петр Александрович Пак успешно преподавал оперативную хирургию. Еще одна наша однокурсница Светлана Иосифовна Иванова–Местникова много лет работала на кафедре терапии. Награждена званием «Заслуженный врач РС (Я)».

Смею верить, что все 54 выпускника нашего самого первого выпуска прошли славный творческий путь, достигли профессиональных высот, были ведущими специалистами, главными врачами, организаторами здравоохранения на местах, вложили большой вклад в подготовку врачей и медицинских кадров. Есть заслуженные врачи, есть отличники здравоохранения. Многие из моих однокурсников и сейчас продолжают трудиться на благо здоровья нации, развития здравоохранения и медицинской науки.

Е.Д. Колодезникова, С.И. Местникова

У ИСТОКОВ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ЯКУТИИ

Высшее медицинское образование в Якутии берет свое начало с 1957 г., когда на 1-й курс медицинского отделения естественного факультета ЯГУ было принято 50 студентов. Возглавил факультет известный ученый фтизиохirurg, доктор медицинских наук, профессор Дмитрий Михайлович Крылов, приехавший в наш северный край из Ленинграда.

Первой медицинской кафедрой была кафедра анатомии. Организатором и первым заведующим кафедрой анатомии был Д.М. Крылов, для преподавания практических занятий по анатомии он пригласил молодых и талантливых хирургов городской и республиканской больниц: Бориса Ильича Альперовича, Владимира Владимировича Серебрякова, Юрия Николаевича Городова, патологоанатома из клиники ЯНИИТ Михаила Владимировича Ищенко и лаборанта Раису Гивеновну Хен (Соколова).

Путеводной звездой для всего нашего первого набора студентов-медиков послужили наставления нашего учителя Д.М. Крылова: «Врач – это самая гуманная профессия. Вас ждут в районах, вам придется очень трудно, ведь дороги сложные, быстро не доберешься, а делать придется много! Надо быть готовым ко всему: принимать роды, бороться с инфекциями, оказывать срочную хирургическую помощь. Вы должны проводить профилактическую

работу. А сейчас основная ваша работа – это учеба!». Надо отдать должное нашему первому набору студентов – мы достойно выполнили завещание нашего первого учителя, никто из нас не изменил выбранной профессии и врачебному долгу.

Учиться нам было трудно. Было очень сложно достать учебную литературу, учебников не хватало. Так, например, по анатомии, гистологии и физиологии вся группа занималась по 1-2 учебникам, которые нам давали преподаватели. Мы читали раздели вслух и по очереди пересказывали их друг другу, допоздна задерживаясь в учебных аудиториях, чтобы подготовиться к занятиям. Крайне не хватало наглядных учебных пособий (костей, муляжей, макро- и микропрепаратов). Под руководством лаборанта Раисы Гивеновны Хен группа студентов-энтузиастов в период летних каникул изготовила полный набор костей, который используется в учебном процессе по сей день. Для изучения анатомии мы имели прекрасную возможность заниматься в анатомическом театре, который находился в отдельном здании. В одном зале находилось четыре анатомических стола, где мы препарировали мышцы, сосуды, нервы и внутренние органы трупов. Для предохранения от высыхания исследуемые ткани и органы мы старательно обертывали тканью, пропитанной формалином. В

результате мы прекрасно знали анатомию и в отличие от современных студентов практическую часть государственного экзамена по анатомии сдавали непосредственно на трупах, а теоретическую часть – в лекционном зале.

Для организации кафедры гистологии был приглашен профессор Одесского мединститута Семен Дмитриевич Шахов – известный эмбриолог.

Семен Дмитриевич внес большой вклад в создание первой коллекции учебных гистологических препаратов, музейных экспонатов (эмбрионов), методических материалов, таблиц, рисунков. Лаборантом на кафедре работала Сафонова Людмила Лукинична, его ученица, которая после окончания вуза преподает гистологию в Медицинском колледже. На кафедре гистологии сохранились записи лекций профессора С.Д. Шахова, и его уникальные, собственноручно изготовленные макро- и микропрепараты по гистологии и эмбриологии.



Участники эстафеты на приз газеты «Социалистическая Якутия». Четвертая слева Е.Д. Колодезникова (Швалова). 1959 г.

Врачи первого выпуска МЛФ ЯГУ **КОЛОДЕЗНИКОВА (ШВАЛОВА) Елена Дмитриевна**, к.м.н., доцент кафедры гистологии МИ ЯГУ; **МЕСТНИКОВА (Иванова) Светлана Иосифовна** – ст. преподаватель кафедры общей врачебной практики МИ ЯГУ.



Фото на память с преподавателями после студенческой конференции. 5 курс. 1962 г.

Мы с благодарностью вспоминаем нашего преподавателя патологической анатомии доцента Артема Матвеевича Тюкавкина. Он отличался своим особым профессионализмом, культурой и интеллигентностью. Великий труженик, большой энтузиаст своей профессии Артем Матвеевич за очень короткий срок создал великолепный, полный, крайне необходимый для занятий патологоанатомический музей. На практических занятиях Артем Матвеевич интересно рассказывал и показывал, что происходит в организме при тех или иных заболеваниях. Наглядный материал глубоко и надолго оставался в памяти студентов. Еще больше информации мы получали в патологоанатомическом кружке, который вел Артем Матвеевич. Мы учились правильно вскрывать трупы и описывать патологические структуры, оформлять протоколы, активно участвовали в обсуждении увиденного, в постановке заключительного диагноза заболевания. Не удивительно, что активные участники патологоанатомического кружка впоследствии стали патологоанатомами и гистологами (Алексеев В.П., Николаев Ю.Я., Пак П.А., Швалова (Колодезникова) Е.Д.). Музей, созданный А.М. Тюкавкиным, хорошо сохранился до наших дней. Сотрудники кафедры анатомии вместе с первым лаборантом Сергеевой Марфой Петровной до сих пор продолжают пополнять его экспонатами. В настоящее время музей пользуется большой популярностью. В музее читаются лекции не только по медицинским дисциплинам, но и по здоровому образу жизни для школьников и всего населения республики.

Очень интересно проходили занятия по топографической анатомии.

Лекции читал и вел практические занятия сам декан медицинского лечебного факультета профессор Дмитрий Михайлович Крылов. Были и серьезные трудности в изучении этого предмета, так как вивария еще не было. Для практических занятий нам приходилось по вечерам отлавливать бездомных собак. Мы изучали пространственное расположение органов и учились оперировать. Дмитрий Михайлович учил нас делать операции безболезненно, с минимальной кровопотерей и экономной резекцией, сохраняя при этом жизнь животным.

После 3-го курса практические занятия по многим дисциплинам проводили в отделениях городской и республиканской больниц. Занятия по терапии проводили доценты Анна Ильинична Соловьева, Вера Дмитриевна Афанасьева, Родион Алексеевич Петров и клинические врачи: И.И. Старкова, Л.И. Вараксина и А.М. Богатев.

Мы получали хорошую клиническую подготовку не только на занятиях, но и во время ночных дежурств с врачами отделений, участвовали в клинических обходах с подробным разбором больных и на врачебных конференциях.

Прочные знания и практические навыки по хирургии и травматологии нам дали талантливые хирурги и педагоги: Б.И. Альперович, В.В. Серебряков, В.С. Семенов, Ю.Н. Городов, Р.А. Бергазов. На шестом курсе нам доверяли ассистировать и участвовать в операциях. Эти навыки пригодились, так как большинство из нас сразу уехали работать в районы в качестве сельских врачей.

По акушерству и гинекологии лекции нам читал доцент Лев Николаевич Гольдштейн. Практику мы проходили в роддоме и гинекологическом отделении горбольницы, где работали высококвалифицированные специалисты. После окончания МЛФ мы все уверенно принимали роды, самостоятельно делали аборт и ассистировали на операциях независимо от специальности.

В период нашего обучения в Якутии была актуальна проблема туберкулеза, инфекционных заболеваний и гельминтоза.

Курс по фтизиатрии вела доцент Татьяна Ивановна Крылова. Ее лекции отличались содержательностью, сопровождались примерами из практики. Она заботилась о нашем здоровье, и сама лично осматривала нашу группу после проведенной ею же рентгеноскопии грудной клетки.

Очень интересно читал лекции по фтизиатрии и делился с нами своим богатым клиническим опытом известный в республике врач фтизиатр Михаил Флегонтович Щепетов. Практические занятия вел в то время молодой преподаватель Семен Семенович Гаврильев, ныне всеми уважаемый и заслуженный профессор.

В те годы нас, студентов, привлекали для работы по профилактике инфекционных заболеваний. После 4-го курса мы были мобилизованы для проведения комплекса мероприятий по ликвидации малярии в центральных районах Якутии, а после 5-го курса участвовали в дегельминтизации населения под руководством высококвалифицированного специалиста заведующего паразитологическим отделением городской санэпидстанции Анны Семеновны Семеновой. Энтузиаст своего дела Анна Семеновна дала нам много знаний и практических навыков по диагностике, профилактике и лечению гельминтоза и малярии.

Деловая, энергичная и требовательная старший преподаватель Лидия Терентьевна Зорина водила нас на строящиеся и действующие объекты производства, такие как колбасный цех, хлебный завод, молокозавод, водоканал, очистные канализационные системы и водозаборы. Мы на практике видели, как должен вести дела санитарный врач, исполняя контроль за санитарными нормами на объектах.

Не менее серьезной проблемой того времени были кожные заболевания. Известный и старейший врач республики, доцент Лев Афанасьевич Львов очень интересно читал лекции и проводил практические занятия с демонстрацией больных с кожными заболеваниями. Но нам не довелось в то время видеть на практике больных сифилисом и гонореей. С венерическими болезнями пришлось столкнуться намного позже в своей практической деятельности.

Лекции и практические занятия по психиатрии преподавала доцент Римма Семеновна Тазлова, которая учила

нас проявлять милосердие и человеческое участие по отношению к людям с нарушенной психикой.

Наша студенческая жизнь не ограничивалась только учебой. Мы интересно и увлекательно проводили свой досуг, занимались спортом, художественной самодеятельностью, участвовали в фотовыставках, выпускали стенгазеты, ежегодно выезжали на сельскохозяйственные работы в колхозы и совхозы.

После окончания 6-го курса в 1963 г. мы, 54 студента медико-лечебного факультета, успешно сдали экзамены перед государственной экзаменационной комиссией, возглавляемой министром здравоохранения Павлом Васильевичем Любимовым, и впервые в республике получили диплом врача по квалификации «Лечебное дело».

В период обучения в наш коллектив перевелись 9 студентов из других институтов. По разным причинам выбыли 5 студентов, поэтому к 1-му выпуску готовились 54 студента.

Мы гордимся своими сокурсниками, которые самоотверженно, честно, добросовестно работали и работают в системе здравоохранения республики.

Большинство выпускников были направлены в районные больницы, где с большим энтузиазмом и молодым задором влились в систему здравоохранения. Многие были направлены на борьбу с туберкулезом. Самым «пожилым» студентом был Малыгин Алексей Савельевич (ему исполнилось в то время 43 года), вместе с семьей он уехал в г. Абакан, где проработал врачом-фтизиатром до 1980 г.; Петрова Елена Степановна, отличник здравоохранения, работала главным врачом детской туберкулезной больницы г. Якутска, Щепетова Ольга Михайловна – в ЯНИИТе, Еникеева Ракия Сафиуловна – отличник здравоохранения СССР, фтизиохirurg в городской туббольнице и ЯНИИТ, Черноградский Иван Петрович – микробиолог, отличник здравоохранения СССР, заслуженный врач ЯАССР – в ЯНИИТ, Харлампьева К.П. – фтизиатр в городском тубдиспансере, Николаев Юрий Яковлевич – патологоанатом ЯНИИТа.

Попова Тамара Терентьевна работала в с. Оленек, Слепцова Варвара Пантелеймоновна – заслуженный врач РС (Я) в п. Зырянка, Бандерова М.С. – в Верхнеколымском улусе, Седалищева Октябрина Степановна – в Нюрбе.

Акушерами-гинекологами работали: Подгаевская Лидия Витальевна – к.м.н., доцент МИ ЯГУ; Богданова

Маргарита Михайловна – заслуженный врач России; Семенова (Маркова) Дарья Самсоновна – Амга, Намцы, Якутск; Жданова Клара Павловна – отличник здравоохранения РС(Я), Якутск; Растригина Тамара Степановна – п. Хандыга; Седова Екатерина Ивановна – за пределами рес-

публики; Ларионова (Сосина) Люция Спиридоновна – заслуженный врач ЯАССР и РСФСР, г. Якутск; Сунхалыров Семен Федотович – г. Якутск.

Наши педиатры – это заслуженный врач Якутской АССР Гаврильева Лидия Ивановна, Колодезникова Тамара Михайловна, Соколова Татьяна Сергеевна – зав. педиатрическим отделением городской больницы г. Якутска, Тарская (Павлова) Роза Гаврильевна – зам. главного врача по лечебной работе в детском отделении г. Якутска.

Терапевты: Иванова (Местникова) Светлана Иосифовна – заслуженный работник здравоохранения РС (Я), отличник здравоохранения РС (Я), доцент МИ ЯГУ; Курчатова (Бочкарева) Раиса Прокопьевна – заслуженный врач РС (Я), врач функциональной диагностики; Зинченко (Москвина) Тамара Евдокимовна – главный врач физкультурного диспансера, наркологии; Иванова Анна Афанасьевна – главный врач Хатырыкской больницы, главный врач профилактория ЯГУ; Михайлова (Никифорова) Евдокия Афанасьевна – терапевт-гематолог г. Якутск; Степанова Елизавета Афанасьевна – физиотерапевт городской больницы г. Якутска; Серкина Зоя Георгиевна – выехала за пределы РС(Я); Тетерина Любовь Георгиевна – г. Ленск; Зорина Светлана Ивановна – отличник здравоохранения РС(Я), онколог; Алексеева Маргарита – невропатолог г. Нюрба.

Среди нас 5 кандидатов и 1 доктор медицинских наук: Подгаевская Лидия Витальевна – гинеколог; Ботулу Ануфрий Давидович – фармаколог; Колодезникова Елена Дмитриевна – гистолог; Черноградский Иван Петрович – микробиолог; Альперович Виктория Георгиевна – терапевт; Алексеев Василий Прокопьевич – д.м.н., патологоанатом.



Первые выпускники МИ ЯГУ через 40 лет. 2003 г.

Сегодня в практическом здравоохранении, в сфере медицинской науки и образования республики продолжают плодотворно трудиться 10 первых выпускников медико-лечебного факультета: В.П. Алексеев, Е.С. Бандерова, А.Д. Ботулу, Р.П. Бочкарева (Курчатова), Т.С. Валеева, Л.И. Гаврильева, Е.Д. Колодезникова (Швалова), С.И. Иванова (Местникова), Ю.Я. Николаев и Д.С. Семенова (Маркова).

К сожалению, не со всеми своими однокурсниками мы поддерживали связь, и не смогли в статье дать полный перечень всех заслуг и отличий наших коллег. Надеемся, что они не обидятся на нас. Мы старались показать читателю, что все мы, первый выпуск врачей, честно работали по выбранной профессии и не изменили клятве Гиппократ, данной в стенах родного вуза. Многих уже нет в живых, но светлая память о них до сих пор живет в наших сердцах: Альперович В.Г., Бузикова Г.И., Малыгин А.С., Минина С.И., Иванова А.А., Протодяконов В.В., Пак П.А., Романов Л.И., Сергин Г.С., Седалищева О.С., Степанов А.Н., Сунхалыров С.Ф., Тарская (Павлова) Р.Г., Ушницкий А.П., Харлампьева К.П., Черноградский И.П.

Прошло 50 лет с начала подготовки в стенах Якутского государственного университета медицинских работников высшей квалификации. Жизнь показала, что 50 лет назад, несмотря на большие трудности, было принято правильное решение и теперь тысячи выпускников ЯГУ трудятся во всех городах и улусах Якутии. И все же в юбилейный для нашего института 2007-й год мы должны с гордостью и благодарностью вспомнить тех, кто стоял у истоков высшего медицинского образования в Якутии.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ. ПРОФИЛАКТИКА

А.В. Павлов

АВТОМОБИЛЬНЫЙ ТРАВМАТИЗМ
ПО ВИНЕ НЕТРЕЗВЫХ ВОДИТЕЛЕЙ:
ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Как отмечают международные эксперты, в возникновении дорожно-транспортных происшествий (ДТП) со смертельным исходом человеческий фактор играет ведущую роль (ВОЗ, 2004 г.). Одним из таких факторов возникновения ДТП является употребление водителями алкогольных напитков.

Нами проведен анализ травматизма на дорогах РС (Я) за двадцатипятилетний период (1981-2006 гг.), из которого видно, что в 80-х гг. XX в. показатель автомобильного травматизма в целом по республике был высоким. Так, в 1981 г. количество погибших в ДТП составило 156 чел., затем оно снизилось до 125, а к концу существования советского строя в 1990 г. достигло 289 чел. удерживалось на высоком уровне до 1994 г. На наш взгляд, снижение уровня смертности от автотравм в середине 80-х, затем его повышение до половины 90-х гг. с большей вероятностью было связано с общим процессом разлада старой и возникновением новой общественно-экономической формации. При этом одним из факторов, сдерживающих распространение алкоголизма и пьянства, являлось государственное участие в регулировании этого процесса. В этом плане решение майского пленума ЦК КПСС в 1985 г. о проведении радикальных мер борьбы с массовым распространением алкоголизма и пьянства в стране имело весьма позитивное значение. В этот период (1981-1986 гг.) удельный вес автомобильного травматизма с тяжкими последствиями, возникающего по вине нетрезвых водителей, с 41,7% снизился до 19,5% (рис. 1). Однако с прекращением государственного вмешательства в наркологическую ситуацию, т.е. с 90-х годов, отмечается рост показателя смертности в ДТП на дорогах республики по восходящей кривой. Удельный вес смертности от автотравм, возникающих по вине нетрезвых водителей, в 1995 г. снова приблизился к 40,0%. При этом тяжесть травм, приведших к смертельному исходу, во все годы наблюдения была выше при

ДТП, совершенных нетрезвыми водителями (рис. 2).

Следует отметить, что в этот период произошли и другие не менее важные процессы, оказывающие влияние на показатели автомобильного травматизма. На дорогах республики, особенно городов, появилось много праворулевых иномарочных автомобилей частного сектора, а государственный автомобильный парк сократился, соответственно количество ДТП с их участием также снизилось. Кроме того, медицинская экспертиза на выявление алкоголя и других психоактивных веществ проводится не всегда на должном уровне. В большинстве случаев, как правило, материалом для анализа становится не кровь, а слюна водителя-участника ДТП.

Хотя в последние годы в стране снизилось участие государства в решении наркологических проблем,

в настоящее время реализуется федеральная программа «Повышение безопасности дорожного движения на дорогах России». В республике по линии ГИБДД МВД РС (Я) принята программа «Повышение безопасности дорожного движения», которая из-за отсутствия должного финансирования еще не заработала в полном объеме.

Нами разработан проект научно-исследовательской программы «Ранняя диагностика и профилактика наркологических заболеваний среди транспортных работников автопредприятий г. Якутска». Программа НИР предполагает составление и изучение психологического портрета водителей транспортных средств по половозрастным, характерологическим, медико-социальным и другим признакам, что позволит разработать способы ранней диагностики наркологической патологии и тем самым предупредить воз-

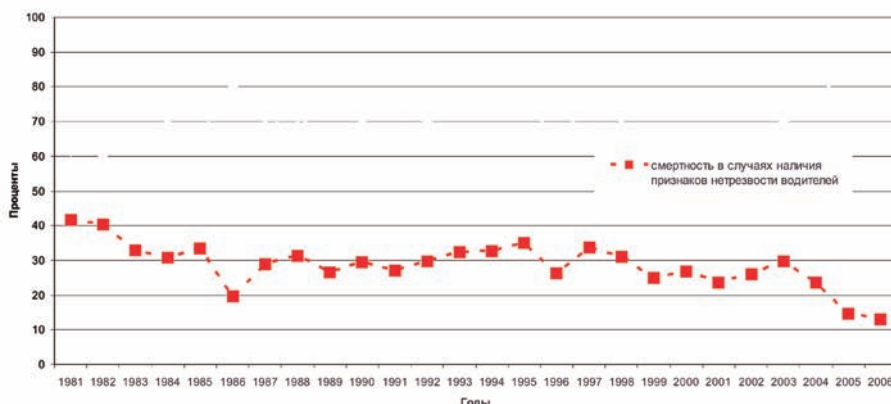


Рис.1. Динамика смертности в ДТП на дорогах РС(Я) за 25-летний период, %

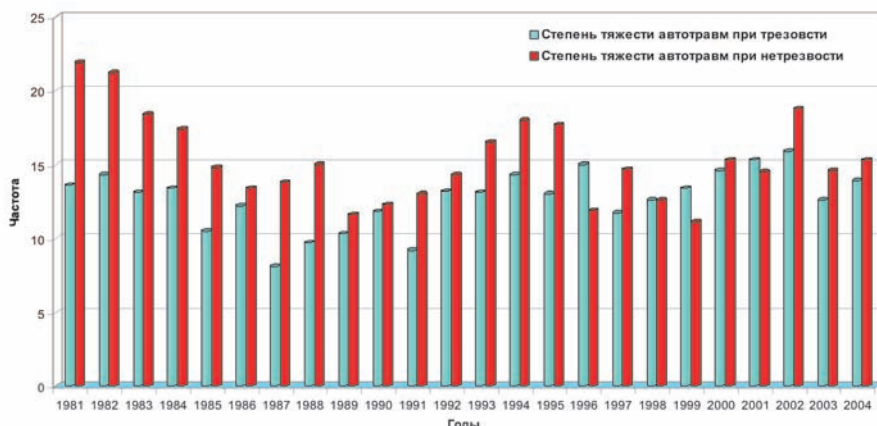


Рис.2. Степень тяжести автотравм со смертельным исходом в зависимости от употребления алкоголя у водителей, %

никновение ДТП по вине нетрезвых водителей. В настоящее время ведется работа с потенциальным государственным заказчиком на выполнение данной НИР. Выполнение программы и внедрение ее результатов позволит добиться снижения травматизма на дорогах республики.

Исходя из вышеизложенного, можно вынести следующее заключение:

1. Возникновение случаев ДТП, совершаемых по вине нетрезвых водителей на дорогах Якутии сохраняется на высоком уровне. В данной ситуации необходимо масштабное и системное вмешательство на государственном уровне, позитивный опыт которого уже не раз имел место быть.

2. Снижение смертности в ДТП, происходящих по вине нетрезвых водителей, может быть достигнуто в результате комплексной работы, ко-

торая предусматривает как усиление функции ГИБДД, ужесточение закона при вождении автомобиля в нетрезвом состоянии, так и совершенствование методов медико-социального освидетельствования при получении прав на вождение автомобилем и медицинской экспертизы водителей, совершивших ДТП.

3. Поиск путей и разработка методов совершенствования профилактики ДТП со смертельным исходом на дорогах республики будет эффективной при увязывании ее с общей наркологической ситуацией и должна вестись на научной основе. В связи с этим выполнение программы НИР «Ранняя диагностика и профилактика наркологических заболеваний среди транспортных работников автопредприятий г. Якутска» могла бы выполняться в рамках реализации республиканской

целевой программы «Повышение безопасности дорожного движения», которая должна финансироваться в полном объеме.

Литература

1. Башарин К.Г. Патоморфологические особенности происхождения автотравм в Якутии / К.Г. Башарин, В.Г. Попов // Дальневосточный медицинский журнал. - 1998.
2. Дмитриева Т.Б. О проблеме роста наркомании / Т.Б. Дмитриева // Врачебная газета. - 2001, Декабрь.
3. Ежегодный статистический сборник Управления ГАИ МВД РС (Я). - 1981-2006 гг.
4. Попов В.Г. Автомобильный травматизм в условиях Крайнего Севера / В.Г. Попов. - Якутск, 1997.
5. Энтин Г.М. Лечение алкоголизма / Г.М. Энтин. - М., 1990.

ГИГИЕНА, САНИТАРИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ЭКОЛОГИЯ

В.Ф. Чернявский, И.Я. Егоров, С.С. Теленков,
В.М. Тяптиргянова, Л.В. Будацыренова, О.И. Никифоров
Н.А. Антонов

КОНЦЕПТУАЛЬНОЕ, НОРМАТИВНОЕ И НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЕДИНОЙ СИСТЕМЫ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

Основной целью государственного санитарно-эпидемиологического нормирования является установление критериев безопасности и (или) безвредности факторов среды обитания и предотвращения их вредного воздействия на здоровье населения [6, 8], а необходимость научно-методических подходов в информационно-аналитическом обеспечении деятельности

Авторы-сотрудники ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РС(Я)»: **ЧЕРНЯВСКИЙ Виктор Федорович** – к.м.н., врач-эпидемиолог высшей квалиф. категории, засл. врач РФ; **ЕГОРОВ Иван Яковлевич** – д.м.н., проф, засл. врач РФ и РС(Я), зам. гл. врача; **ТЕЛЕНКОВ Сергей Семенович** – гл. врач; **ТЯПТИРГЯНОВА Виктория Матвеевна** – к.м.н., зам. гл. врача; **БУДАЦЫРЕНОВА Любовь Владимировна** – зав. отделом; **НИКИФОРОВ Олег Иннокентьевич** – руководитель группы мониторинга природно-очаговых и особо опасных инфекций; **АНТОНОВ Ньургун Анатольевич** – помощник врача-эпидемиолога.

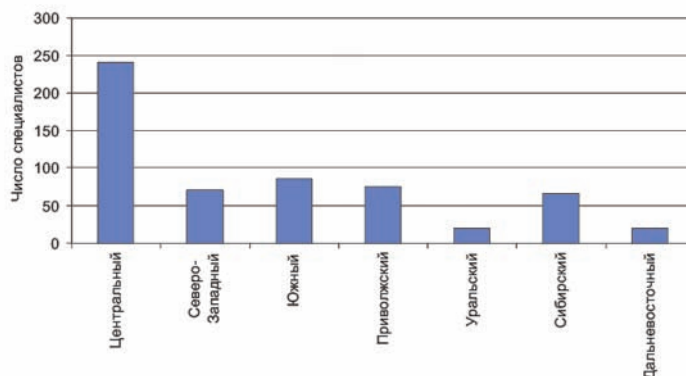
службы [1, 2] приобретает особую актуальность.

Аксиоматичное положение о стратегических приоритетах регионального здравоохранения [15], которые формируются в процессе его развития, должно подкрепляться целевыми исследованиями с учетом особенностей территорий с низкой плотностью населения [13] и в условиях реализации крупных хозяйственных промышленных комплексов [11].

Применительно к обозначенной тематике следует отметить, что если научный потенциал [3]

территориальных управлений и центров гигиены и эпидемиологии Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека достаточно высокий (рисунок), то итоги их деятельности достаточно презентативны [14].

Однако совершенствование научно-методического обеспечения указанных



Распределение числа специалистов Роспотребнадзора, имеющих ученую степень, по Федеральным округам Российской Федерации

структур по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека невозможно без четкого концептуального каркаса, который определяют:

– «Концепция [4] развития Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека на 2007-2008 гг. и на период до 2010 г.» от 12 января 2007 г. (раздел I, задача 8 и раздел VII);

– протокол [12] заседания постоянно действующего совещания Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 20.06.2006 г. «О мерах по внедрению бюджетирования, ориентированного на конечный результат в территориальных органах и организациях Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека» (научно-методическое обеспечение деятельности Роспотребнадзора);

– приказ [10] Федеральной службы Роспотребнадзора «Об утверждении примерного перечня вопросов для осуществления проверки деятельности территориальных органов и организаций Роспотребнадзора» №360 от 16.11. 2006 г. (раздел 6 «Организация и ведение СГМ», п. 6.5 «Совместная работа с вузами»);

– приказ [9] «Об утверждении «Основных направлений деятельности Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека на 2007 г.»» №21 от 20.09.2006 г.

Поскольку основным рычагом реального влияния на уровень санитарно-эпидемиологического благополучия населения является государственный санитарно-эпидемиологический надзор и надзор в сфере защиты прав потребителей, то разрабатываемые и подлежащие реализации научно-методические подходы и мероприятия позволят не только оптимизировать организационное построение системы, но и обеспечить улучшение ряда показателей, характеризующих санитарно-эпидемиологическую обстановку в Республике Саха (Якутия). При этом СГМ как научный подход приобретает востребованный и по-настоящему государственный характер, включая конечные цели и общественно значимые результаты.

Каждое положение научно-методического обеспечения [5] предполагает обоснование и формирование приоритетного программно-целевого продук-

та и реализацию ряда мероприятий, которые в совокупности обеспечат решение стратегических и тактических задач территориальной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей.

Выполнение целей и задач обеспечивается совокупными усилиями единой системы [6, 8] Госсанэпиднадзора по Республике Саха (Якутия):

1. Разработка, реализация и развитие научно-методических подходов в обеспечении деятельности территориальной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

2. Разработка технологии организации государственного санитарно-эпидемиологического надзора в условиях Крайнего Севера и на территориях с низкой плотностью населения.

3. Совместная работа с НИИ и вузами по научно-методическому обеспечению СГМ и благополучия населения в северных широтах.

4. Проведение анализа показателей здоровья населения в связи с факторами внешней среды.

5. Использование методологии оценки риска при анализе данных, полученных при проведении СГМ (гигиенических, санитарных, эпидемиологических, медицинских, экологических, статистических и др.).

6. Расчет сил и средств, необходимых для реализации концептуальных положений (формирование кадрового потенциала, техническое оснащение, программное и финансовое обеспечение).

7. Внедрение научно-методических подходов при оказании санитарно-эпидемиологических услуг в условиях рыночных отношений, независимо от форм собственности, в практику филиалов ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РС(Я)».

8. Внедрение нормативно-правовой базы координации и планирования научно-практических работ (госзаказ и внебюджетные средства).

9. Создание неформальных (внебюджетных) научно-творческих коллективов (в том числе межведомственных) для решения конкретных проблем обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

10. Учет оценочных критериев эффективности внедрения результатов

научно-практических работ (по системе «ОВОС», производственного контроля, санитарных паспортов, аттестации рабочих мест).

11. Разработка полномасштабной типовой формы договора на поставку научно-практической продукции между (исполнителем) ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РС(Я)» и (заказчиком) потребителем независимо от формы собственности.

12. Внедрение научных основ в обеспечение эпидемиологического надзора.

13. Внедрение в практику информационно-аналитического обеспечения деятельности Управления Роспотребнадзора по РС (Я) современных методов и средств лабораторной диагностики, профилактики и борьбы с инфекционными и паразитарными болезнями.

14. Внедрение новых средств и методов контроля за эпидемиологическим процессом с использованием молекулярной микробиологии и молекулярного маркирования возбудителей.

15. Продолжение научных исследований состояния иммунного статуса человека с целью оценки возможности возникновения заболевания, его течения и механизмов формирования противинфекционного иммунитета.

16. Внедрение и оценка новых поколений профилактических, диагностических и лекарственных препаратов на основе современных методов биотехнологии и генной инженерии.

17. Внедрение аппаратно-программных комплексов и диагностических тест-систем для индикации и дифференциальной диагностики возбудителей инфекционных заболеваний.

18. Внедрение новых современных технологий дезинфекции, дезинсекции и дератизации.

19. Внедрение в практику единой службы Госсанэпиднадзора по Республике Саха (Якутия) эффективных методов гигиенической оценки риска влияния неблагоприятных факторов окружающей среды на здоровье человека и профилактики неинфекционных заболеваний.

20. Оптимизация технологии санитарного надзора (работа по единому протоколу – комплексный контроль, 1 раз в 2-3 года).

21. Накопление и обобщение совместного опыта по доэпидемиологической диагностике нарушений состояния здоровья человека (пришлого и мест-

ного) на Севере с Институтом здоровья АН РС (Я) и ЯНЦ РАМН и Правительством РС (Я).

22. Освоение методологии изучения взаимосвязи факторов обитания и здоровья северян путем внедрения современных информационно-аналитических и программно-аппаратных технологий.

23. Комплексное изучение санитарно-гигиенического состояния объектов окружающей среды индустриально развитых городов и состояния здоровья населения Якутии с разработкой адресных подходов и мероприятий по обеспечению гигиенической безопасности.

24. Проведение исследований и оценка в области оптимизации фактического питания северян.

25. Научное и методическое обеспечение разработки и реализации санитарно-гигиенического сопровождения ведомственных и межведомственных целевых программ.

26. Участие в разработке и выполнении Федеральной целевой программы «Национальная система биологической и химической безопасности на территории субъекта Российской Федерации – Республики Саха (Якутия)».

27. Внедрение научно-практических подходов в систему постдипломного образования специалистов ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РС(Я)».

28. Расширение опыта НИР (подготовка и защита диссертаций) в деятельности сотрудников ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РС (Я)» как форма подготовки специалистов высшего уровня.

В заключение следует отметить, что одной из ведущих компонент в реализации научно-методических подходов в работе единой системы Госсанэпиднадзора на территории Республики Саха (Якутия) является сотрудничество с научными учреждениями, что обеспечит достижения в высших стан-

дартах и объективность в оценке получаемых результатов. Участие в профильных журнальных проектах будет способствовать формированию и эффективному выполнению целевых профилактических программ.

На наш взгляд, нет необходимости подчеркивать важность получения информации, особенно в форме опережающей публикации. Научно-практическая информация должна иметь свою санитарно-эпидемиологическую строку и широкую врачебную, медицинскую и вневедомственную аудиторию.

Серьезное значение будет иметь встречный обмен [7] мнениями об эффективности санитарно-гигиенических, радиологических и эпидемиологических профилактических действий. В этой связи новый раздел, безусловно, должен развиваться и совершенствоваться по мере развития самой системы Госсанэпиднадзора в условиях Крайнего Севера. Открытое обсуждение результатов исследования привлечет интерес самого широкого круга специалистов, оппонентов. Шаг редакции в этом направлении, на наш взгляд, перспективен в плане координации усилий ученых и практиков санитарно-эпидемиологической службы.

Литература

1. **Беляев Е.Н.** Итоги деятельности государственной санитарно-эпидемиологической службы РФ в X веке и задачи на предстоящее десятилетие / Е.Н. Беляев [и др.] // Материалы к докл. Г.Г.Онищенко – 1-го заместителя министра здравоохранения РФ, главного государственного санитарного врача РФ/Научно-практическая конф., посвященная 80-летию юбилею санитарно-эпидемиологической службы РФ (2–3 октября 2002 г.). – М., 2002. – 47 с.
2. **Брифинг** руководителя Роспотребнадзора Г.Г.Онищенко «Борьба с инфекционными болезнями в рамках председательства Российской Федерации в группе восьми». Пресс-служба (пресс-релизы). Роспотребнадзор от 04.07. 2006 года.

3. **Верещагин А.И.** О научном потенциале территориальных управлений и центров гигиены и эпидемиологии Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека / А.И. Верещагин, В.Г. Панов, М.Н. Корсак // Здоровье населения и среда обитания: Информационный бюл. – 2006. – №7. – С.3-7.

4. **Планирование** деятельности территориального управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека: метод. рекомендации. МУ 5.1.2031.-05. – М., 2005. – 10 с.

5. **Онищенко Г.Г.** О порядке взаимодействия / Г.Г. Онищенко. Письмо № 100/1784-05-32 от 13.01. 2005 г.

6. **Онищенко Г.Г.** Перспективы развития социально-гигиенического мониторинга, как основного механизма обеспечения санэпидблагополучия населения и роль журнала «Гигиена и санитария» в освещении его актуальных проблем / Г.Г. Онищенко [и др.] // Гигиена и санитария. – 2001. – №1. – С. 4–6.

7. **Онищенко Г.Г.** О государственном регулировании в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения / Г.Г. Онищенко [и др.] // Здоровье населения и среда обитания: Информационный бюл. – 2005. – №3. С.1–6.

8. **Протодияконов А.П.** Социально-гигиенический мониторинг в зонах промышленно-хозяйственных комплексов в Якутии / А.П. Протодияконов [и др.] // Материалы III Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье». – М., 2004. – С.144–146.

9. **Тимофеев Л.Ф.** Здоровоохранение территорий с низкой плотностью населения: на примере Республики Саха (Якутия) / Л.Ф. Тимофеев, В.Г. Кривошапкин. – Новосибирск: Наука, 2006. – 211 с.

10. **Чернявский В.Ф.** Итоги научно-практической деятельности в системе Госсанэпиднадзора в РС(Я) накануне системного реформирования / В.Ф. Чернявский // Якутский медицинский журнал. – 2005. – №1. – С. 16–19.

11. **Щепин О.П.** Перспективная программа развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации / О.П. Щепин // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – 1998. – №3. – С.3–10.

Л.А.Ерофеевская

САНИТАРНО-ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОЧВ ЭКОСИСТЕМЫ г. ЯКУТСКА

В настоящей работе дана санитарно-экологическая оценка почвам г. Якутска по микробиологическим показателям за 15-летний период исследований. Сравнительные показатели сапрофитного бактериального комплекса городской экосистемы в условиях Севера в дальнейшем позволят провести факторный анализ и индикацию антропогенных воздействий на почвенную биоту, которые впоследствии будут использованы в мониторинге [1].

Система благоустройства города – одна из наиважнейших проблем. Реконструкция дорог, озеленение улиц, строительство высотных благоустроенных зданий, дизайн площадей – критерии санитарно-гигиенического контроля. Но в северном мегаполисе ещё очень много ветхих деревянных домов, не имеющих элементарных функциональных условий, что сказывается на санитарном состоянии почв дворов, детских площадок и мест отдыха. В зимний период часто перемерзают и текут канализационные трубы, сточные воды заливают дворы, загрязняют почву, не на должном уровне туалетная санитария. Всё это способствует заражению, в т.ч. фекалиями, поверхностных слоев почвы.

Фактором, способствующим распространению инфекции в условиях города, также могут служить различные земляные работы и строительство, объём которых за последнее время значительно вырос. При этом горизонты почвы, а вместе с ними и микроорганизмы, покоящиеся в них, нередко оказываются вскрытыми, выброшенными на поверхность и рассеянными в окружающей среде. Известно немало возбудителей болезней, которые десятилетиями сохраняют свою жизнеспособность. Особенностью таких бактерий является способность образовывать в почве споры, обеспечивающую им высокую устойчивость по отношению к различным неблагоприятным воздействиям внешней среды.

ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Саха (Якутия)»

ЕРОФЕЕВСКАЯ Лариса Анатольевна – врач-бактериолог 2 квалиф. категории ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РС(Я)».

осуществляет информационно-аналитическое обеспечение контроля санитарного состояния почв населённых мест. Ежегодно специалистами составляется программа обследования грунта в наиболее неблагополучных с эпидемиологической точки зрения районах города. Планы-графики отбора проб учитывают также уровень и характер техногенной нагрузки и условий землепользования. Согласно этому плану проводятся санитарно-бактериологические и санитарно-гигиенические исследования. На основании результатов исследований принимаются меры по санитарной охране и очистке почв.

Материалы и методы. В качестве городской экосистемы рассматривались дворовые площадки, территории главных улиц г. Якутска, а также зоны отдыха.

Для исследований были отобраны почвенные образцы в мае–сентябре 1991-2006 гг. из биотопов, в целом отражающих однородность городских почв.

Отбор, транспортирование, хранение и подготовка проб к исследованию осуществлялись в соответствии с ГОСТ 17.4.4.02-84 «Охрана природы. Почва. Методика отбора и подготовки проб почвы для химического, бактериологического и гельминтологического анализа» и ГОСТ 17.4.3.01-83 «Охрана природы. Почвы. Общие требования к отбору проб». Оценка степени чистоты почвы определялась согласно СанПиН 2.1.7.1287-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к качеству почвы» и МУ 2.1.7.730-99 «Гигиеническая оценка качества почв населённых мест» [2].

В процессе работы были использованы следующие методы:

1. Отбор и подготовка почвенных образцов для микробиологических исследований.

2. Метод определения абсолютно сухого веса (АСВ) почвенных образцов.

3. Определение количества клеток методом посева на твердые среды (чашечный метод Коха):

- а) приготовление разведений;
- б) проведение посева поверхностным способом;

- в) подсчет выросших колоний;
- г) проведение посева глубинным способом.

4. Приготовление сред для культивирования различных микроорганизмов:

а) приготовление мясо-пептонного агара (МПА) для определения общего количества сапрофитных бактерий как показателя органического загрязнения почвы;

б) приготовление среды Кесслера для определения титра бактерий группы кишечных палочек (БГКП) как показателя фекального загрязнения почвы;

в) приготовление железо-сульфитной среды (ЖСС) для определения титра грамположительных облигатно-анаэробных спорообразующих палочек, способных к редукции сульфитов, свидетельствующих о «давнем» загрязнении почвы;

г) приготовление энтерококкагара для определения титра энтерококков, дающих характеристику течения процессов самоочищения почвы.

Результаты и обсуждения. За период с 1991 по 2006 г. было исследовано 2000 проб почв г. Якутска и его пригорода.

Анализ санитарно-бактериологических исследований показал, что большинство почв г. Якутска в течение 15 лет с позиций почвенной микробиологии имели допустимый уровень загрязнения и в плане экологии и эпидемической опасности не представляли угрозы. По всей вероятности, роль в этом принадлежит природным условиям региона. Грунты Якутии бедны органикой, почти не содержат гумуса, сильно засолены, недостаточно прогреты, что влияет на рост и размножение микроорганизмов.

По количеству сапрофитных бактерий грунты г. Якутска в 77% оцениваются как незначительные. Данный факт указывает на отсутствие органического загрязнения почвы (табл. 1).

Практически все исследованные почвы имеют хорошую самоочищающую способность, о чём говорит отсутствие в почвах столицы энтерококков.

Среди выделенных культур условно-патогенной микрофлоры 49,0% занимают бактерии рода *Escherichia*,

25,4 - *Citrobacter*, 10,9 - *Serratia*, 7,5 - *Clostridium*, 7,2% - другие микроорганизмы.

За последнее время значительно улучшились санитарно-микробиологические показатели почв г.Якутска. Вероятно, повышение культуры населения, значительные изменения в сфере обслуживания коммунальных систем, рост благосостояния населения отразились на состоянии городской экосистемы.

Так, если в 2002 г. из 10 исследованных проб по показателям индекса БГКП не отвечали гигиеническим нормам - 6, в 2003г. - 7, то в 2005 - 2, в 2006 г. - 2 (табл.1).

В 2002 г. по количеству общего микробного числа и титра кишечной палочки санитарным требованиям не соответствовали почвы ул.Лермонтова, Покровского тракта, Вилюйского тракта, Парка культуры и отдыха.

В 2003 г. по показателям ОМЧ, титра кишечной палочки, энтерококков и клостридий перфрингенс не отвечали санитарным нормам грунты Покровского тракта и оздоровительного лагеря «Отважный».

В 2004 г. почвы исследовались в основном только на патогенную микрофлору, положительных находок не было.

По данным исследований за 2005 г., степень обогащённости микроорганизмами почв антропогенной зоны г.Якутска в основном была не существенная (табл.1).

Установлено, что по индексу бактерий группы кишечной палочки загрязнёнными были образцы с участков Детского туберкулёзного диспансера и городского полигона. Значительно загрязнёнными считаются пробы ул. Октябрьская, территории Центрального парка и пляжа 202-го микрорайона. Клостридий, энтерококков и патогенных бактерий в почвах г. Якутска не было выделено.

В 2006 г. нестандартными по индексу БГКП были поверхностные горизонты грунтов ул. Дзержинского и ул.Халтурина (табл.2).

При оценке степени чистоты почвы территории детского туберкулёзного диспансера, городского полигона, де-

Степень обогащённости микроорганизмами почв г. Якутска, 2005 г.

Дата	Место отбора проб	Степень обогащённости, по Звягинцеву (1972)
13.07.05	Пляж 202мкр	Средняя
	Пляж Сергелях	Не существенная
	Центральный парк	Средняя
01.08.05	Детский сад №84	Не существенная
	Ул.Дзержинского	Не существенная
	Ул.Ф. Попова	Не существенная
	Ул.Кальвица	Не существенная
	Ул.Лермонтова	Не существенная
	Ул.Октябрьская	Бедная
27.09.05	Ул.Орджоникидзе	Не существенная
	Ул.Б.Чижика	Не существенная
	Детский туберкулёзный диспансер	Не существенная
	Городской полигон	Не существенная

Таблица 2

Выборочные санитарно-микробиологические показатели почв г. Якутска, 2006 г.

Дата	Место отбора проб	Патогенные микроорганизмы	Индекс клостридий	Индекс БГКП	Индекс энтерококков
31.05.06	Парк культуры и отдыха	0	0	0	0
	Ул. 50 лет Советской Армии	0	0	0	0
28.08.06	ЯГБ, ул.Курашова	0	0	0	0
	Ул.Дзержинского, д/с №53	0	0	0	0
26.09.06	Ул.Дзержинского, д/с №53	0	0	10 ²	0
	Ул.Халтурина	0	0	10 ⁴	0
	Ул.Курашова	0	0	0	0
	Ул. Лермонтова	0	0	0	0
	Ул. 50 лет Советской Армии	0	0	0	0

тского сада №53 «Гномик» расценивались как умеренно опасные.

В соответствии с требованиями СанПиН 2.1.7.1287-03 указанные площади рекомендованы для отсыпки чистым грунтом на высоту не менее 20 см.

Выводы

1. Поскольку микрофлора Севера непредсказуема и для её массового размножения необходимо немного тепла, то наши почвы требуют исключительного внимания по той причине, что микроорганизмы длительное время могут покоиться при низких температурах. Незначительные изменения в природе могут послужить толчком для вспышки «спящих» и давно забытых инфекций. Следовательно, необходим планомерный санитарно-гигиенический контроль за почвами не только города, но и отдалённых северных регионов.

2. В результате увеличения техногенной и химической нагрузки на экосистему города, снижается биологическая активность грунтов, отмечается уменьшение истинных представителей почвенных микробиоценозов, что в свою очередь, увеличивает эпидемическую опасность почв. Назревает необходимость ввести в практику мониторинг территорий селитебных зон, а также санитарно-микробиологический контроль строительных площадок городских новостроек.

Литература

1. Звягинцев Д.Г. // Проблемы и методы биологической диагностики почв. – М.: Наука, 1976. – С. 175.
2. СанПиН 2.1.7.1287-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к качеству почвы». – М., 2004. – С. 15.

ТРЕБУНА ГЛАВНОГО СПЕЦИАЛИСТА

А.Ф. Кравченко

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ЯКУТИИ

В настоящее время прочно укоренилось мнение, в том числе и среди медицинской общественности, что туберкулез в Якутии является краевой патологией. Причем проблемой трудноразрешимой, «застойной», не имеющей заметных позитивных сдвигов в течение многих лет. И это чаще всего связано еще и с тем, что мы, фтизиатры, убеждаем в этом всех вокруг себя. Это привело к тому, что общественное мнение, сознание свыкло с этим «вынужденным соседством».

К счастью, не все так думают, а главное – не все так равнодушны к этой проблеме.

Сегодня в мире туберкулез является глобальной проблемой и мировое сообщество обеспокоено этим фактом. В течение последнего 10-летия под эгидой Всемирной организации здравоохранения начались работы, особенно со странами с высокими показателями заболеваемости, по предупреждению распространения туберкулеза.

Традиционно фтизиатрическая служба в России была всегда организованной и славилась преемственностью в работе, и в постперестроечное время она одна из первых служб в отрасли здравоохранения оценила состояние и перспективы развития фтизиатрии, наладила контакты с международными организациями.

Так, в 1996 г. под патронажем ВОЗ была создана Рабочая Группа Высокого Уровня из числа ведущих сотрудников федеральных противотуберкулезных учреждений и специалистов, работающих в этой области за рубежом – США, Англии и странах Центральной Европы. Задачей этой группы являлась выработка единых взглядов и оценки состояния организации борьбы с туберкулезом в Российской Федерации, определение приоритетных направлений в противотуберкулезной работе. Наиболее важным достижением в этой работе явилось то, что российским ученым удалось отстоять основные разработанные принципы оказания противотуберкулезных ме-

роприятий в условиях России. Были сформированы задачи ближайшего времени:

- сохранения противотуберкулезной службы и специализированных учреждений по оказанию медицинской помощи больным туберкулезом;
- разработки Федерального закона по туберкулезу;
- разработки Федеральной целевой программы (ФЦП);
- разделения полномочий между общей лечебной сетью и специализированными противотуберкулезными учреждениями по выявлению и лечению больных туберкулезом.

Для осуществления контроля и согласованности в проведении противотуберкулезных мероприятий в стране в 1998 г. в г. Москве был открыт Офис ВОЗ по компоненту «Туберкулез», который возглавил В. Якубовяк.

Для определения стратегии лечения туберкулеза в России с 1998-2002 г. в различных административных территориях РФ были начаты «пилотные проекты» по выявлению и лечению туберкулеза. Применялись уже апробированные в различных странах методы, а затем они адаптировались в условиях России. В этой связи следует отметить, что наибольшие споры вызвал вопрос о целесообразности применения профилактического флюорографического обследования населения на туберкулез. Зарубежными коллегами предлагалось применение только бактериоскопии мокроты по методу Циля-Нельсена и оценка эффективности лечения также замыкалась только на этой методике. По стратегии лечения предлагалась принципиально новая методика, состоящая от 3 до 6 препаратов в один прием в зависимости от лекарственной чувствительности микобактерии туберкулеза к противотуберкулезным препаратам. При этом в отличие от российской доктрины лечение разбивалось на 2 этапа – интенсивное и поддерживающее.

Итогом комплексной работы между правительством Российской Федерации и ВОЗ явилась разработка стратегии мероприятий по предупреждению распространения туберкулеза в Российской Федерации:

- реанимирована противотуберкулезная служба с разделением полно-

мочий по оказанию специализированной медицинской помощи больным туберкулезом;

- издан Федеральный закон № 77 –ФЗ от 18 июня 2001 года «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»;

- разработана и принята ФЦП «Борьба с социально обусловленными заболеваниями в Российской Федерации на 2002-2006гг.», подпрограмма «Предупреждение распространения туберкулеза в Российской Федерации»;

- издан приказ Минздрава РФ №109 от 21 марта 2003 г. «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации».

В этом приказе определены взаимосвязи между противотуберкулезными учреждениями и общей лечебной сетью в проведении противотуберкулезных мероприятий, а также объем и регламент по противотуберкулезной работе. Пересмотрены группировки диспансерного учета больных туберкулезом, причем пациенты, излеченные от туберкулеза, но с остаточными изменениями, переданы под наблюдение общей лечебной сети. Впервые за всю историю существования противотуберкулезной службы России разработаны медицинские стандарты (режимы) лечения больных туберкулезом в строго отведенные временные рамки. Эти внесенные приказом изменения и дополнения для российской фтизиатрии являются революционными.

Республика Саха (Якутия) в этот период активно занималась и искала пути улучшения противотуберкулезной помощи населению республики. В 1998 г. в республике была утверждена республиканская целевая программа (РЦП) «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в Якутии на 1998-2002 гг.», а с 2002 г. она в качестве подпрограммы вошла в состав РЦП «Охрана здоровья населения Республики Саха (Якутия) на 2002-2006 гг.». 17 февраля 1999 г. был принят закон Республики Саха (Якутия) «О защите населения Республики Саха (Якутия) от туберкулезной инфекции и оказании противотуберкулезной помощи». Следует отметить, что оба директивных документа были приняты республикой до принятия федеральных Закона и Программы. Вместе с тем при при-

ведении в соответствие с федеральными законами от 2001 г. и 2004 г. были упразднены некоторые статьи закона, принятого Республикой Саха (Якутия), касающиеся региональных особенностей проведения противотуберкулезных мероприятий, в частности кратности и порядка проведения флюорографических обследований, исследований определенных групп населения и др. С принятием ФЦП подпрограммы «Предупреждение распространения туберкулеза в Российской Федерации» в РЦП «Неотложные меры борьбы туберкулезом в Якутии на 2002-2006гг.» были упразднены такие важные статьи расходов, как на НИОКР, на проездные и командировочные.

Вместе с тем именно политическая приверженность руководства и парламента республики позволили повысить уровень организации борьбы с туберкулезом в республике.

В 2002-2006 гг. по ФЦП в республику поступило товаров медицинского назначения на сумму 33,9 млн. руб., по РЦП – 64,8 млн. руб., причем за последние 2 года по РЦП – 52,9 млн. руб. Увеличение объемов финансирования РЦП произошло во исполнение решений парламентских слушаний Государственного Собрания (Ил Тумэн) РС(Я) от 08.04.2003 г. «Об исполнении законов РФ и РС(Я) по защите населения от туберкулеза и о комплексных государственных мероприятиях по борьбе с туберкулезом в РС(Я) и протокола № 45 совещания вице-президента А.К. Акимова с руководителями министерств и ведомств по вопросам профилактики и мерах борьбы с туберкулезом в Республике Саха (Якутия) от 28.10.2004 г.

Республика проявила готовность и к международному сотрудничеству по проведению мероприятий по предупреждению распространения туберкулеза в Якутии.

Наиболее перспективным компонентом работы видится сотрудничество с ВОЗ по разделу «Туберкулез». Для преодоления сложной эпидемиологической ситуации по туберкулезу и СПИДу в России Правительство РФ 15.08.03 г. приняло постановление № 498 «О подписании Соглашения между РФ и международным Банком реконструкции и развития (МБРР) о займе для финансирования проекта «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИД». По реализации этого Соглашения Республика Саха (Якутия) как субъект РФ заключила

договор об участии региона № 568/Р.7.1 от 5.09.2005 г.

В октябре 2004 г. группа экспертов ВОЗ работала в Якутии по реализации Соглашения и включила 14 районов республики и г.Якутск для выделения клинично-диагностических лабораторий и централизованной бактериологической референс-лаборатории в НПЦ «Фтизиатрия». Ориентировочная стоимость первого этапа работы с МБРР составляет около 40 млн. руб.

С 27 февраля по 4 марта 2005 г. в Якутии работала оценочная комиссия в составе 6 человек с представителями Министерства здравоохранения и социального развития РФ во главе с заместителем Координатора программы ВОЗ по борьбе с туберкулезом в РФ Д.Д. Пашкевичем по включению Якутии в Проект Глобального фонда «Российское здравоохранение». В декабре 2006 г. НПЦ «Фтизиатрия» как субреципиент Проекта заключила договора «Совершенствование организации раннего выявления и контролируемого лечения больных туберкулезом», «Внедрение системы мониторинга туберкулеза на региональном уровне», «Совершенствование организации раннего выявления контролируемого лечения больных туберкулезом», «Совершенствование мер инфекционного контроля в лечебных учреждениях», «Формирование приверженности к лечению у больных туберкулезом, проходящих контролируемое амбулаторное лечение». Общий объем финансирования по этим проектам составляет более 2,2 млн. руб. Только при выполнении условий договора субреципиентом планируется дальнейшая работа с Фондом, и в свою очередь Фондом разработаны мероприятия по контролю неукоснительного выполнения предложенных условий договора.

В настоящее время работа с международными организациями, Фондом «Российское здравоохранение» является одной из отличительных механизмов организации борьбы с туберкулезом, как на уровне РФ, так и субъектов. Вместе с тем изменение внесенных в законы РФ в редакции Федерального Закона от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ в части оказания специализированной медицинской помощи для противотуберкулезной службы Якутии может иметь самые разрушительные результаты.

Приказом Минздравсоцразвития РФ от 13 октября 2005г. № 633 «Об

организации медицинской помощи», изданным в целях реализации ряда федеральных законов, фактически ликвидируются муниципальные структуры противотуберкулезных учреждений Российской Федерации. Приказ в корне разрушает исторически сложившиеся и десятилетиями подтвержденные на практике принципы и систему противотуберкулезной помощи населению. Наиболее большие последствия предвидятся в Республике Саха (Якутия) с её разбросанностью и удаленностью административных территорий, плохо развитой транспортной схемой, дороговизной проезда. И если учесть, что 1/3 больных туберкулезом проживает в сельских местностях, то можно ожидать социальный взрыв.

Выход из создавшегося положения – принятие закона Республики Саха (Якутия) по сохранению в административных территориях противотуберкулезной службы. Только вот в каком качестве, в составе центральной районной больницы или как юридическое лицо? В настоящее время Правительством РС(Я) в Госсобрание (Ил Тумэн) внесен законопроект РС(Я) «О наделении органов местного самоуправления муниципальных районов РС(Я) отдельными государственными полномочиями по оказанию специализированной медицинской помощи больным туберкулезом». Проект этого закона был доложен на совещании-семинаре руководителей противотуберкулезных учреждений субъектов РФ по Сибирскому и Дальневосточному федеральным округам в июне 2006 г. в г. Красноярске, где он вызвал большое одобрение. Семинаром было рекомендовано обратиться в Минздравсоцразвития РФ и Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию о необходимости сохранения нормативно-правовыми актами РФ противотуберкулезных учреждений на уровне муниципальных образований.

Сегодня в работе по предупреждению распространения туберкулеза и других социально обусловленных заболеваний, по принятию нормативно-правовых документов по улучшению медицинской помощи, во взаимодействии с государственными учреждениями, академиями и международными организациями очень многое зависит от самих регионов. И определять приоритеты развития медицинской помощи населению должны непосредственно главные специалисты, медицинские работники.

АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА

А.П. Данилова, Ф.А. Платонов

**НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЕ ФАКТОРЫ
РИСКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ
ФОРМАМИ ВИЛЮЙСКОГО
ЭНЦЕФАЛОМИЕЛИТА**

Вилуйский энцефаломиелит (ВЭ) – воспалительное заболевание центральной нервной системы с неуточненной этиологией. Ранние генеалогические и семейные исследования по ВЭ показали, что генетический фактор играет определенную роль в возникновении этого заболевания. Разработано несколько гипотез о генетической природе ВЭ [2,5,7], последующие работы подтверждают данное мнение [8].

Целью исследования явилось изучение основных факторов риска у больных с хроническими формами ВЭ.

Материал и методы.

Всего осмотрено 205 больных с диагнозом хронический ВЭ, пролечившихся в энцефалитном отделении ЯРКБ, клиническом отделе ИЗ АН РС(Я) за период с 1980 по 2006 г. Среди обследованных больных женщин было 133 чел. (64,9%), мужчин – 72 (35,1%), средний возраст всей группы составил $45,1 \pm 10,1$ лет. Средняя длительность заболевания всей группы составила $10,5 \pm 7,7$ лет. В контрольную группу вошли 65 больных с боковым амиотрофическим склерозом. Диагноз хронический ВЭ ставился на основании диагностических критериев, принятых в настоящее время [6]. Всем больным проведен подробный клинко-генеалогический анализ.

Использовали методы биометрики: анализ таблиц сопряженности (ТС). При анализе ТС оценивались значения статистики Пирсона (χ^2), достигнутый уровень значимости (p). Вклады в связь дискретных признаков изучали по величине $\Delta\chi^2$ отдельных клеток ТС. За критическую принимали величину $p=0,05$. В работе обсуждаются только статистически значимые связи.

Результаты и обсуждение.

Анализ национальной принадлежности наших родителей в семьях больных показал, что 96,1% составили браки между супругами-якутами, 2,4% – смешанные браки (эвен и якут), 1,5% – браки между супругами-эвенями. Во

всех семьях родители – уроженцы Республики Саха (Якутия).

Нами обнаружено значительное преобладание распространенности хронического ВЭ среди женщин – 133 (64,9%) случая, чем среди мужчин – 72 (35,1%). При изучении социального положения выяснено, что более подвержены заболеванию рабочие – 99 чел. из 155 (63,9%), занятые в различных отраслях сельского хозяйства (доярки, животноводы, разнорабочие, трактористы), чем служащие – 56 (36,1%).

Полученные результаты анализа образовательного уровня показали, что больные с ВЭ отличались более низким уровнем образования – 96,1% обследованных. Из них большее число лиц (109 чел. или 53,2%) было без образования, меньшее число (67 или 32,7%) – с начальным образованием и наименьшее число (21 чел. или 10,2%) – с неоконченным средним образованием.

Сравнительный анализ частоты отдельных факторов риска у больных с ВЭ установил, что чаще имеет место переохлаждение (77,5%). Определенное значение имели неврогенные факторы (4,7%) и роды (7,1%).

Из семейного анамнеза указание на подобное заболевание среди умерших родственников получено от 52 (25,4%) больных.

Большинство больных с ВЭ проживало в Вилуйском улусе 106 (51,7%), в других улусах – значительно меньше. Так, значительно меньшее количество больных проживало в соседних улусах Вилуйской зоны, расположенных вдоль р. Вилуй: в Нюрбинском – 22 (10,7%), Сунтарском – 13 (6,3%) и наименьшее число в Верхневилуйском – 5 (2,4%).

При анализе ТС выявлено значительное влияние на распространенность ВЭ факта проживания на территории риска ($93,363$; $df=22$; $p=0,001$). Анализ показал, что распространенность ВЭ ассоциируется с национальностью матери ($\chi^2=6,623$; $df=1$; $p=0,010$) и отца ($\chi^2=8,064$; $df=1$; $p=0,005$), полом ($\chi^2=12,617$; $df=1$; $p=0,001$), социальным положением ($\chi^2=5,791$; $df=1$; $p=0,016$) и

образовательным уровнем ($\chi^2=16,166$; $df=3$; $p=0,001$).

В результате статистического анализа отдельных факторов риска установлено, что значимыми факторами, определяющими развитие и распространенность хронических форм ВЭ, являются семейная отягощенность ($\chi^2=20,421$; $df=1$; $p=0,001$) и переохлаждение ($\chi^2=10,424$; $df=1$; $p=0,002$).

Таким образом, анализ национальной принадлежности подтвердил прежние представления о том, что ВЭ болеют якуты и эвены.

В развитии ВЭ имеют значение несколько факторов – средовые, такие как переохлаждение, отрицательные эмоции и другие, которые способствуют проявлению патологической наследственности. Большое значение в развитии ВЭ имеют генетические факторы. В части случаев нами установлены факты семейного накопления заболевания (25,4%). Легко предположить, что контакт с больными обуславливает передачу вируса другим членам семьи, а переохлаждение, отрицательные эмоции и другие факторы только способствуют проявлению патологической наследственной восприимчивости к вирусному заражению.

Полученные нами данные относительно факторов риска хронического ВЭ согласуются с результатами предыдущих исследователей, которые указывали, что неблагоприятные факторы – переохлаждение, стрессовые ситуации и др. являются наиболее значимыми факторами риска развития ВЭ [1, 4]. Указанные авторы полагают, что переохлаждение ослабляет защитные, иммунные свойства организма. По литературным данным, повторные случаи ВЭ в семьях рассматриваются как горизонтальная передача инфекционного агента, как генетически обусловленная повышенная восприимчивость, свойственная отдельным семьям [3].

Исходя из вышеизложенного, можно сказать, что женщины чаще страдают ВЭ, чем мужчины. ВЭ больше встречается у жителей села, занятых на сельскохозяйственных работах, с

низким образовательным уровнем. Большинство больных проживает в Вилюйском улусе. Значимыми факторами риска являются наследственная отягощенность, переохлаждение и проживание на территории риска.

Проведенные предварительные исследования требуют дальнейшей разработки, которые будут направлены на генетическое исследование пораженных семей, с целью выявления возможного гена, ответственного за предрасположенность к ВЭ.

Литература

1. **Владимирцев А.И.** Факторы риска, обуславливающие развитие вилюйского энцефалита / А.И. Владимирцев [и др.] // Особенности патологии коренного и пришлого населения в условиях Севера. – Красноярск, 1981. – Т. 2. – С. 191-192.

2. **Гольдфарб Л.Г.** Соотношение наследственности и средовых факторов

в этиологии вилюйского энцефаломиелита : сообщение П. Популяционно-генетическое исследование в районах распространения вилюйского энцефаломиелита / Л.Г. Гольдфарб [и др.] // Генетика. – 1979. – №8. – С.1502-1511.

3. **Гольдфарб Л.Г.** Вилюйский энцефаломиелит: сравнительный анализ клинических и эпидемиологических характеристик в 1950-х, 1970-х и 1990-х годах / Л.Г. Гольдфарб [и др.] // Проблемы вилюйского энцефаломиелита, нейродегенеративных и наследственных заболеваний нервной системы : тез. докл. II Международной науч.-практ. конф. – Якутск, 2000. – С. 30-31.

4. **Дубов А.В.** Эколого-биологические основы эволюции очагов вилюйского энцефалита / А.В. Дубов // Достижения и перспективы медицинской науки в республике Саха (Якутия) : материалы республик. науч.-практ. конф., посвящ. 5-летию образования

Ин-та здоровья АН РС(Я), 16 июня 2002 г. – Якутск : Изд-во департамента НИСПО МО РС (Я), 2002. – С. 42-44.

5. **Зубри Г.Л.** О нозологической принадлежности бохооро / Г.Л. Зубри [и др.] // Генетика. – 1977. – № 3. – С.1843-1849.

6. **Тазлова Р.С.** Вилюйский энцефаломиелит (клиника, психические нарушения, вопросы дифференциального диагноза) / Р.С. Тазлова. – Якутск, 1992. – 15с.

7. **Уманский К.Г.** «Бохоор» (этнографический анализ проблем вилюйского энцефаломиелита) / К.Г. Уманский // Советская этнография. – 1974. – № 4 – С. 133-143.

8. **Фефелова В.В.** Изучение распределения генетических маркеров системы HLA в связи с проблемой вилюйского энцефалита / В.В. Фефелова, Т.Я. Николаева, В.А. Владимирцев // Вилюйский энцефаломиелит: материалы науч.-практ. конф., 3-4 окт. 1996 г. – Якутск, 1996. – С. 122-123.

ОБМЕН ОПЫТОМ

Л.А. Попова, Н.П. Степанов, А.И. Васильев, А.К. Федосеева ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДВУСТОРОННИХ ОККЛЮЗИОННО-СТЕНОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СОННЫХ АРТЕРИЙ

К настоящему времени завершено несколько крупных исследований, в которых изучались показания и эффективность хирургического лечения ишемии головного мозга. Северо-американским исследованием установлено, что для пациентов с симптомными 70%-ными стенозами внутренних сонных артерий (ВСА) риск возникновения инсульта в течение 2 лет после операции составил 9%, в то время как при медикаментозном лечении – 26%. Европейское исследование определило, что при стенозах ВСА свыше 75% вероятность нарушения мозгового кровотока (в течение 3 лет) при лекарственной профилактике составила 16,8, а при хирургическом лечении – 10,3. Но все эти исследования касались больных с односторонними стенозами ВСА. Специальных кооперативных исследо-

ваний в отношении целесообразности хирургического лечения двусторонних окклюзионно-стенотических поражений СА не проводилось. До недавнего времени окклюзия контралатеральной ВСА считалась фактором риска, ухудшающим результаты операций, хотя имеются исследования, опровергающие это мнение. Двусторонние окклюзионно-стенотические поражения СА трудно оценивать из-за отсутствия согласованных критериев представления результатов.

Данная статья иллюстрирует опыт хирургического лечения больных с двусторонними поражениями сонных артерий с 2001 по 2005 г.

Пациенты разделены по состоянию контралатеральной ВСА на 5 групп. Первая группа – 23 пациента (29,4%): с бикаротидными стенозами свыше 50% с одной стороны и гемодинамически незначимым стенозом с другой – 14 чел., со стенозами свыше 50% с обеих сторон – 9; вторая группа – 45 пациентов (57,6%): со стенозами свыше 70% с одной стороны и с гемодинамически незначимым стенозом с контралатеральной стороны – 20, со стенозами

свыше 70% с одной стороны и с гемодинамически значимым стенозом с контралатеральной стороны – 17, с критическими стенозами с обеих сторон – 8 чел. Третья группа включала 10 пациентов (12%) с окклюзией с одной стороны и гемодинамически значимым стенозом с контралатеральной стороны.

По степени хронической сосудистой-мозговой недостаточности (ХСМН) пациенты распределены таким образом: в 1-й группе пациентов с 1-й степенью ХСМН – 3 чел. (13%), со 2-й – 13 (57,5%), с 3-й – 1 (4,3%), с 4-й – 6 чел. (26%).

Во 2-й группе: с 1-й степенью ХСМН – 4 чел. (8,7%), со 2-й – 18 (39,1%), с 3-й – 8 (17,3%), с 4-й – 15 чел. (33,3%).

В 3-й группе: с 1-й степенью ХСМН – 1 чел. (11%), со 2-й – 2 (22,2%), с 4-й – 5 чел. (55,5%).

Всем пациентам выполнены каротидные эндартерэктомии. Всего проведено 103 операции 78 пациентам: 6 из них – поэтапные операции на сонных артериях: 2 пациента из 1-й группы с 3-й и 4-й степенью ХСМН, 4 пациента

ПОПОВА Людмила Афанасьевна – врач ординатор ОСХ РБ №1-НЦМ; **СТЕПАНОВ Нюргун Петрович** – к.м.н., гл. хирург МЗ РС(Я); **ВАСИЛЬЕВ Альберт Иванович** – зам. директора КЦ РБ №1-НЦМ; **ФЕДОСЕЕВА Александра Корниловна** – зав. ОСХ РБ №1-НЦМ.

из 2-й группы, 3 из них с 1-й степенью, 1 – с 3-й, 1 – с 4-й степенью ХСМН. 2 пациентам из 2-й группы проведены эверсионные эндалтерэктомии с резекцией ВСА.

Проведено 17 одномоментных операций, 2 операции поэтапно на брюшном отделе аорты и на артериях нижних конечностей: протезирование брюшного отдела аорты – 3, бифуркационные аорто-бедренные шунтирования – 8, линейное аорто-бедренное шунтирование – 1, профундопластика – 3, бедренно-подколенное – шунтирование – 5, на подключичной артерии – 1 операция.

Пациентам 3-й группы и пациентам с критическими стенозами сонных артерий с обеих сторон с целью профилактики интраоперационных осложнений использованы временные внутрисосудистые шунты (ВВШ). Пациентам 3-й группы с окклюзией ВСА с одной стороны ВВШ использован в 70% случаев, а при критических стенозах обеих ВСА – в 50% случаях. Несомненно, что использование ВВШ с контралатеральным поражением ВСА является одним из ключевых моментов в защите головного мозга.

В ближайшем послеоперационном периоде осложнения по типу острого

нарушения мозгового кровотока развились у 2 пациентов, что составило 2,5%. У 2 пациентов в раннем послеоперационном периоде наблюдались преходящие нарушения мозгового кровотока. В целом же результаты наблюдений по остальным пациентам позволяют утверждать, что при обеспечении интраоперационного контроля транскраниальной доплерографией, рациональном использовании ВВШ можно получать лучшие результаты профилактики ишемических инсультов при бикаротидных поражениях.

ТОЧКА ЗРЕНИЯ

Д.Г. Тихонов

ПОЧЕМУ МЫ ЛЮБИМ СВОЮ РОДИНУ? РОЛЬ ИНСТИНКТА И РАЗУМА В ПАТРИОТИЧЕСКИХ СТРЕМЛЕНИЯХ

Правительство РФ 7 марта 2000 г. приняло Постановление № 198 «О концепции государственной поддержки экономического и социального развития районов Севера». Концепция предусматривает: «...Удовлетворение потребности в рабочей силе в значительной мере должно осуществляться за счет проживающего в северных районах населения, адаптированного к суровым условиям, а не за счет притока мигрантов из других регионов страны».

Следует отметить, что постоянное и коренное население Арктики играет существенную роль в освоении Севера во всем мире. Ряд исследователей Севера считает, что ориентация на постоянных жителей Крайнего Севера является ключом к успеху экономической, социальной политики России на Севере [1, 15]. Все арктические страны (страны, имеющие арктические территории) давно определились, каким путем освоить Север. Они обустривают свой Север, создают инфраструктуру и обживают его постоянным населением. Только мы не определились, какими силами осваивать Север. Огромные средства вкладываются в научное обоснование вахтового метода освоения Севера. Строятся рабочие поселки, населен-

ные вахтовыми рабочими, которые создают существенные экономические проблемы по переселению жителей после закрытия этих поселков. На огромных просторах Севера десятками лет не создавалась соответствующая инфраструктура, вплоть до настоящего время существуют «зимники» – зимние автомобильные трассы протяженностью 1000 и более километров. На территории Якутии, простирающейся на более чем 3 млн. км², не имеется ни одного курорта, так как десятками лет планировалось оздоровление населения Крайнего Севера исключительно в центральных, более обжитых районах страны. Уникальные месторождения природных лечебных ресурсов не осваиваются. На северо-востоке страны функционирует всего лишь единственный курорт федерального значения «Талая» в Магаданской области.

В советское время население Крайнего Севера достигало 10 млн. человек. В настоящее время оно сократилось на 25% и более. Тем не менее около 70% населения составляют русские, т.е. пришлое население и их потомки. В настоящее время на Севере (в частности в Якутии) проживает уже девятое поколение русских. Миллионы людей, родившиеся на Севере, независимо от национальности уже не мыслят свое будущее без своей малой родины. Они не представляют себя без трескучих морозов, бескрайних

снежных долин, назойливой мошкары летом, ледяного холода чистых родниковых вод, успокаивающего шума тайги, пения весеннего жаворонка, счастливых моментов успешной охоты и рыбалки.

Кто возвращается в эти новогодние дни из Москвы в Якутск, сразу ощущают, в каком суровом уголке земли мы живем. В эти дни в Москве плюсовая температура и часто моросит дождь. Но все равно, мы скучаем о своей Якутии и всегда вновь и вновь возвращаемся к ней. Почему? Чувство родины не чуждо никому – от рядового рабочего до высокопоставленного государственного чиновника. Оно не чуждо и животному миру. Ежегодно миллионы птиц совершают перелеты на огромные расстояния, чтобы вернуться к месту своего появления на свет (на свою родину), чтобы совершить кладку яиц.

В этой статье мы попытались разобратся в механизмах формирования чувства родины, и какова роль в этом инстинкта и разума.

Инстинкт (от лат. *instinctus* – побуждение) определяется в энциклопедических словарях как совокупность сложных врожденных реакций (актов поведения) организма, возникающих в ответ на внешние или внутренние раздражения, или как сложный безусловный рефлекс (пищевой, оборонительный, половой и др.).

ТИХОНОВ Дмитрий Гаврильевич – д.м.н., проф., генеральный директор объединения «Якуткуорт».

В научной литературе не существует четкого определения термина инстинкт. Разные исследователи его толкуют по-разному. Ч. Дарвин рассматривал инстинкт в основном как влечение или импульс, побуждающий животное стремиться к определенной цели. Более того, по Дарвину, инстинкты не обязательно направлены на поиск удовольствия и стремление избежать боли. Он думал, что более «вероятно, что инстинкты являются простой наследственной силой, не стимулированной ни удовольствием, ни болью» [17]. В книге «Происхождение видов...» он написал: «Я не пытаюсь дать какое-либо определение инстинкта. Легко показать, что под этим термином обычно разумеются некоторые различные психические действия; но каждый понимает, что хотят сказать, когда говорят, что инстинкт заставляет кукушку совершать свои перелеты и класть яйца в гнезда других птиц. Действие, для исполнения которого от нас самих требуется опыт, исполняемое животным, особенно очень молодым, без опыта, или исполняемое одинаково многими особями без знания с их стороны цели, с которой оно производится, обычно называют инстинктивным. Но я могу сказать, что ни одна из этих характеристик не может считаться универсальной».

По З. Фрейду, каждый организм стремится снизить нервное возбуждение до минимума. Смерть полностью снимает всякое внутреннее напряжение, и, по его мнению, все органические формы жизни бессознательно стремятся к смерти. Однако стремление к полному внутреннему спокойствию сталкивается с противоположной силой, инстинктом жизни. Согласно концепции Фрейда, конечной целью всей жизни является не удовлетворение фундаментальных биологических потребностей в выживании, а инстинкт смерти. По словам Фрейда, задача либидо – обезвредить разрушающий инстинкт, и оно выполняет свою задачу, отвлекая этот инстинкт наружу... в направлении объектов окружающего мира. Следовательно, инстинктивное влечение к смерти проявляется в агрессивном отношении к другим людям. «В самом деле, кажется, – писал он, – как будто нам нужно уничтожить какую-то другую вещь или человека для того, чтобы не уничтожить самих себя...» [3].

И.П. Павлов отнес инстинкт к особым видам безусловных рефлексов.

По его мнению, механизм формирования инстинкта имеет безусловно-рефлекторный характер. Но впоследствии было установлено, что безусловные рефлексы не постоянны, они гибкие и видоизменяются.

В отличие от И.П. Павлова К. Лоренц считал, что инстинкт возникает в результате внутренних побуждений, спонтанного, ничем не стимулированного накопления какого-то возбуждающего вещества, или спонтанного возбуждения в центрах инстинкта. Он считал, что инстинктивные действия детерминированы эндогенно и являются реакцией на внешние события, и он считал, что эти стимуляции не имеют рефлекторной природы.

Анализируя плоды раздумий величайших ученых с мировым именем, следует отметить следующие особенности их понимания сущности инстинкта:

- инстинкт запрограммирован генетически и передается по наследству, не возникает в результате обучения;
- является целесообразным и направлен на получение положительного результата, но безотчетно и бессознательно;
- одинаково проявляется в действиях особей данного вида;
- содержание инстинкта является сложным, многокомпонентным, реализуется только среди высших животных, с развитой центральной нервной системой;
- в формировании инстинкта участвует комплекс факторов: безусловно-рефлекторные, гуморальные и возможно условные рефлексы, эмоциональная сфера.

Лауреат Нобелевской премии К. Лоренц пишет: «В дискуссиях по поводу его (З.Фрейда) учения об инстинктах выявились неожиданные совпадения результатов психоанализа и физиологии поведения. Совпадения суще-

ственные как раз потому, что эти дисциплины различаются и постановкой вопросов, и методами исследования, и – главное – базисом индукции» [9].

Следует отметить, что вплоть до настоящего времени не существует четкой классификации инстинктов. Наиболее изучены инстинкты: половой, агрессии, пищевой. По З. Фрейду есть два самых важных инстинкта: смерти и жизни. Инстинкт жизни связан с половым. В связи с изложенным следует отметить, что даже в Древнем Египте половой инстинкт связывали с жизнью и воскресением умерших. Хотя многие отрицают существование инстинкта смерти, никто не сможет отрицать биологический закон о смертности всех живых существ. Закономерный финал всего живого – заканчиваться смертью, видимо, нельзя истолковать как инстинкт, скорее всего, это закон биологии.

Из живых существ наибольшей продолжительностью жизни обладает человек (табл. 1). Это связано не только с тем, что он создает под себя ноосферу, а с тем, что обладает самым крупным и совершенным мозгом. Как показано в таблице, финвал и слон имеют мозг в 3-6 раз больше, чем у человека, но живут никак не больше людей, хотя наблюдается тенденция к удлинению продолжительности жизни у животного мира в зависимости от веса мозга. Существует точка зрения, что давно вымершие динозавры расплатились своей жизнью из-за своего крошечного мозга. Так, при весе более 30 т, мозг динозавра весил всего 300,0 г. Вышеприведенные нами данные подтверждают, что эволюция шла по пути удлинения жизни и отсрочки смерти у высших животных на более поздние сроки. Многочисленными наблюдениями было установлено, что творческие и мыслящие люди живут дольше всех.

Таблица 1

Масса мозга и продолжительность жизни животных

Биологический вид	Вес мозга, г	Продолжительность жизни, ср. лет	Максимальная продолжительность жизни, лет
Еж	3,4	1	3
Домашняя кошка	31,4	10-12	20
Собака	100	10-12	34
Свинья домашняя	150	8-10	15
Корова	350	15	30
Горилла	430	20	80
Лошадь	500	20	62
Человек	1400	60-70	100
Индийский слон	4000-5000	60	90
Финвал	6000-7000	20	Около 100

Из всего сказанного следует, что органический мир зарождается с инстинктом жизни и этот инстинкт ведет непрерывную борьбу с биологическим законом смерти. По мнению Нобелевского лауреата И. Мечникова, «...несомненно, что животные, даже стоящие выше всех на лестнице существ, не имеют никакого представления о неизбежной смерти, ожидающей все живущее. Это понятие приобретено родом людским. Инстинкт самосохранения, несомненно, развит у человека» [11]. У животных этот инстинкт определяется как инстинкт страха, или как оборонительный инстинкт.

В отличие от З. Фрейда нам кажется, что правы те исследователи, которые считают, что инстинкты направлены на получение положительного ответа. Но мы всегда в недоумении, когда видим самоубийства, вредные привычки (алкоголизм, наркомания, табакокурение). Несмотря на прекрасное понимание вреда этих привычек для здоровья, их обладатели не могут от них освободиться. Действует ли в этом случае «инстинкт смерти» З. Фрейда? Скорее всего, эти явления связаны с нарушениями в эмоциональной сфере. Еще в начале прошлого века основатель социальной психологии У. Мак-Дугалл утверждал о тесной связи инстинктов с эмоциями, им было описано 6 пар инстинктов, сопряженных с эмоциональными реакциями. По нашему мнению, в результате недостатка воспитания в детстве упускается период формирования воли, тренировки разума и его доминирования над инстинктами и эмоциями,

что приводит к таким печальным последствиям. Люди становятся рабами своих инстинктов и эмоций.

Инстинкты появляются, повторяя филогенетический путь развития вида, и в связи с этим они бывают древними и появившимися в более позднее время. «Инстинкт не “основа”, не опора поведения, а источник энергии, питающий поведение. Поэтому он не предопределяет характера поведения, а лишь силу его», – писал физиолог А. А. Ухтомский. Но следует отметить, что степень влияния подкорки (инстинкта) на наше сознание огромно в связи с тем, что сознание появилось всего лишь 50-100 тыс. лет назад, а подкорковые структуры мозга появились миллионы лет назад.

Огромный опыт изучения поведения животных и человека показал, что инстинкты являются стержнем организации органической жизни на земном шаре. Они существуют независимо от нашего сознания и являются универсальными для животных и для человека. Но на человеческие инстинкты оказывает воздействие разум и они одухотворяются высшим идеальным содержанием. Так, инстинкт самосохранения теряет свой исключительно физический характер, переходя в человеческом обществе в потребность в независимости, одобрении окружающих, чести, в социальной справедливости; инстинкт родительский становится выражением нравственной связи и преемственности поколений; стадный инстинкт, встречающийся у общественных и стадных животных, получает новое и огромное значение,

переходя в чувство гражданского долга, в патриотизм и, наконец, в начало всеобщей солидарности или братства. Одухотворенные человеческие инстинкты – это потребности людей. Они классифицированы в виде 16 групп американским исследователем S. Reis. Потребность не продукт человеческого разума, она формируется независимо от сознания и таким образом имеет много общего с инстинктом животных. Как показано в табл.2, некоторые группы потребностей имеют свои аналоги в виде безусловных рефлексов, выявленных методами исследования, используемыми в физиологии, а у некоторых потребностей выявлены аналоги в виде инстинктов в результате изучения поведения животных. Выявление таких параллелей показывает, что потребности человеческих личностей фактически являются одухотворенными инстинктами животных и, естественно, являются результатом эволюционного развития более позднего периода. Самыми древними являются безусловные рефлексы, затем инстинкты. Потребность, несомненно, у человека появилась, когда у него появилось самосознание, чувство личности. И она связана с прогрессированием развития лобной доли мозга. Больные с поражением лобных долей мозга характеризуются апатией и безынициативностью [5].

Разум определяется как «способность человека логически и творчески мыслить, обобщать результаты познания» [13]. Усложнение поведенческих реакций высших животных прошло следующие этапы развития: простая

Таблица 2

Потребности личности и её аналоги

Steven Reiss Потребности (психология)	Уильям Мак-Дугалл Инстинкты (биология)	Иван Павлов Безусловные рефлексы (физиология)
Социальный контакт – потребность в компании	Стадный инстинкт	
Авторитет (или власть)-потребность влиять на других	Самоутверждение (воодушевление)	
	Самоуничтожение (смущение)	
Семья – потребность растить собственных детей	Родительский инстинкт (нежность)	
Еда – потребность в пище	Пищевой инстинкт	Пищевой
Одобрение окружающих – потребность быть принятым другими людьми	Неприятие (отвращение)	
Любопытство – потребность получать новые знания	Любознательность (удивление)	Ориентировочно-
Статус – потребность иметь высокое общественное положение	Инстинкт созидания	
Любовь – потребность быть красивым и заниматься сексом	Инстинкт продолжения рода	Половой
Создание запасов – потребность делать накопления	Инстинкт приобретательства	
Сведение счетов – потребность быть победителем, мстить за обиды	Агрессивность (гнев)	
Независимость – потребность полагаться только на себя	Бегство (страх) (самосохранение)*	Оборонительный
Честь – потребность быть верным своей семье и предкам		
Идеализм – потребность в социальной справедливости		
Физическая активность – потребность в физической нагрузке		
Покой – потребность в эмоциональном спокойствии		
Порядок – потребность организовать пространство вокруг себя		

* По И. Мечникову.

реакция (на химические и другие раздражители), условный рефлекс, безусловный рефлекс, инстинкт, потребность, интеллект, разум. Еще Ч. Дарвин утверждал: «...Небольшая доза соображения или ума, как выражается Пьер Губер (Pierre Huber), часто наблюдается у животных, даже низко стоящих на лестнице природы». В этой связи следует ответить, что одну из глав своей книги К. Лоренц назвал «Парламент инстинктов». По нему выбор инстинктов осуществляется, как в парламенте. Но выбирает-то мозг и это уже зачатки разумной деятельности.

С появлением разума и высшей нервной деятельности, связанной с корковым слоем головного мозга, человек начал свою сознательную и разумную жизнь.

Разумность означает выбор правильного пути из множества вариантов действия. Если выбирается не тот путь, его исправит естественный ход развития человеческого сообщества, заменивший инструмент естественного отбора животного мира. Каким образом естественный ход развития человеческого общества заменяет инструмент естественного отбора? Естественный ход развития человеческого общества выбирают его члены. Универсальным его инструментом является демократия [16]. Даже самые жестокие тираны приходят к власти, предлагая прогрессивные идеи и устанавливая более справедливые порядки. Даже такая величайшая цивилизация, как Римская империя, пала под натиском гуннов и варварских народов, отличавшихся от римлян боготерпимостью и отсутствием институтов рабовладельчества.

Ряд исследователей Запада Х. Ньюборг, Р. Линн, Р. Хернстайн, Ч. Мюррей, на основе изучения IQ-тестов и допуская зависимость уровня теста от генетических факторов, развивают идею защиты мира от «дураков», ограничивая рождаемость среди лиц с низким интеллектом [2, 7, 14]. Но следует отметить, что, согласно результатам исследования психолога из Университета Вирджинии Эрика Туркхаймера и его коллеги, низкий уровень IQ-теста не зависит от генов, а зависит от условий жизни и статуса семьи. В отличие от генетически обусловленных качеств интеллект способен неоднократно меняться в течение онтогенеза. Его можно совершенствовать и развивать путем целенаправленного воспитания.

Становление разума происходит в детстве. Анализ детского развития показывает: разум не раскрывается автоматически, как это происходит с

Стадии развития речи у человека в зависимости от возраста при определенном весе мозга

Стадия развития речи (первое проявление)	Возраст, мес.	Вес мозга, г
Реакция на человеческий голос; воркование и выражение голосом удовольствия	2	480
Игры голосом; выражение голосом нетерпения и неудовольствия	4	580
Подражание звукам	6	660
Первое слово	9	770
Подражание слогам и словам; второе слово	11	850
Быстрое увеличение словарного запаса	13	930
Наименование предметов и картин	17	1030
Сочетание слов в связную речь	21	1060
Использование местоимений, понимание предлогов, использование фраз и предложений	23	1070

инстинктами животных. Более того, он может не оформиться вовсе, если не стимулировать его воспитанием, что наглядно видно у детей, выросших среди волков или собак, у так называемых «маугли» [4, 6].

Мозг новорожденного, как губка, впитывает информацию из внешнего мира. Он, как чистый лист, все, что на нем записано, остается на всю жизнь, составляя основу его жизнедеятельности за весь период онтогенеза (табл. 3).

В настоящее время мы наблюдаем, что объем мозга людей увеличивается, убыстряется процесс роста и развития ребенка. Все это связано с информационным бумом. Радио, телевидение, автоматизирующийся и компьютеризованный мир с самого рождения ребенка воздействует на его мозг. Согласно правилам психоанализа, избыточно эксплуатируемый инстинкт любопытства у этих детей подавляется. В результате у современных детей пропадает любопытство, интерес к познанию непознанного.

Как в те далекие времена, когда поморский парень Михайло Ломоносов собрался в дальний путь с обозом за знаниями, сегодня огромное количество молодежи из сельских деревень, заброшенных по глухотам российских просторов, устремляются в города за получением образования. Мозг этой молодежи еще не засорен избыточной информацией и при определенных обстоятельствах среди них могут появляться гении. Тяги к познанию и любопытства у них больше, чем у городской избалованной молодежи, хотя уровень IQ у них может быть на порядок ниже.

Постнатальный период и период роста организма (особенно в первый год развития) в младенческом возрасте играет важную роль в формиро-

вании индивида. Почему? Да потому, что вся информация, поступающая из внешнего мира, оставляет свой отпечаток в формирующихся комплексах безусловных рефлексов и формирующихся инстинктов (табл. 3).

Почему мы любим свою Родину? Недавно я увидел на историческом телеканале эксперимент английских ученых с задержкой дыхания. Исследуемые погружали голову в воду и задерживали дыхание, а исследователи фиксировали время задержки дыхания в секундах. При этом оплачивалось вознаграждение пропорционально времени задержки дыхания. Особым условием вознаграждения являлось то, что обещанное вознаграждение выплачивалось тому или иному человеку, имя которого провозглашалось перед началом опыта и он находился рядом с испытуемым. Результаты эксперимента были поразительными. Испытуемые задерживали дыхание тем дольше, чем ближе к ним имел родственную связь получатель вознаграждения. Ученые объяснили этот факт «инстинктом сохранения своих генов», мы бы назвали его «родительским инстинктом».

«Родительский инстинкт» тесно связан с процессом восприятия окружающего мира. Было выявлено, что при этом большое значение имеют сигналы окружающего мира в первые минуты, часы, дни и месяцы появления на свет индивида. Зоологи установили, что новорожденный лосенок воспринимает работников зоопарка как свою мать, если они были с первых минут появления его на свет рядом с ним. Лосиха воспринимает работников как своего детеныша, если они находились рядом во время ее отела. Каждую весну миллионы пернатых преодолевают огромные расстояния и возвращаются к своим родным местам. При этом ор-

Таблица 3



У могилы Никколо Макьявелли
автор статьи

нитологами было точно установлено, что каждая птица возвращается точно к своему месту появления на свет. Механизм формирования инстинкта осенней и весенней миграции пернатых имеет много общего с формированием «родительского инстинкта», так как он связан также с первыми сигналами восприятия внешнего мира.

В настоящее время установлено, что мужчины подсознательно выбирают для себя жен по образу своей матери, а женщины мужей по образу своего отца. Это связано с тем, что в постнатальном периоде в памяти детей твердо отпечатываются образы своих матерей и отцов и в дальнейшем эти образы участвуют в формировании одухотворенных (т.е. очеловеченных) инстинктов.

Именно в постнатальном периоде формируется инстинкт самосохранения. Так, детеныши хищных зверей рождаются слепыми и глухими. Эта приспособительная реакция возникла в связи с тем, чтобы затормозить развитие у хищников инстинкта страха до появления инстинкта агрессии. В противном случае они бы росли трусливыми, из-за трусости не нападали на животных и в конце концов умерли бы от голодной смерти. У травоядных, наоборот, детеныши рождаются зрячие, наделенные слухом и с первых же минут начинают ходить. У них формируется стойкий инстинкт страха, чувство врага и родных.

У хищных птиц птенцы также рождаются слепыми. Птицы, у которых средой обитания является водная среда и поверхность суши (где много врагов), относятся к выводковым и их птенцы рождаются полноценными.

«Родительский инстинкт» развит слабо у животных, у которых детеныши рождаются слепыми и глухими, у

них очень часто встречается канибализм.

Психиатры любят утверждать: «В основе нашего поведения лежат животные инстинкты...» [8]. Доктор А.В. Курпатов утверждает, что «...сознанию на самом деле отведена... незавидная роль – роль английской королевы, которая, как известно, царствует, но не правит» [8]. В качестве примера он приводит эксперимент, где 62% испытуемых продолжают подвергать подопытного, несмотря на его ужасные крики, действию электрического тока под авторитетом и давлением экспериментатора. Психиатры на основе подобных экспериментов приходят к выводу: почти всегда «...сознание человека готово отступить под давлением подсознательного страха» [8].

Прав ли доктор А.В.Курпатов? Еще в 1513 г. Никколо Макьявелли писал: «...Говорят, что лучше всего, когда бояться и любить одновременно; однако любовь плохо уживается со страхом, поэтому если уж приходится выбирать, то надежнее выбрать страх. Ибо о людях в целом можно сказать, что они неблагодарны и непостоянны, склонны к лицемерию и обману, что их отпугивает опасность и влечет к наживе; пока ты делаешь им добро, они твои всей душой, обещают ничего для тебя не щадить: ни крови, ни жизни, ни детей, ни имущества, но когда у тебя явится в них нужда, они тотчас от тебя отвернутся» [10]. При этом он объяснил это явление следующим образом: «... Люди меньше остерегаются обидеть того, кто внушает им любовь, нежели того, кто внушает им страх, ибо любовь поддерживается благодарностью, которой люди, будучи дурны, могут пренебречь ради своей выгоды, тогда как страх поддерживается угрозой наказания, которой пренебречь невозможно» [10]. Из рассуждений Никколо Макьявелли 500-летней давности мы узнаем, что страх управляет нашим поведением не бессознательно, а сознательно, руководствуясь принципом разумности.

Возвращаясь к вышеприведенному примеру об эксперименте психиатров, мы читаем следующее заключение: «...Все мы уверены в том, что не будем причинять человеку боль даже ради каких-то там научных целей, но если мы оказываемся в ситуации давления со стороны авторитета (каковым здесь является экспериментатор), мы-таки проявляем крайнюю несознательность. Подсознательный страх перед авторитетом возьмет верх над нашим «добропорядочным» сознанием» [16]. Позвольте не согласиться с этим скоропалительным выводом. Мир много-

образен, в том числе и люди. Мы всегда найдем из сотни людей личностей с лидерскими качествами, у которых никакой страх не будет преградой для их поведения. Экспериментатор – это лидер. В результате анализа информации (мыслительной деятельности) любой «испытуемый» поймет, кто здесь является главным, потому что он видит, кто организует и командует проведением эксперимента. И он выполняет требования экспериментатора из-за чувства «коллективизма». Мы произошли от предков, ведущих стадный образ жизни. Поэтому «стадный инстинкт» или потребность в компании является одним из основных инстинктов.

Ум, интеллект и разум приобретаются в результате длительного воспитания и обучения, поэтому у разных людей разный уровень ума и интеллекта. Высокий уровень интеллекта у людей превращает «животные инстинкты» в одухотворенные потребности. Любовь к родине – это древний инстинкт, который формируется с первыми лучами света, первым вдохом воздуха и с первым криком рождающегося в муках ребенка. Этот процесс бессознательный. Поэтому мы любим свою родину, не сознавая в этом необходимости. Мы не выбираем свою родину, за нас нашу родину выбирают наши родители, и мы обречены ее любить, потому что таков закон природы. Сила этой любви зависит от нашего сознания, ибо разум и интеллект возникают в результате длительного процесса обучения, воспитания и самосовершенствования.

Литература

1. Агранат Г.А. Российский Север: противоречия и надежды / Г.А. Агранат // – ЭКО. – 2000. – № 1. – С. 48-67.
2. Батенева Т. Политкорректность против генетики. Ученые выяснили, от чего на самом деле зависит IQ / Т. Батенева // Известия науки. – 2003. – 05.09.
3. Цит. по : Берковиц Л. Агрессия: причины, последствия и контроль / Л. Берковиц. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2001. – 446 с.
4. BBC, 18 января 2007 г. http://newsvote.bbc.co.uk/mpapps/pagetools/print/news.bbc.co.uk/hi/russian/life/newsid_6276000/6276399.stm
5. Гольдберг Э. Управляющий мозг: Лобные доли, лидерство и цивилизация / Э. Гольдберг / Пер. с англ. – М.: Смысл, 2003. – 335 с.
6. «Дети-маугли»: возможно ли восстановление? Мнение эксперта. <http://www.rambler.ru/news/science/0/9544953.html>
7. Джаниян С. Защита от дурака / С. Джаниян // Огонек. – 2004. – № 49 (декабрь).
8. Курпатов А.В. С неврозом по жизни. Инстинкт самосохранения человека / А.В.

Курпатов. — СПб.: ОЛМА Медиа групп, 2006. — 288 с.

9. **Лоуренц К.** Агрессия / К. Лоренц. — М.: изд. группа «Прогресс», 1994.

10. **Макьявелли Н.** Государь / Николо Макьявелли // Сочинения исторические и политические. Сочинения художественные. Письма / Пер. с итал. — М.: НФ «Пушкинская библиотека»; ООО «Издательство АСТ». 2004. — с. 58-135.

11. **Мечников И.** Этюды о природе человека / И. Мечников. — М.: Изд. АН СССР, 1961.

12. **Новейший** справочник необходимых знаний. — М.: РИПОЛ классик, 2003. — 763 с.

13. **Ожегов С.И.** Толковый словарь русского языка / С.И.Ожегов и Н.Ю.Шведова / РАН. Ин-т русск. яз.; Рос-сийский фонд культуры. — М.: Азъ Ltd., 1992. — 960 с.

14. **Петров В.** Монополия разума губительна для человека и человечества? / В. Петров // Наука и жизнь. — 2005. — № 6.

15. **Тихонов Д.Г.** Арктика — настоящее и будущее (Размышления после XIII Меж-

дународного конгресса по приполярной медицине) / Д.Г. Тихонов // Якутский медицинский журнал. — Якутск, 2006. — № 3. — С. 27-30.

16. **Тэтчер М.** Искусство управления государством. Стратегия для меняющегося мира / М. Тэтчер / Пер. с англ. — М.: Альпина Паблишер, 2003. — 504 с.

17. Darwin, Ch. The descent of man, and selection in relation to sex / Ch. Darwin. — London, 1871.

ИЗ ХРОНИКИ СОБЫТИЙ ГОДА

МЕЖДУНАРОДНЫЙ СИМПОЗИУМ ИСТОРИКОВ МЕДИЦИНЫ «МУНИЦИПАЛЬНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ»

21 ноября 2006 г. в г. Москве в Национальном научно-исследовательском институте общественного здоровья (ННИИОЗ) РАМН состоялся международный симпозиум «Муниципальное здравоохранение: история и современность». Организатором симпозиума выступили отдел истории медицины и здравоохранения ННИИОЗ РАМН и Московское научное общество историков медицины под руководством д.м.н., профессора М.Б. Мирского.

В своем вступительном слове директор ННИИОЗ РАМН, академик РАМН О.П. Щепин охарактеризовал историков медицины как научных работников, освещающих современное состояние здравоохранения, ибо их публикации по анализу прошлого учат нас, как работать сегодня. Далее он отметил, что мы, организаторы здравоохранения, в советское время плохо слышали друг друга, увлеклись количественным показателем коек, отошли от профилактического направления медицины, слушались только приказов сверху. Не было достаточно открытого обсуждения вопроса развития здравоохранения.

Далее О.П. Щепин отметил, что ННИИОЗ РАМН в постсоветский период занимается выработкой основных направлений развития здравоохранения Российской Федерации. Однако и сегодня мы друг друга слышим так же плохо. В результате этого снизили эффективность диспансеризации, доступность и этапность медицинской помощи, бросившись на платную медицину. Увлечение последней с началом реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» несколько снизилось, что правильно,

ибо во всем мире в здравоохранении сохраняется и все больше укрепляется тенденция к повышению в нем роли государства.

Характеризуя программу сегодняшнего симпозиума, О.П. Щепин отметил, что в настоящее время в России около 70–80% медицинского персонала сосредоточены в муниципальных лечебно-профилактических учреждениях, поэтому это не только история, но и современность.

С основным докладом «Городская медицина как форма муниципального здравоохранения» выступил руководитель отдела истории медицины и здравоохранения ННИИОЗ РАМН, председатель Московского научного общества историков медицины, д.м.н., профессор М.Б. Мирский. Докладчиком было подчеркнуто, что существовавшая в XIX–XX вв. в дореволюционной России городская медицина — это младшая сестра земской медицины, созданная и действовавшая в основном по ее образу и подобию (разумеется, с поправкой на городские условия). Если по земской медицине исследований достаточно много, то по городской почти нет. Поэтому тематика сегодняшнего симпозиума является не случайной. Было отмечено, что основной заслугой городской медицины была ориентация на обеспечение доступности медицинской помощи малоимущим слоям населения. Вместе с тем основным ее недостатком была ограниченность деятельности.

Как бы дополнением к предыдущему докладу было выступление с.н.с. отдела истории медицины и здравоохранения, к.и.н. И.В. Егорышевой «Общие и отличительные черты в ста-

новлении и развитии земской и городской медицины». Было отмечено, что городское здравоохранение отставало от земского как по количественным, так и качественным показателям обслуживания населения. При этом если земская санитарная статистика достигла выдающихся успехов, то городская значительно отставала от первой. Общей же чертой земского и городского здравоохранения было стремление к обеспечению доступности медицинской помощи бедным слоям населения. Кроме того, принцип соответствия врачебно-санитарного дела современному уровню науки, провозглашенный земской медициной, городским здравоохранением был взят на вооружение и реализован на более качественном уровне. Ибо в городских медико-санитарных учреждениях нередко работали профессора и преподаватели медицинских факультетов.

Были заслушаны выступления д.э.н. Л.А. Габуевой от группы авторов об участии муниципального звена здравоохранения в развитии современных форм инвестиционных проектов, д.м.н. Л.П. Чичерина об исторических аспектах развития педиатрической службы, Е.В. Шерстневой о пищевом надзоре и санитарных станциях в российских городах в конце XIX — начале XX вв. и т.д. В докладе Л.А. Габуевой было отмечено, что федеральные законы «Об автономных учреждениях» и «О государственном и социальном партнерстве», принятые в 2006 г., могут оказать позитивное влияние на хозяйственную деятельность лечебно-профилактических учреждений в результате их разгрузки путем выполнения отдельных функций (прачечная,

столовая и т.д.) другими структурами. Кроме того, докладчиком было подчеркнуто, что внедрение системы лизинга в здравоохранении является весьма перспективным путем в обеспечении населения качественной и доступной медицинской помощью.

Большой блок выступлений был посвящен развитию муниципального здравоохранения сибирских городов и других территорий бывшего СССР. Это доклады Л.А. Мочалиной (Томск), П.Э. Ратманова (Хабаровск), Г.В. Федоровой (Омск), В.П. Николаева (Якутск), А.И. Завьялова (Саратов), К.К. Васильева (Одесса) С.Г. Гончаровой (Москва), Н.Н. Блохиной (Москва), А. Андрюшис (Литва) и др. Интересным и содержательным был доклад профессора

Т.С. Сорокиной «Городская медицина древнего Рима».

В заключительном слове профессор Марк Борисович Мирский от имени организаторов симпозиума поблагодарил докладчиков за активное участие в данном форуме. Далее он отметил, что судя по заслушанным докладам, можно с большой уверенностью сказать о достижении основной цели форума, выразившейся как соединение истории и современности. Было подчеркнуто, что использование исторического опыта это не столько подражание, а сколько развитие. В заключение М.Б. Мирский высказал пожелание, поддержанное всеми участниками симпозиума, что такая тесная связь регионов России и ближнего за-

рубежья должна сохраняться во благо развития историко-медицинской науки и общественного здоровья.

Материалы симпозиума вышли в форме отдельного тематического выпуска «Бюллетеня Национального научно-исследовательского института общественного здоровья» РАМН, в который вошли около 90 сообщений из Грузии, Азербайджана, Белоруссии, Литвы, Украины, г. Москва, Санкт-Петербург и других городов Российской Федерации.

В работе симпозиума от Республики Саха (Якутия) принял участие и выступил с докладом заместитель директора ЯНЦ РАМН и Правительства РС(Я), к.м.н. В.П. Николаев.

*Зам. директора ЯНЦ РАМН и Правительства РС (Я),
к.м.н. В.Н. Николаев*

О ПРОВЕДЕНИИ СЕМИНАРА «ОСНОВНЫЕ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В КАРДИОЛОГИИ»

Согласно плану основных организационных мероприятий Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия) совместно с Якутским научным центром РАМН и Правительства РС (Я) 28 ноября 2006 г. в актовом зале Поликлиники №1 г. Якутска был

проведен семинар для практических врачей «Основные клинико-диагностические аспекты в кардиологии».

Сердечно-сосудистые заболевания прочно удерживают первенство среди самых распространенных и опасных болезней XX, а теперь уже и XXI века.

Сердечно-сосудистые заболевания являются одной из основных причин инвалидности и преждевременной смертности населения республики. На сегодняшний день доля сердечно-сосудистых заболеваний в структуре смертности

составляет от 40 до 60% от общей смертности. При этом продолжающийся рост заболеваемости и поражение людей всё более молодого возраста делают сердечно-сосудистые заболевания важнейшей медико-социальной проблемой здравоохранения. В связи с этим большое внимание уделяется своевременной диагностике и правильно подобранной тактике ведения и лечения кардиологических больных.

На семинаре были освещены вопросы патогенеза, диагностики, клиники и тактики ведения больных с острым инфарктом миокарда, диагностики и клиники нарушений ритма, тромбоэмболии легочной артерии и т.д.

На семинаре присутствовало около 80 человек. Приняли участие врачи терапевты, кардиологи, функционалисты из больниц и поликлиник г. Якутска, улусов.

Семинар прошел при огромной поддержке фармацевтической фирмы «Санофи-Авентис».



Выступление зав. отделением кардиореанимации ЯГКБ В.А. Дроздовой

*Гл. специалист НОО ЯНЦ РАМН и Правительства РС (Я)
С.И. Софронова*

ЯРМАРКА ЗДОРОВЬЯ ПОД ДЕВИЗОМ «БЕРЕГИ ЗДОРОВЬЕ СМОЛОДУ»

7 декабря 2006г. в г. Якутске прошла Ярмарка здоровья под девизом «Береги здоровье смолоду», организованная НП Ротарианским центром здоровья для студентов и преподавателей инженерно-технического факультета ЯГУ. Соорганизаторами Ярмарки выступили Якутский научный центр РАМН и Правительства РС(Я), клуб «Ротари» г. Якутска, ИТФ ЯГУ. Участниками предстали МУ Поликлиника №1 г. Якутска, ГУ РС (Я) Республиканский наркологический диспансер, Институт здоровья АН РС (Я), АО «Агротекс». Всего приняло участие 194 чел.



Открывает ярмарку декан ИТФ ЯГУ Т.А. Корнилов

На торжественном открытии Ярмарки здоровья с приветственным словом выступил декан инженерно-технического факультета ЯГУ Корнилов Т.А., директор НП Гаврильева М.Д. ознакомила с деятельностью Ротарианского центра здоровья, а также о создании Ротарианского клуба в г. Якутске рассказала президент клуба «Ротари» Васильева Г.С. От имени ЯНЦ РАМН и Правительства РС (Я) выступили зам. директора Яковлев Р.В., начальник отдела клинической медицины, д.м.н. Кылбанова Е.С.

Ярмарки здоровья ранее проводились в Намском, Нижнеколымском улусах с целью пропаганды и внедрения здорового образа жизни среди молодежи, повышения медицинского образовательного уровня населения, профилактики и выявления заболеваний на ранней стадии.

За несколько дней до проведения Ярмарки по инициативе студентов было проведено анкетирование среди старшекурсников с целью раннего выявления алкогольной зависимости и

конкурс плакатов на тему «Я выбираю здоровье» для первокурсников.

В ходе проведения Ярмарки здоровья были представлены мультимедийные лекции научных сотрудников ЯНЦ РАМН и Правительства РС (Я) Пинигиной И.А., Махаровой Н.В., Лехановой С.Н., Матвеевой Н.П., а также сотрудников Института здоровья АН РС (Я) Шадринной О.В., Местниковой Н.В. и главного технолога АО «Агротекс» Тымыровой Т.А. по профилактике злоупотребления психоактивными веществами, табакокурения, заболеваний, передающихся половым путем,

и по здоровому питанию. По итогам лекций студенты приняли активное участие в познавательной викторине и были приятно удивлены выигранными призами.

Параллельно мультимедийным презентациям, в соседних аудиториях участники смогли получить бесплатную консультацию высококвалифицированных специалистов. Врачи заполнили истории здоровья на 92 участника, при этом измерялось артериальное давление, рост, вес и в конце обследования давались практические рекомендации. Анализ историй здоровья выявил отягощенность по инфаркту миокарда, ишемической болезни сердца, артериальной

гипертензии, случайной внезапной смерти, сахарному диабету у 18 (19%) участников, при этом все респонденты отрицали наличие вышеперечисленных заболеваний у себя. Точный рабочий уровень своего артериального давления смогли указать 27 (29%) чел. 32 (34%) чел. жаловались на периодические боли в области сердца. Похудание, отсутствие аппетита отметило 13(14%) респондентов, 4(4%) чел. жаловались на кровотечения неясного генеза, наличие припухлости или уплотнения на теле, нарушение стула, мочеиспускания. На явные изменения родимого пятна, невуса, указал 1(1%) чел., 7 (7%) обнаружили плохое заживление ран, язв на теле и поражение кожи, 5 (5%) жаловались на расстройство пищеварения, наибольшее количество респондентов указало на охриплость голоса и кашель – 28 (30%) чел., что могло быть связано с курением. Большинство опрошенных – 43 (46%) чел. жаловались на слабость, повышенную утомляемость, плохой сон, 20 (21%) страдает аллергическими заболеваниями. Частые ОРВИ отметили 26 (28%) чел., анализы с периодичностью один раз в год сдавали 25 (27%)чел., раз в полгода – 20 (21%), 22 (23%) респондента признались, что им не хватает средств для приобретения лекарств, но в то же время большинство готово было платить врачу



Рабочий момент ярмарки: проведение антропометрии

за хорошее медицинское обслуживание – 63 (68%) чел. Отрадно, что наибольшее количество участников ведут здоровый образ жизни, регулярно занимаются физкультурой и спортом – 39 (42%) чел. При анализе историй здоровья подтверждается корреляция высокой частоты таких симптомов, как охриплость голоса и появление кашля с курением. В табакокурении признались 24 чел. (26%), причем 19 (20%) опрошенных одновременно (в редких случаях) сочетали употребление алкоголя с курением. Еще 9 (9%) отметили крайне редкое употребление алкоголя, 4 (4%) употребляют еженедельно. Группа курильщиков наиболее часто жаловалась на слабость, утомляемость, плохой сон – 21 чел. (87%), боли в области сердца; частые простудные и вирусные заболевания отмечены у 12 чел. (50%) из этой группы, заболевания почек, печени – у 11 (45%), охриплость голоса, кашель – у 10 (41%), отсутствие аппетита – у 5 (20%), аллергические заболевания – у 9 (37%), единицы жаловались на плохое заживление ран и язвенное поражение кожи. При одновременном употреблении алкоголя и курения выявились наиболее часто встречающиеся жалобы среди исследованных, такие как: слабость, повышенная утомляемость, плохой сон – 17 чел. (89%), частые простуд-

ные и вирусные заболевания, поражения почек, печени, желудка – 10 (52%), боли в сердце – 8 (42%), охриплость голоса и кашель – 7 (36%), аллергические заболевания – 6 (31%), отсутствие аппетита, похудание – 4 (21%). При редком употреблении алкоголя наиболее часто жаловались на заболевания почек, печени и желудка – 4 чел. (44%) из 9.

Специалистом по питанию Неустроевой В.Н. было осмотрено 28 чел. с определением уровня сахара в крови экспресс-методом. Гипергликемия натощак отмечена у 3 чел. – 11% из числа обследованных, из них у двоих выставлен диагноз: Сахарный диабет II типа, инсулиннезависимый тип, средней степени тяжести, при этом у одного стадия декомпенсации. Дефицит веса отмечен у 6 студентов (2 девушки, 4 юноши) – 21% из числа обследованных. Избыточный вес отмечен у 4 чел. – 14% из числа обследованных. Студенту с постхолецистэктомическим синдромом даны рекомендации по питанию, дальнейшее наблюдение по месту жительства у терапевта, эндокринолога.

После ультразвукового исследования органов брюшной полости, проведенного врачом Балтахиновой М.Е., гастроэнтеролог Чукрова М.И. консультировала по вопросам тактики в контроле за выявленным или имеющимся

заболеванием, общих принципов лечения и правильного питания.

Кардиологом Слепцовой П.А. принято 27 чел. с проведением электрокардиографии (ЭКГ), в одном случае, по ЭКГ выявлено нарушение ритма по типу желудочковых экстрасистол, у 12 чел. (44%) – неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

Получить консультацию по вопросам: как избавиться от курения, наркомании, алкоголизма и других вредных привычек смогли у врача психиатра-нарколога Мерикиановой Д. Е. и психолога Андросовой С.В. ГУ РС (Я) Республиканского наркологического диспансера. Всего было принято специалистами наркодиспансера 29 чел., 5 (17%) из них приглашены на индивидуальный прием к клиническому психологу с различной патологией, например неврастения и т.п.

На закрытии Ярмарки член клуба «Ротари» в г. Якутске О.И. Афонская вручила сертификаты об участии, все организаторы Ярмарки и специалисты были награждены благодарственными письмами от имени Ротарианского центра здоровья. Также получили свои призы и грамоты победители конкурса плакатов «Я выбираю здоровье».

Большинство участников остались довольны проведением Ярмарки и желали еще раз организовать в будущем году подобное мероприятие.

Зав. лаб. ЯНЦ РАМН и Правительства РС(Я) Матвеева Н.П.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

В.А. Третьякова

ОПЕРАЦИЯ УШИВАНИЯ РАНЕНИЯ УШКА ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ, ПРОВЕДЕННАЯ В УСЛОВИЯХ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

Больной Т. 23 лет, находился в хирургическом отделении Среднеколымской райбольницы с 07.04.1982 г. по 18.06.1982 г. по поводу проникающего ножевого ранения грудной клетки справа с повреждением легкого и сердца.

07.04.1982 г. проведена операция ушивания ушка правого предсердия, которая осложнилась левосторонней сливной пневмонией, реактивным перикардитом, плевритом.

После выписки наблюдался в поликлинике.

02.08.1982 г. Рентгенография органов грудной клетки - справа усиленный легочный рисунок, плевральные наслоения по передней грудной стенке, небольшое количество воздуха у раны; дисковидный ателектаз, плевродиафрагмальные, плевроперикардальные спайки. Правый купол диафрагмы высоко расположен в передних отделах. Сердце обычных размеров и формы. Положение ближе к горизонтальному. На ЭКГ электрическая ось сердца смещена вправо (рис.1).

Анализ крови: 02.08.1982 г. Е 4,24*10, Нв 144г/л, ц/п 1,0, Л 7,1*10, э 5, п 1, с 36, л 48, м 10, СОЭ 7 мм/ч. ОАМ - б/о. 04.08.82 г. направлен на консультацию в республиканскую поликлинику и ВТЭК. Больной признан временно нетрудоспособным.

15.09.1982 г. Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля прозрачные. Справа слабая тень плевральных наслоений. Корни структурны. Синусы свободны. Средостение без особенностей. Дефекты ребер справа. Больной с 30.09.1982 г. выписан на работу.

ТРЕТЬЯКОВА Варвара Алексеевна – врач Среднеколымской ЦРБ.

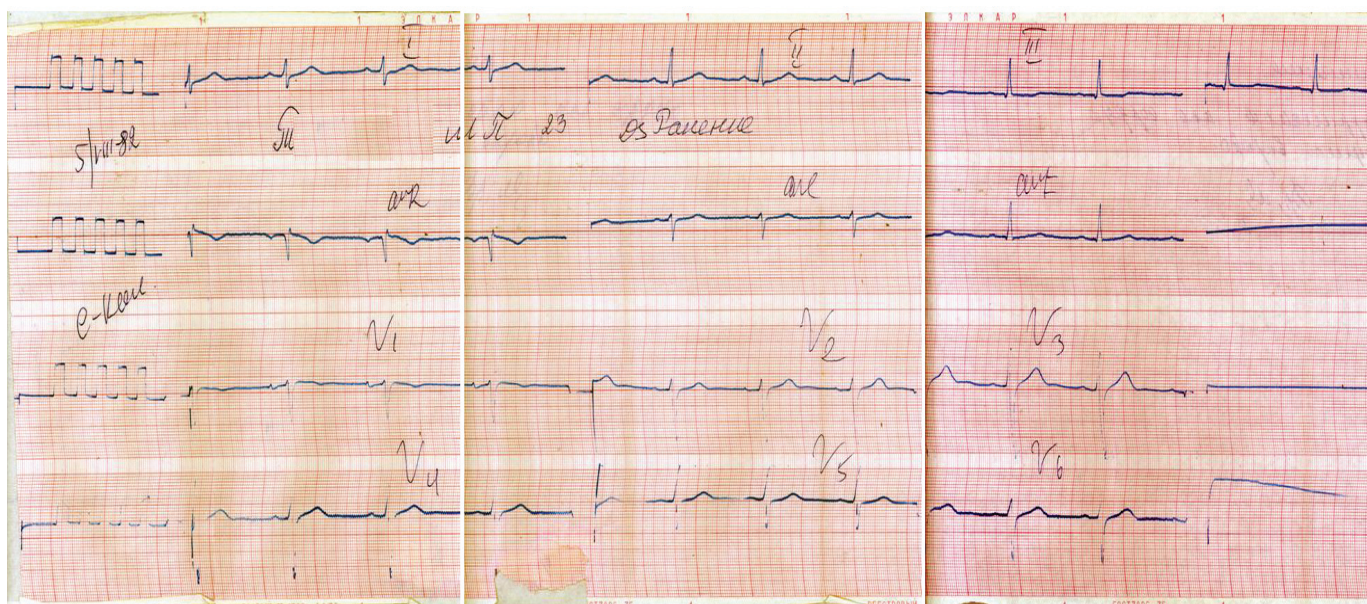


Рис. 1

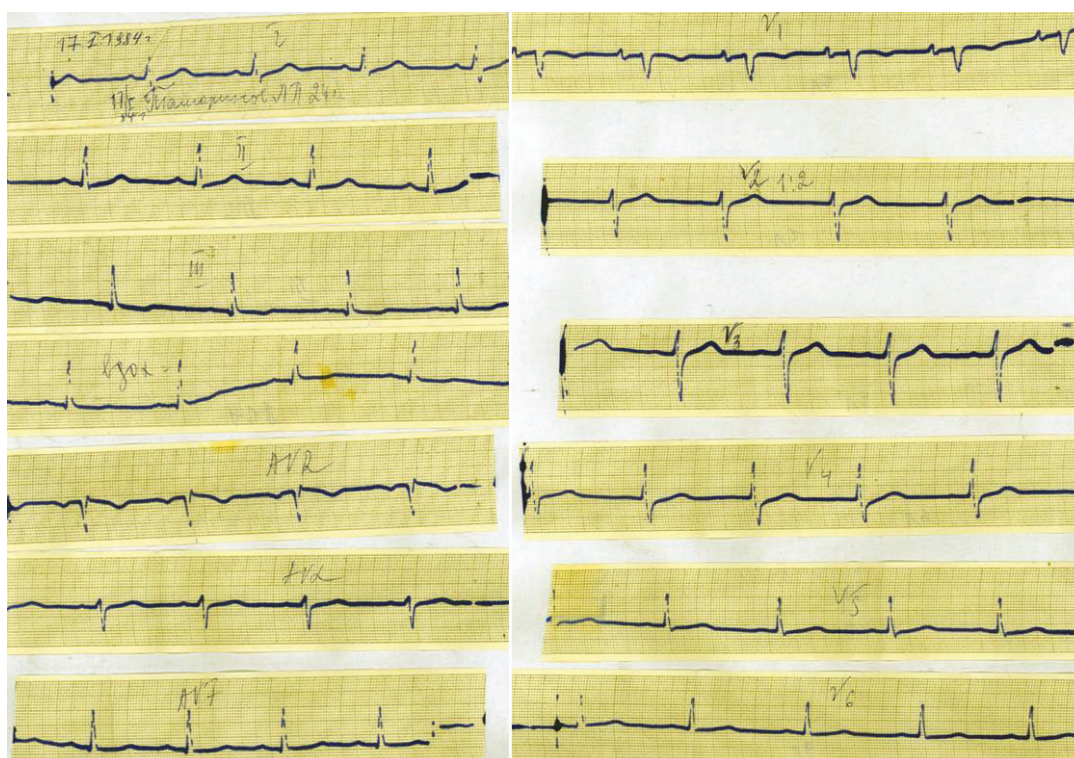


Рис. 2

18.01.1983 г. выдана выписка ВКК для санаторно-курортного лечения в Кисловодске.

На ЭКГ от 17.01.1984 г. - ритм синусовый, чср 85 в 1 мин, Р высокий в VI (рис.2).

Заключение: Признаки гипертрофии правого предсердия..

Пациент ежегодно осматривался хирургом, терапевтом.

С 1991 г. работает водителем, проходит обязательный профосмотр.

Очередной медосмотр прошел 24.01.2006 г. ФЛГ от 24.01.2006 г. №218 - норма.

На ЭКГ от 24.01.2006 г. - ритм синусовый, чср-51 в 1 мин, Р высокий в VI.

Заключение:
- Синусовая брадикардия. Гипертрофия правого предсердия.

Объективно:
Состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердце - тоны ясные, ритмичные, чср-66 в 1 мин. АД - 120/80 мм рт.ст.

Таким образом, операция ушивания раны ушка правого предсердия, прове-

денная в условиях районной больницы в 1982 г., осложненная перикардитом, плевритом, в анамнезе отразилась ЭКГ-изменениями в виде гипертрофии правого предсердия.

СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ

Е.Я. Гостхоржевич

ЗАПИСКИ ЭПИДЕМИОЛОГА (МОЯ ЖИЗНЬ)
(продолжение)*

Детство и юность

У каждого человека жизнь начинается с детства, и у меня оно было. Родилась я в 1933 г. 2 января на усадьбе (хуторе) близ деревни Иванино Смоленской области, где и была выдана метрическая справка о моем появлении на этот свет.

Отец мой – Ковалев Яков Спиридонович, мать – Ковалева Александра Дмитриевна.

На данной усадьбе было несколько домов с надворными постройками хозяйственного назначения, огороды, сады, пасека, кузница. По территории усадьбы протекала речка, которая нам, детям, казалась большой, а в самом деле, видимо, была маленькой речушкой, а может быть, это был пруд. Вокруг шумел дремучий лес.

Наша семья – отец, мать, бабушка и нас четверо детей жили в просторном деревянном доме с несколькими комнатами, кухней, горницей, верандой.

В моей памяти 4-летнего ребенка сохранилось то, как я раскрывала все двери и бегала из одного конца дома в другой, мне расстояние казалось большим.

У нас был огромный сад, куда одних детей гулять не отпускали, чтобы не ушли в лес. Мы, дети, особенно любили собирать малину и с радостью ходили с родителями «брать мед». Хотя о том времени мало сохранилось в памяти, но это были самые лучшие годы детства.

Своего социального положения я не знаю, так как об этом никогда и никто не говорил, только однажды мама упомянула, что дед отца был мировым судьей.

В 1937 г. папа был репрессирован тройкой УНКВД по ст. 17-58-8, 58-10, 58-11 УК РСФСР на 10 лет лишения свободы. И все рухнуло. Все имущество было конфисковано: дом разобран и вывезен, сад вырублен, пасека вывезена, кузница конфискована. Только по слезной просьбе матери оставили баню, где мы и жили.

Мама осталась одна с четырьмя детьми от 1 года до 6 лет на руках, а ей в это время было всего 25 лет. С тех пор за нами закрепился ярлык «жена и дети врага народа». Мама от отца

не отказалась, наоборот, пыталась помочь, ходила за какой-то для меня совершенно непонятной «характеристикой».

Очень ясно помню отдельные моменты «банной» жизни. Маме было приказано работать на скотном дворе в деревне, находящейся теперь уже не от усадьбы, а от ее руин в 2-3 км, а может и меньше. Она рано утром уходила на весь день в деревню, а нас закрывала в бане, чтобы мы не смогли выйти. Взрослых с нами не было, так как бабушка к этому времени уже умерла. Что мы делали в бане в течение дня – не помню (мне было всего 4 года), но очень хорошо отложилось в памяти: как только стемнеет, мы в четыре голоса начинаем кричать «мама» и до тех пор кричим, пока она не придет. Потом уж, когда я выросла, мама мне говорила, что она очень радовалась нашему крику, так как он свидетельствовал о том, что мы живы и никто нас в лесу не растерзал. Затем и маму в 1940 г. арестовали и увезли. А когда решался вопрос об отправке детей в детдом, нас по одному разбирали родственники со стороны мамы и папы.

Затем война, оккупация, страх перед бомбежкой, голод, нищета. Но все-таки мы все выжили. В 1943 г. вернулась мама, в 1946 г. – папа. В 1957 г. он был реабилитирован, но жить ему оставалось мало, в 1959 г. папа умер, в 1980 – умерла мама.

Я тоже имею свидетельство о реабилитации как жертва политических репрессий и за все страдания моих родителей и мои получаю ежемесячно по 300 рублей. Тяжкие холодные и голодные годы продолжались и после возвращения родителей, которые собрали нас в единую, очень дружную семью. Я с очень большой теплотой и безграничной благодарностью к родителям вспоминаю эти годы.

Родители наши очень много работали, были добры и внимательны к нам, делали все возможное для того, чтобы мы учились. Отец совершенно не пил, много читал, занимался с нами.

Так как мы были лишены многих житейских радостей, то радовались тому, что было доступно, а доступно было чтение. По вечерам собирались вместе, папа что-нибудь мастерил, например из старых выброшенных авто-

машинных камер клеил нам обувь. А моей обязанностью было читать вслух очередную книжку. Читали мы действительно много, все, что могли достать. Я, например, в 4-м–5-м классах читала Мопассана и Куприна, но без папиного разрешения. Приладилась читать по ночам под одеялом, освещая книгу фонариком. Потом родители обнаружили и отобрали фонарик.

Около дома у нас всегда было много цветов (жили в это время в дедушкином доме в городе Починке Смоленской области). Родители нас приучали к труду, я рано научилась шить, вязать.

Учились мы очень хорошо, учителя нас хвалили за успехи, родители – как хороших детей. В школе нас никто не упрекал из учителей, что мы дети «врага народа». Видимо, они понимали всю несурзность нашего положения, однако поехать летом в пионерский лагерь нам было не доступно, а мы не очень об этом мечтали. Мы молча понимали, что нам не все можно, что другим.

Так, в нужде и нищете мы друг за другом оканчивали школу, все девочки поступили и закончили высшие учебные заведения, братья (к этому времени у нас появился еще один брат, в семье стало пятеро детей) закончили техникум.

Я понимаю, что это никому, кроме меня, не интересно, но в такое время и в такой обстановке сформировался мой характер, взгляды на жизнь, многие комплексы, в том числе комплекс неравноправия, приниженности, настороженности, из-за чего развилось тайное чувство обидчивости. До сих пор при слове автобиография в душе появляется волнение. Каждый раз, когда надо было писать автобиографию, я писала о родителях, и потом с тревогой ждала решения.

Я сама решила учиться в Ленинграде, родители одобрили выбор. В 1951 г. успешно сдала вступительные экзамены в Ленинградский санитарно-гигиенический медицинский институт и стала студенткой, хотя очень волновалась из-за биографии. Но, видимо, в это время для зачисления в институт статья 58 УК РСФСР уже не имела значения.

Параллельно с учебой в институте я много занималась самосовершенствованием, так как чувствовала и ви-

* Начало см. "ЯМЖ" 2006. №4. С.80-82.

дела низкий уровень своей общей образованности.

Мы, дети тридцатых, сороковых, пятидесятих годов, были воспитаны в духе атеизма, конкретного мышления, полярных оценок, хорошо или плохо, свой или враг. Может быть, это было характерно только детям, мне подобным, которые были лишены библиотек, музеев, театров. Для нас свято было то, что говорил учитель. Для меня, девочки из районного городка Смоленской области, авторитет учителя был непререкаем. Это потом уже, в институте в Ленинграде, я поняла и почувствовала, как я отстала в общем развитии от сверстников. Поэтому буквально ринулась в библиотеки, музеи, театры, лектории.

Такое большое желание было многое познать, что даже изучила язык эсперанто, была на I съезде эсперантистов в нашей стране. Сейчас все забыла, кроме отдельных слов. Все воскресенья пропадала в Эрмитаже и Русском музее, по вечерам посещала лектории по музыке, живописи, архитектуре. А когда в Ленинград приехала экспозиция картин Пикассо, я позволила себе участвовать в спорах, высказывать свое мнение, и, самое удивительное, слушали. Так медленно и незаметно стало уходить чувство своей неполноценности и унижения. На жизнь начала смотреть другими глазами. Кроме музеев и театров меня почему-то тянуло в церковь. Любила ходить в Николаевский Собор и слушать пение. Одно только меня смущало, я не могла становиться на колени. И все же оставалась атеисткой. Я не могу сказать, когда во мне зародилось чувство, что вселенная – это намного больше, чем земля, небо, звезды, что кто-то всем этим управляет, что существуют высшие законы мироздания. Сейчас я верю в законы вселенной, в параллельные миры, существующие рядом с нами, в предсказания, предчувствия. Убеждена, что вера, нравы, обычаи у народов возникли в процессе многовекового опыта общения с природой.

На глупости и праздное времяпровождение времени у меня не хватало. Училась я хорошо, неоднократно получала повышенную стипендию как отличница. По-другому мне нельзя было. Очень нужна была стипендия.

Господи! Как же радовались наши родители: сестра и братья учились хорошо, сестры окончили институт с красными дипломами.

В 1957 г. я окончила институт и государственной комиссией была распределена на работу в Якутию.

Итак, мой первый приказ о назначении на работу подписал заместитель министра здравоохранения Якутии Кулаковский Петр Егорович. Я несколько лет работала под непосредственным его руководством, когда в 1962 году была переведена в аппарат министерства на должность инспектора лечебно-профилактической помощи детям. П.Е. Кулаковский был заместителем министра по детству. Несмотря на свою молодость, я была наблюдательна, поэтому увидела или почувствовала его внутреннее благородство и интеллигентность.

Петр Егорович был удивительным человеком, внешне всегда спокойный и уравновешенный. Я никогда не слышала, чтобы он повысил голос, говорил всегда обдуманно и дельно. Я мечтала научиться так конкретно, немногословно и просто выражать свои мысли, старалась подражать, но не получалось, мои мысли разбегались и терялись в многословье. Видимо, это врожденное качество.

Петр Егорович был очень грамотным, прекрасно владел русским языком, много писал. Я видела у него тетради, исписанные мелким красивым почерком без помарок и исправлений. Я думаю, он вел какие-то наблюдения, работал по сбору, анализу и обобщению научных материалов в педиатрии. Сама я его тетрадь не читала и он ничего не говорил.

Ко мне он относился с отеческим теплом, ненавязчиво и неоскорбительно учил и поправлял. Я это понимала и старалась свое дело выполнять хорошо, что, конечно, не всегда получалось. Заботу обо мне как о молодом специалисте проявлял тоже как-то незаметно. Помню, как тронуло меня его напутствие. Я уже имела на руках приказ о моей командировке в Хандыгу для проверки школы-интерната. Все было сказано: что проверять, на что обращать внимание, с кем говорить, как писать справку. И вдруг перед концом рабочего дня меня вызывает Петр Егорович и говорит: «Я надеюсь, что с заданием справитесь, но я вас хочу попросить: ни в коем случае не садитесь на попутную машину, чтобы от авиапорта в Теплом Ключе добраться до Хандыги. Расстояние между этими двумя пунктами около 70 км, ехать долго, ждите рейсовый автобус или машину из районной больницы». Я сначала не поняла. На мое «почему?» добавил: «Вы женщина молодая, а водители могут быть всякие, встречаются и плохие люди». До сих пор я вспоминаю с благодарностью его отеческую заботу.



П.Е. Кулаковский

У Петра Егоровича была хорошая семья: дети и жена-врач, которых он любил и о которых заботился. В Минздраве шутили: если Петре Егорович улыбается, значит пришла его жена.

Но судьба с ним обошлась не по-доброму. Он совершенно незаслуженно подвергся преследованиям со стороны Якутского горкома КПСС. А дело было так, один из его сыновей, окончив 10 классов, заявил, что хочет учиться дальше, а горком КПСС постановил, что весь класс едет работать в совхоз. Петра Егорович согласился с решением сына. В это время своим здоровьем он не мог похвалиться, прихрамывал, видимо, уставал и, конечно, старался все, что возможно, дать детям. От первичной партийной организации Минздрава потребовали дать оценку коммунисту, обвиняли в беспринципности. Мы Петра Егоровича оберегали, требование горкома партии не выполнили, этот вопрос не обсуждали. Петр Егорович очень переживал, но оставался спокойным и уравновешенным. Вскоре он оформил отпуск и вместе с женой Сарой Ахметовной уехал в г. Алма-Ата на ее родину. В Якутск он уже не возвращался. Помню, написал мне письмо, попросил выслать его многочисленные тетради с записями, указал, где они лежат. Однако в его бывшем столе уже ничего не было, так как вновь назначенная на должность заместителя министра Седалищева А.С. распорядилась очистить стол, что и сделали работники канцелярии. Все его записи были уничтожены.

В 1973 г., уже работая главным эпидемиологом Минздрава, я была на курсах усовершенствования в ЦИУ в Москве. На нашем цикле училась главный эпидемиолог Минздрава Казахстана Русина Е.К. Узнав, что я из Якутии, она много хорошего рассказала о Петре Егоровиче, какой он прекрасный человек. Работал он в Минздраве Казахской ССР, заведовал одним из управлений, пользовался очень большим уважением, с его мнением считались, оставался достойным



П.В. Любимов

сыном своего народа и грамотным организатором здравоохранения.

Позже, не помню в каком году, мы узнали, что Петр Егорович в Казахстане умер, не побывав после отъезда на своей родине, о чем мечтал.

Я часто в последнее время думаю: почему одни люди берут на себя ответственность делать несчастными других, ломать им жизнь, лишать радости? Ведь перед вечностью все мы равны.

Когда я впервые в начале шестидесятых годов оказалась в аппарате Минздрава, там трудился дружный коллектив. Министр Любимов Павел Васильевич и его заместители Габышев Павел Петрович и Кулаковский Петр Егорович были достойными и уважаемыми руководителями.

Главные специалисты и начальники отделов были не менее уважаемые и ответственные. Для меня они все были недостижимыми, так как у меня сохранялась какая-то студенческая легкость в суждениях и бесшабашность в поступках. Это потом, гораздо позже, я научилась анализировать события и иметь свое мнение. Для этого нужен был опыт. Среди них я была самая молодая, приняли меня доброжелательно, каждый старался подсказать, посоветовать. О всех о них у меня остались теплые воспоминания. Никто из них, кроме меня, уже давно не работает в Минздраве, многие ушли из жизни, некоторые и сейчас живы, находятся на заслуженном отдыхе, дай Бог им здоровья. Память сохраняет по



С.Т. Шекланова

сей день их лица и голоса. Какая замечательная женщина была С.Т. Шекланова – главный акушер-гинеколог. Таким людям, как она, дают прозвище “трудоголик”, она вполне его оправдывала. Петр Егорович, помню, говорил: «Опять Софья Тимофеевна всю ночь прооперировала и с утра вышла на работу. Все тяжелые случаи берет на себя, жалеет своих акушеров-гинекологов». Она тяжело заболела и рано умерла.

Очень много хороших слов можно сказать о Вепревой Р.И. – главном терапевте, ныне покойной. Раиса Ипатовна была уравновешенной, спокойной, никогда не повышала голоса, с коллегами и больными предупредительна. Я иногда удивлялась, как у нее хватает терпения говорить с людьми, которые явно не хотят понимать и требуют неисполнимого. Она тактично делала замечания. Я никогда не забуду один случай. В Минздрав пришла молоденькая женщина с шестимесячным ребенком просить устроить его в детское учреждение. Положение у нее было безвыходное, она приехала в Якутск с Дальнего Востока к любимому человеку, в свое время там служившему в армии. Здесь родила, но отец ребенка тут же уехал к себе на родину в Москву. А она осталась в рабочем общежитии с ребенком, без средств к существованию. С местами в детских учреждениях было трудно, такие же трудности были и с рабочими местами. Стараясь помочь ей, я договорилась с заведующей яслями, что ее возьмут

на работу няней и ребенка устроят. Мне казалось, что это идеальный выход, но она оскорбилась: как она, дочь офицера, воспитанная в достатке, будет работать няней. Я не выдержала и повышенным тоном говорю: «Как это Вы не будете няней работать? Да ради ребенка все нужно сделать, чтобы ему было хорошо. А если не хотите, то зачем пришли?». В этот момент Раиса Ипатовна повернулась ко мне и спокойно сказала: «К Вам женщина пришла за помощью. Если не можете помочь, никто Вас не осудит, а кричать нельзя». Вот так учила меня жизнь. А эта молоденькая мама на другой день подбросила мне ребенка с запиской, чтобы я о нем позаботилась. Конечно, она была в отчаянии.

Мальчика поместили в Дом ребенка. Мама несколько раз звонила мне, узнавала, где сын. Я ее успокоила, сообщила о его местонахождении, попросила обязательно ходить кормить, так как ребенок был на грудном вскармливании. Все кончилось хорошо. В дальнейшем судьбой ребенка и матери, их воссоединением занималась главный врач Дома ребенка Кушнер Т.Е.

Необыкновенной была Елена Александровна Татарина – начальник лечебного отдела. Отличалась она своей добротой и стремлением доводить дело до конца. Больные ее очень любили, так как знали, что она очень старалась им помочь. К ней приходили самые тяжкие больные, которым уже трудно было помочь. Елена Александровна внимательно занималась, на это уходило много времени, не успевала делать другие необходимые дела. В бумагах у нее был вечный беспорядок, в котором только она могла разобраться. Много скапливалось не отвеченных своевременно жалоб и заявлений, за что часто получала нарекания от начальства, но не переставая повторять: «Бумаги бумагами, а с больным человеком нужно поговорить, его выслушать, иногда словом больше можешь, чем таблеткой». Когда она уже не работала, была на пенсии, дол-



П.П. Габышев



Р.И. Вепрева



Е.А. Татарина

го еще в Минздрав приходили люди, искали Елену Александровну, очень сокрушались, так как были убеждены, что только она может помочь. Еще она очень любила чай. И если не выпьет шесть-восемь стаканов чая в обеденный перерыв, то настроение у нее портилось. Умерла она в преклонном возрасте, никого не беспокоя, тихо ушла из жизни.

Никак нельзя не вспомнить двух главных специалистов Минздрава, которых я считала своими непосредственными учителями. Это главный педиатр Ковалевская Надежда Ивановна и главный эпидемиолог в мои молодые годы Трубицина Александра Алексеевна, которая с 1971 г. в течение 17 лет оставалась в этой должности. Однако нужно быть более точной. После сокращения в 1966 г. штатной должности главного эпидемиолога (в те годы тоже проводилась оптимизация службы) Трубицина А.А., работая на другом месте, одновременно исполняла обязанности главного эпидемиолога. Восстановлена должность главного эпидемиолога была в связи с появлением холеры в стране в 1970 г. и некоторое время главным эпидемиологом работал Сергеев А.Ф.

Итак, вернемся к Ковалевской Н.И. и Трубициной А.А. Это были специалисты, отлично знающие свое дело, они поднимали и решали глобальные проблемы педиатрической и эпидемиологической служб. Имели волевой характер, были очень требователь-

ны и не менее уважаемы коллегами. Поистине они были непревзойденными руководителями каждая в своей службе.

Александра Алексеевна Трубицина сочетала в себе, как мне казалось, одновременно простоту и врожденное чувство достоинства. Она четко и понятно высказывала свое отношение к делу. Ее трудолюбие и трудоспособность поражали. Складывалось впечатление, что она никогда не уставала.

Непосредственно с ней я не так много работала, были 3-4 совместные командировки, а также работа в аппарате Минздрава и в Республиканской санэпидстанции. Она была настоящим эпидемиологом, которая ни перед чем не остановится, пока не выяснит причину эпиднеблагополучия. Как иллюстрацию этому можно привести случай ее работы в очаге трихинеллеза в п. Н-Бестях Мегино-Кангаласского улуса. Было это в середине шестидесятых годов. В Республиканскую санэпидстанцию поступило сообщение, что в п. Н-Бестях одновременно 6 человек заболели сыпным тифом. В те годы сыпной тиф в республике не регистрировался. Это сообщение было чрезвычайным. Для уточнения ситуации, диагноза больным, установления причины болезни на место выехала бригада из нескольких человек, в том числе Александра Алексеевна, помню, что из инфекционистов была Тимченко А.В. Сыпной тиф бригада отменила, но что же тогда? Огромный практический опыт Александры Алексеевны подсказал, что нельзя исключить трихинеллез, очень тяжелое паразитарное заболевание, заражение которым происходит через мясо больных животных, в том числе свиней, медведей и других. Но это нужно доказать, найти мясо, которое ели больные, и исследовать в лаборатории.

Заболело 5 мужчин-водителей и одна женщина, которая продала им водку, угощала строганиной и сама с ними выпивала и ела. Все вместе в тяжелом состоянии они были госпитализированы. Расспросы женщины ничего не давали, она твердила, что говядину покупала в магазине, из нее делала строганину. Но это не вязалось с той ситуацией, которая создалась. Никто еще в поселке не заболел, проверка мяса ничего не дала.

В таких ситуациях эпидемиолог ставит себе задачу – найти источник, что и сделала Александра Алексеевна. Она пошла в милицию, обрисовала положение и попросила произвести осмотр на квартире этой женщины, где происходило распитие водки, так

как квартира была на замке, а хозяйка в больнице. Вначале осмотр ничего не дал: никаких остатков пищи, никаких запахов. Но Александра Алексеевна не успокаивалась. При осмотре кладовки обратила внимание на что-то большое, завернутое в тряпку. В ней оказалась половина головы собаки, освежеванная, со снятой шкурой, видимо, приготовленная к кулинарной обработке. В тот день в Республиканской СЭС лабораторное исследование выявило массивное заражение головы собаки трихинеллами. И что бы потом ни говорили и ни писали, а не будь там Александры Алексеевны, долго бы еще гадали и додумывали: как и от чего заразились люди.

Из своей практики хочу привести один из примеров, свидетельствующий о том, насколько важно доисследовать до первопричины заболеваемости людей. Было это в 1975 году. В июне я выехала в Намский район для выяснения причины заболевания брюшным тифом, который регистрировала в течение последних трех лет (с 1973 по 1975 гг.) по два-три случая в год в пяти населенных пунктах. Из заболевших были учитель, кочегар, учащийся СПТУ, няня детского учреждения, сельхозработница. Больные между собой не общались, нигде, на каких-либо совместных мероприятиях, не встречались. Были выявлены несколько носителей брюшнотифозного микроба, также между собой не общавшихся. Возбудитель же болезни у всех был идентичный. Работала я вместе с главным врачом Намской СЭС Хохоловой В.С. О Вере Семеновне следует сказать много теплых слов. Это грамотный, думающий врач, которая всю свою трудовую жизнь отдала Намскому району, проводя огромную профилактическую работу. Она-то ко мне и обратилась разобраться в сложившейся ситуации. После тщательного анализа заболеваемости нам стало ясно, что есть единый источник заражения, но кто. Это предстояло выяснить. В первую очередь внимание было обращено на пищевиков, работников столовых, детских учреждений, молокозаводов, молокопродуктов, доярок и других. Обследовали 275 человек, сделали 830 анализов. Все отрицательно. В то же время было замечено, что заболеваемость регистрировалась в мае-июне и в ноябре-декабре, в другие сезоны года отсутствовала. Задумались, что же особенного было в эти месяцы. Оказывается это майские и октябрьские праздники. В честь праздников в связи с продовольственными трудностями решением



Н.И. Ковалевская



А.А. Трубицина



В.С. Хохолова

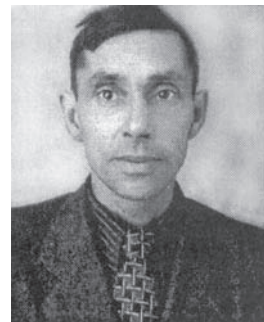
райисполкома населению продавали сливки по 0,5 или 1,0 кг на человека. Нетрудно было уточнить, что в пять населенных пунктов, где регистрировалась заболеваемость, сливки поступали из одного молокозавода, находящегося в с. I Хомустах. Обычно продукция с данного молокозавода отправлялась на Якутский молокозавод, где проводилась вторичная термическая обработка. После этого все внимание было обращено на работников Хомустахского молокозавода. Обычное обследование испражнений дало отрицательный результат. Но при исследовании желчи у мастера был высеян возбудитель брюшного тифа. Мастер никаких жалоб не предъявляла, никогда не болела. По внешнему виду – это была здоровая, цветущая женщина. Но увы! Она оказалась носителем возбудителя брюшного тифа, сама об этом ничего не зная. Ее пролечили, перевели на другую работу.

В пятидесятые-шестидесятые годы начальником отдела кадров Минздрава работал Федор Петрович Никифоров. Был он яркой личностью. По образованию фельдшер он был человек воспитанный, в манере говорить, общаться с людьми, даже в походке чувствовалась воспитанность, интеллигентность, достоинство, а в общении с женщинами подкупала галантность. Он много ездил по Советскому Союзу, выезжал за границу. В то же время был не заносчив, доступен, был хорошим рассказчиком, да это и понятно, он много видел, нрав у него был веселый, с юмором.

Помню, однажды нам делали прививки против туляремии в Минздраве. Заполняя паспортные данные, медсестра у него спросила о возрасте, на что спокойно, без улыбки, он ответил: «Пиши за сорок». На вопрос «А точнее?» ответил: «52 года». Все вокруг засмеялись. Он же с достоинством удалился. С таким же достоинством он приносил руководству бумаги на подпись, спокойно стоял у стола, честно отвечал на вопросы министра или его замов. Федор Петрович всегда

был опрятен, при галстукке, ходил в белоснежном чесучевом кителе, как у Мао Цзедуна. Он очень много работал. Всю неделю трудился в Минздраве, а в субботу и воскресенье дежурил на станции «скорой медицинской помощи», никогда после дежурства на работу в Минздрав не опаздывал. Такая огромная нагрузка, без отдыха в выходные дни, дала о себе знать. Умер он от инфаркта миокарда в относительно молодом возрасте.

В конце пятидесятых – начале шестидесятых годов главным педиатром Минздрава ЯАССР была назначена Зейман Ребека Исаковна, заняв эту должность после ухода на пенсию старейшего организатора педиатрической службы в республике Афанасьевой Надежды Петровны. Ее сменила на этом посту Надежда Ивановна Ковалевская. И с Ребекой Исааковной, и с Надеждой Ивановной я лично работала в качестве инспектора лечебно-профилактической помощи детям. Р.И. Зейман была кандидатом медицинских наук. О ней как-то забыли, а она проводила большую работу. Одинокая, пожилая, какая-то беззащитная, но очень добрая и деятельная, постоянно ездила в командировки, даже больше, чем нужно было. На столе у нее всегда было очень много всевозможных документов, планов, справок, в них она запутывалась. Имена и отчества коллег плохо запоминала, все у нее были «девочки» и «мальчики». Меня она, например, звала «Катя». Она была неплохим организатором, но немного несобранная, видимо, сказывался возраст. Провела очень большую работу по выделению ставок в каждом районе помощников педиатров, обивала пороги правительства, Министерства финансов, переписывалась с Минздравом РСФСР. Петр Егорович, понимая важность этих должностей, ее поддерживал, подписывал запросы. В конце концов ставки помощников педиатров были утверждены, укомплектованы фельдшерами. В Якутске для них был организован семинар. Она так и светилась, что добились этих ставок. И вот главный хирург Павел Петрович Габышев и главный окулист Анатолий Иванович Сыроватский решили над ней подшутить. Все в то время – и главные специалисты, и инспектора – сидели в одном большом кабинете. Когда они вели с ней разговор, меня в кабинете не было. Я захожу и вижу: посреди кабинета стоит Ребека Исаковна, руки в боки, глаза вытаращены, сама красная и что-то громко говорит. Я спросила, в чем дело. «Ты знаешь, Катя, что эти



А.И. Сыроватский

изверги задумали?» Я спросила: «Какие изверги?». Она отвечает: «Павел и Анатолий. Они с министром договорились наших фельдшеров направить на борьбу с трахомой». А в то время проводилась очень большая компания по ликвидации трахомы. «Я иду к министру», – говорит. Павел Петрович и Анатолий Иванович хохочут и стараются удержать ее, убеждая, что они пошутили. Не менее 2-3 дней пришлось ее успокаивать. В 1962 г. она уехала, дальнейшую ее судьбу не знаю.

До 1961 г. главным хирургом Минздрава работал Семенов Владимир Сергеевич. Опытный хирург, доктор медицинских наук, очень уважаемый и признанный специалист. Но я помню, что он в основном работал в хирургическом отделении Якутской городской больницы, занимался практической хирургией, в аппарате Минздрава бывал периодически, так как был очень занят по основной работе. В 1962 г. на должность главного хирурга был назначен Павел Петрович Габышев, который до этого был заместителем министра. Как заместитель министра Павел Петрович был очень требовательным, мне казалось, даже жестким. В самом деле он решал вопросы конкретно, был немногословен. Я его побаивалась. Став же главным хирургом и придя на рабочее место в наш лечебный отдел, он проявил себя с другой стороны. Очень контактный, доброжелательный. Он прошел всю войну, был ведущим хирургом в медсанбате. Эти годы войны вспоми-



В.С. Семенов



Э.С. Войцеховский

нал хорошо, как что-то сокровенное. Постоянно встречался с хирургами и городскими, и районного звена, особенно когда приезжали с курсов усовершенствования, интересовался новинками. Большую работу вел по подготовке хирургов, по повышению их классификации. Человек он был гордый, не позволяющий в свой адрес незаслуженных упреков. Как протест на несправедливую критику со стороны руководства он написал заявление об уходе на пенсию. И больше никогда к работе не возвращался.

В те же далекие 50-е – 60-е годы главным окулистом Минздрава работал Анатолий Иванович Сыроватский. Был он очень спокойным, тактичным, уравновешенным человеком. В те годы продвигалась большая работа с широко распространенным заболеванием трахомой. Программа ликвидации трахомы была государственной. Работа проводилась под непосредственным руководством обкома КПСС и Совета Министров ЯАССР. На эти цели было выделено много средств.

Совместно с Республиканским трахоматозным диспансером Анатолий Иванович разрабатывал мероприятия, готовил постановление правительства. В каждом районе были открыты трахоматозные диспансеры, огромное количество трахоматозных пунктов на микроучастках в населенных пунктах, школах, учебных заведениях. Так рационально была организована медицинская помощь, чтобы ни один нуждающийся в лечении не был не залечен. Вся медицинская общественность была мобилизована на борьбу с трахомой. Всеобъемлющее санитарное просвещение, поголовные медицинские осмотры населения, учет каждого больного, его лечение не прошли даром. Трахома была ликвидирована.

В связи с этим очень многие медицинские работники были отмечены поощрениями, наградами. Мы, работники Минздрава, в частности лечебного отдела, думали, что Анатолий Иванович получит какую-нибудь правительственную награду. Но этого не

случилось, не знаю почему. Анатолий Иванович был глубоко обижен, хотя виду не подавал.

Кроме вышеперечисленных специалистов в Минздраве работало много людей, о которых хочется сказать только добрые слова. Это Антонина Пантелеймоновна Кирилкина, Евдокия Осеевна Сумкина, Сара Васильевна Борисовна, Мария Ивановна Дуглас, Екатерина Ивановна Юшкова, главный бухгалтер Валентин Наумович Полицинский и многие, многие другие.

Коллектив был дружный. Как и положено в те годы, мы были дружинниками и все, в том числе и заместители министра, выходили по графику на дежурство. Какую мы пользу приносили, мне трудно судить, но, видимо, группа дружинников с красными повязками оказывала на мелких хулиганов сдерживающее влияние. Обычно обнаруживали лежащих пьяных, вызывали милицию, чтобы отвезли их в вытрезвитель. Случались и смешные истории. Это было летом, мы вышли на дежурство в заложную часть города. Напротив школы №1 на автобусной остановке обнаружили лежащего пьяного, он был очень грязный, что-то мычал. Никаких повреждений, ран на нем не было. Кого-то послали в школу, чтобы по телефону вызвать милицию, а сами стоим рядом. В это время по дороге шли женщина с мужчиной, как мы поняли, спешили в заложный кинотеатр. Женщина оказалась очень любопытной и такой же энергичной. Подошла к нам и почему-то стала на меня кричать. «Стоишь, нарядилась и улыбаешься. А человек в грязи лежит». Я даже растерялась, не знала что ответить. С нами дежурил зам. министра Войцеховский Э.С. Он был очень остроумный. Он и ответил: «А что, Вы предлагаете лечь ей рядом с ним?». Что потом было! Она так ругалась, спутник с силой ее увел, мы долго еще слышали брань в наш адрес. Милиция скоро приехала, пьяного увезли, а мы продолжали дежурство.

Как ранее упоминала, в Минздраве я работала под непосредственным руководством семи министров. Все они были личности, хотя не похожи друг на друга. Одни были жесткие и требовательные, другие мягкие. Например, Васильев Иван Афанасьевич никогда не повышал голоса, по своей природе был очень добрым и тактичным. Мне казалось, что его вежливость, мягкость характера мешали ему руководить и там, где надо, власть употреблять.

Конечно, самое большое впечатление на меня произвел Любимов Павел



И.А. Васильев

Васильевич. Во-первых, он был первый мой министр здравоохранения из числа тех, с которым я работала, во-вторых, это было в те еще годы, когда слово «министр» для меня казалось сверхъестественным, перед ним я всегда робела, боялась, что что-то не то говорю. И в самом деле, часто говорила не то, потому что ни опыта, ни практических навыков в то время у меня еще не было. Сейчас я хорошо осознаю, что Павел Васильевич ко мне относился по-отечески. А вообще он был трибун, очень логично говорил. Его выступления на коллегиях, совещаниях, съездах аудиторией всегда выслушивались внимательно.

Когда в связи с тяжелой болезнью он ушел с поста министра, очень переживал. Конечно, в высокому положению люди привыкают: он занимал должность министра 18 лет, да еще заместителя 4 года. Мне он говорил, что чувствует себя как будто выброшенным из жизни, хотя он успешно трудился заместителем главного врача в Республиканской больнице. Понять его, да и не только его, а всех последующих министров, можно и нужно. Я себя помню, когда оформилась на пенсию, почувствовала, что никому не нужна, переживала. Со временем это прошло.

Продолжительнее всего я работала с министром Петровым Прокопием Андреевичем. Это был уважаемый и почитаемый руководитель и в обкоме КПСС, и в Совете Министров ЯАССР, и среди медицинской общественности. Он был интеллигентом, много занимался наукой, работал над литературой. С коллективом Минздрава отношения были ровные. Он очень большое внимание уделял подготовке национальных кадров. Переживал, если появлялись какие-то промахи, особенно если молодые способные специалисты в связи с злоупотреблением алкоголем теряли свое «лицо», квалификацию. Сам же Прокопий Андреевич слыл абсолютным трезвенником, не курил.



П.А. Петров

В годы его руководства я работала главным эпидемиологом Минздрава. Эпидобстановка в республике в то время была сложная. Очень много регистрировалось вспышек, групповых случаев инфекционных и паразитарных заболеваний: гепатит, дизентерия,

сальмонеллез, иерсиниоз, стафилококковая инфекция, дифтерия и другие. На все вспышки заболеваний я старалась выезжать, вылетать сама и непосредственно в очаге инфекции принимать решения, разрабатывать мероприятия по её купированию. За эти годы работы я отлично поняла, что ни в коем случае нельзя подводить свое руководство с информацией о сложившейся ситуации. Сведения о неблагополучии, особенно о крупных вспышках, эпидемиях, как правило, шли по линии всех ведомств и не всегда достоверно. Поэтому, считала я, мой министр должен знать, как бы это ни было печально, все и раньше всех, и мог своевременно доложить в правительство. В первую очередь это помогало в решении вопроса о силах

и средствах для работы в очаге. Проконий Андреевич меня поддерживал и просил информировать его в любое время суток, во время рабочего дня, дома, даже на даче. Такой принцип работы я соблюдала и с другими министрами здравоохранения.

Заместитель министра Войцеховский Эльмар Сергеевич, умный, интеллигентный образованный руководитель. Он мог ответить на любой вопрос. К нему тянулись руководители здравоохранения районного звена, главные врачи, которые его ценили. По своему потенциалу Эльмар Сергеевич был организатором большого масштаба, но, видимо, оказался им не в то время и не в том месте. А он мог быть хорошим министром.

(Окончание в след. номере)

В.П. Николаев

ЛИКВИДАЦИЯ ТРАХОМЫ В ЯКУТСКОЙ АССР

В ЯАССР, по различным данным, пораженность трахомой в 1925-1950 гг. составляла 25,9-81,1% осмотренного населения республики [1, 5, 7]. При этом следует иметь в виду, что обследования населения районов охватывалось недостаточно полно, периферийные территории оставались вне поля зрения выездных отрядов.

Вместе с тем из этих сведений можно сделать абсолютно достоверный вывод, что пораженность трахомой населения республики в целом и отдельных районов была высокой. По данным выездных отрядов Областной глазной больницы, в 1941 г. в 38,4% случаев последствием трахомы становилась слепота, к 1945 г. этот показатель снизился до 18,0% [5].

На передних позициях борьбы с трахомой находились сестринские трахоматозные пункты, которых в 1948 г. в республике было 37. В 1948 г. в сестринских трахоматозных пунктах было осуществлено 42 326 амбулаторных приемов, в том числе 6750 (15,9%) первичных, из них соответственно 28 438 (67,2%) и 4223 (62,5%) чел. были больны трахомой. Работниками пункта было сделано 7563 посещения на дому, в том числе в 5878 (77,7%) случаях – к больным трахомой [3].

Анализ документов тех лет свидетельствует, что в 1930-1955 гг. противо-

трахоматозная работа проводилась без четкого плана, с неполным охватом населения, с недостаточным привлечением общественности, советско-партийных и хозяйственных органов. Объективная оценка работы соответствующих структур по трахоме была дана в резолюции VIII съезда врачей ЯАССР (1953), где было сказано, что «Министерство здравоохранения и его органы на местах допустили серьезную ошибку, упустив из поля зрения своей деятельности работу по борьбе с трахомой в республике, несмотря на большую пораженность населения ряда районов этим заболеванием» [2, 4].

Переломным в организации борьбы с трахомой в республике стало постановление Совмина РСФСР № 1407 от 22.11.1955 г., которое обязало руководство и органы здравоохранения областей и автономных республик обеспечить в ближайшие 2-3 года ликвидацию трахомы как массового заболевания.

В целях широкого привлечения советских органов к борьбе с трахомой и исходя из опыта Удмуртской АССР, Совмином ЯАССР 25 мая 1956 г. было принято постановление о создании при Советах депутатов трудящихся комиссий по борьбе с трахомой. На 01.01.1957 г. в республике были созданы: Республиканская комиссия при Совмине ЯАССР, Якутская городская при горисполкоме, 29 районных и 154 наслежных. Комиссии не были организованы в Булунском, Момском, Оле-

некском, Аллаиховском и Учурском районах, в ряде районов и наслежных советов они были созданы формально и не работали.

Комиссией по борьбе с трахомой при Совмине ЯАССР стал ежегодно утверждаться комплексный план мероприятий по борьбе с трахомой, который охватывал социально-экономические, санитарно-гигиенические, медицинские и другие аспекты заболевания. Вместе с тем неудовлетворительные жилищно-бытовые условия больных трахомой колхозников, где имело место несоблюдение элементарных санитарно-гигиенических правил, отдаленность населенных пунктов от медицинских учреждений (фермы, участки, базы и т.д.), создавали большие трудности в организации их полноценного лечения. Органы и учреждения здравоохранения, в том числе районные СЭС, еще недостаточно полно проводили противотрахоматозную работу. Кроме того, со стороны райисполкомов, райкомов партии, Советов депутатов трудящихся оказывалась крайне слабая помощь органам и учреждениям здравоохранения в деле борьбы с трахомой [6, 8].

В постановлении Совмина ЯАССР № 219 от 25.05.1956 г. «О состоянии и мерах борьбы с трахомой» были четко определены 3 основных блока мероприятий: повышение активности общественности и населения, усиление работы органов и учреждений здравоохранения, повышение ответствен-

НИКОЛАЕВ Валериан Парфеньевич – к.м.н., зам. директора ЯНЦ РАМН и Правительства РС(Я).

ности районных и городских советских и партийных органов.

В 1955-1958 гг. усилиями органов власти, МЗ РСФСР и ЯАССР в республике была сформирована разветвленная система лечебно-профилактических учреждений по борьбе с трахомой. В 1958 г. были развернуты Республиканский трахоматозный диспансер I категории со стационаром на 40 коек, 7 районных трахоматозных диспансеров, в том числе 4 со стационаром на 25 коек, 32 глазных кабинета в составе общих больниц, 205 профилированных глазных коек. В республике было 40 врачей-окулистов, в том числе 26 в городских и 14 в сельских местностях. В штатах районных и участковых больниц было предусмотрено 122,5 должности трахоматозных сестер, работающих вне больниц по лечению больных трахомой школьников и населения.

Была налажена организационно-методическая работа и подготовка кадров:

- создание при Советах депутатов трудящихся комиссий по борьбе с трахомой;

- упорядочение учета и отчетности по заболеваемости трахомой и противотрахоматозной работе (введение форм 171-б, № 30 и 61-в);

- проведение ежегодных семинаров по борьбе с трахомой для медицинских работников общей лечебной сети;

- подготовка РОКК санитарных активистов по оздоровлению быта в целях профилактики трахомы среди населения и проведению лечебных мероприятий у больных трахомой в школах и местах их проживания;

- подворные обходы медицинскими работниками для выявления трахомы и его лечения;

- обсуждение вопросов организации борьбы с трахомой на заседаниях, семинарах, конференциях, сессиях различных уровней;

- проведение систематической санитарно-просветительной работы среди населения по вопросам санитарии и гигиены, оздоровления быта;

- подготовка врачей-окулистов из молодых специалистов на местной и центральной базах;

- прохождение медицинскими работниками, направляемыми на работу в районы, обязательных курсов по борьбе с трахомой.

На 01.07.1958 г. в республике было зарегистрировано 12 812 очагов трахомы, в которых медицинские работники и санитарные активисты проводили

оздоровительную и лечебную работу [6, 9].

Кроме того, в 1956 г. МЗ РСФСР для ЯАССР были предусмотрены средства на открытие 50 постоянных и 50 временных двухмесячных трахоматозных пунктов на 200 коек, в 1957 г. – на 50 постоянных и со второго полугодия – на 300 временных пунктов [11].

Большую роль в дальнейшем расширении и повышении эффективности комплексной борьбы с трахомой сыграло постановление бюро обкома ВКП (б) и Совмина ЯАССР от 18.08.1958 г. «О мероприятиях по ликвидации трахомы, глистных инвазий и резкому снижению туберкулеза и других заболеваний в Якутской АССР».

В профилактику и организацию борьбы с трахомой большую лепту внесли РОКК и Якутский обком профсоюза медицинских работников. Так, в 1957 г. по линии РОКК по 10-часовой программе было подготовлено 335 санитарных активистов, принимавших непосредственное участие в оздоровлении быта и жизни населения, в проведении мероприятий по борьбе с трахомой. За успехи по подготовке санитарного актива по борьбе с трахомой 4 районных медицинских работника были награждены грамотами обкома РОКК. За активное участие в борьбе с трахомой 4 медицинских работника и 1 председатель наслежного совета были награждены грамотами Якутского обкома профсоюза медицинских работников и 1 наслезный совет премирован санитарной библиотечкой стоимостью в 1000 руб. [14].

В 1957-1958 гг. охват лечением больных трахомой был доведен до 72,0% с некоторым снижением в период летних сельскохозяйственных работ. Большую помощь в проведении массового бесплатного лечения больных трахомой оказало выделение республике МЗ РСФСР в 1957 г. средств на централизованное приобретение соответствующих медикаментов. В 1958 г. также были выделены средства на бесплатное лечение больных трахомой согласно постановлению ЦК КПСС и Совмина СССР № 300 от 16.03.1957 г. «О мерах по дальнейшему развитию экономики и культуры народностей Севера», что позволило обеспечить бесперебойное снабжение районов эмульсией синтомицина, этазолом и другими лекарствами [12].

Трахома, являясь распространенным заболеванием, в тот период встречалась повсеместно: в семьях, в трудовых коллективах, колхозах, школах и т.д. Удельный вес детей в возрасте до 14 лет среди больных трахо-

мой в республике составлял: в 1956 г. – 29,1%, 1957 – 27,1 и в 1958 г. – 24,5%. На 01.07.1958 г. в республике был 3471 ребенок дошкольного возраста, пораженный трахомой. При этом в детсадах и детских домах больных трахомой детей не было.

Следует отметить, что в 1956-1959 гг. в школах республики совместно с Министерством просвещения ЯАССР была проведена большая организационно-методическая и практическая работа по борьбе с трахомой. По данным на 01.01.1957 г., из 59 000 осматриваемых школьников был выявлен 8771 больной трахомой (14,8%), а на 01.01.1958 г. среди 70 609 охваченных осмотром школьников было выявлено 5303 больных трахомой (7,5%). На конец 1957 г. в школах 9 районов (Нюрбинский, Оймяконский и др.) трахомы I-II ст. среди больных не имелось, а в школах 7 районов не было ни одного случая трахомы I-II ст. при единичных случаях с III ст.

Однако в ряде школ Сунтарского, Чурапчинского и др. районов распространенность трахомы оставалась высокой при значительном удельном весе больных с I-II ст. В отдельных периферийных школах некоторых районов (Дюпсинская школа Усть-Алданского района, Модутская Намского) распространенность трахомы доходила до 40,0% и более.

Лечение больных трахомой школьников проводилось прикрепленными к ним средними медицинскими работниками под контролем окулистов и врачей общей лечебной сети. В этих целях во всех школах были организованы уголки или комнаты для лечения школьников, больных трахомой.

Одной из эффективных форм организации лечения трахомы у школьников стали летние детские площадки, создаваемые по линии органов просвещения. В 1956 г. впервые были выделены средства на организацию летних детских площадок на 1500 мест, из которых было заполнено 1003 (66,8%) со средним пребыванием детей 33 дня. В 1957 г. было предусмотрено 2100 мест, из которых было использовано 1948 (92,7%).

В результате такой организованной и последовательной работы в школах республики была достигнута устойчивая тенденция к снижению распространенности трахомы, что позволило ставить задачу полного оздоровления школ ряда районов от трахомы в период 1958/1959 учебного года [13].

По состоянию на 01.04.1959 г. в Алданском районе больных трахомой не числилось, в 8 районах их было мень-

ше 100, ещё в 8 – от 100 до 300, в 7 – от 300 до 1000, в 10 – более 1000 чел., в том числе в Мегино-Кангаласком районе – 4637, Намском – 2209, Сунтарском – 2140 чел. [10].

Последующим логическим шагом в широкомасштабной работе по борьбе с трахомой стал IX съезд врачей ЯАССР (14-16.04.1959 г.), который поставил перед медицинскими работниками республики задачу ликвидации трахомы как массового заболевания в ближайшие 3 года. Эта задача как одна из важнейших была приравнена к государственному. Правительство республики обязало заинтересованные структуры обеспечить ликвидацию трахомы как массового заболевания на территории ЯАССР к концу 1961 г.

С учетом показателей распространенности трахомы на местах были определены конкретные сроки ликвидации трахомы как массового заболевания. Однако намеченные сроки были несколько нарушены, в основном из-за слабой поддержки мероприятий по ликвидации трахомы со стороны советско-партийных органов на местах [15].

Вместе с тем усилия заинтересованных структур, общественности и населения увенчались успехом. К апрелю 1962 г. по объективным критериям распространенности трахомы была констатирована ликвидация ее в ЯАССР как массового заболевания – на 01.01.1961 г. из 1646 находящихся на учете больных трахома I и II ст. имела лишь у 7 (0,4%). В 1957-1962 гг. показатель заболеваемости трахомой в республике снизился в 61 раз.

Со второй половины 1962 г. начался следующий период борьбы с трахомой – этап окончательной полной ликвидации трахомы в республике. В этих целях в 1966 г. был проведен массовый повторный осмотр более половины населения республики (51,0%). В том году из учтенных переболевших трахомой лиц были перепроверены 9481 чел. (77,8%).

На 01.01.1967 г. в республике состояло на учете 12 189 чел., переболевших трахомой и снятых с учета за последние 5 лет, которые проживали в 6635 оздоровленных очагах. Случаи ранних рецидивов не наблюдались, что указывало на качественное лечение больных с III ст. Если поздние рецидивы трахомы в 1962 г. были зарегистрированы в 81 случае (48,2% взятых на учет), то в 1966 г. – в 7 и все они были из числа взятых на учет.

В 1962 г. на учет были взяты 168 больных трахомой, в том числе 8 случаев свежего заражения, в 1966 г. на учет взяты 7 больных, свежего заражения не было [16, 17]. В результате этап окончательной полной ликвидации трахомы в республике в 1962-1966 гг. был проведен успешно.

Таким образом, в Якутской АССР в 1956-1962 гг. была осуществлена ликвидация трахомы как массового заболевания. До этого противотрахоматозная работа проводилась без четкого плана, с неполным охватом населения и недостаточным привлечением других заинтересованных структур. В 1956-1958 гг. усилиями органов власти, Минздрава РСФСР и ЯАССР в республике была сформирована разветвленная сеть лечебно-про-

филактических учреждений по борьбе с трахомой. В 1956-1966 гг. в результате эффективной организационно-методической работы центральных и региональных органов власти и профильных учреждений в республике в борьбе с трахомой было достигнуто значительное повышение активности общественности и населения, усиление работы органов и учреждений здравоохранения, повышение ответственности районных и городских советских и партийных органов.

Ликвидация трахомы в ЯАССР является ярким примером эффективной комплексной работы государства и общественности, здравоохранения и населения, региона и центра в борьбе с распространенными заболеваниями.

Литература

1. **Дорофеев В.Н.** Предварительный отчет по обследованию органа зрения населения Вилуйского и Олекминского округов в 1925-1926 гг.: [Работы окулиста врачебно-сан. отряда Якут. экспедиции Акад. наук] / В.Н. Дорофеев // Материалы Ком. по изучению Якутии. – 1927. – Вып. 10, № 3. – С.85-107.
2. **Национальный архив Республики Саха (Якутия)**, ф.58, оп.41, ех.495, л.8-9.
3. **Там же**, л. 58 (об).
4. **Там же**, ех.813, л.1-3.
5. **Там же**, оп.42, ех.5, л.42-44.
6. **Там же**, ех.21, л.3-6.
7. **Там же**, ех.23, л.16-17.
8. **Там же**, л.17-18 и 31.
9. **Там же**, л.17-18, 31, л.58-81.
10. **Там же**, л.58-59.
11. **Там же**, л.60-61.
12. **Там же**, л.64 и 71-75.
13. **Там же**, л.71-75.
14. **Там же**, л.76-80.
15. **Там же**, ех.78, л.8.
16. **Там же**, л.9.
17. **Там же**, ех.140, л.6-8.

РЕЦЕНЗИЯ на монографию Л.Ф. Тимофеева, В.Г. Кривошапкина «Здравоохранение территорий с низкой плотностью населения: на примере Республики Саха (Якутия)» (Новосибирск: Наука, 2006. 211 с.)

По мнению ведущих ученых страны, комплексное изучение здоровья населения является основой для разработки политики и определения приоритетов в системе охраны здоровья граждан Российской Федерации. С этих позиций представляет интерес монография Леонида Федоровича Тимофеева и Вадима Григорьевича Кривошапкина, в которой впервые

даны комплексный анализ основных показателей здоровья и оценка современного состояния здравоохранения Республики Саха (Якутия) – типичной территории с низкой плотностью населения, расположенной в экстремальных климатогеографических условиях на Севере России.

В области общественного здоровья и здравоохранения республики после

книг П.А. Петрова, Н.С. Яги и В.С. Яги («Здравоохранение Якутии, 1972; «Здоровье населения Севера», 1980; «Человек и охрана его здоровья на Севере», 1984) в Якутии практически не было фундаментальных работ, посвященных научным основам здоровья населения и здравоохранения северных территорий. Вот почему данная монография, написанная известными



в республике учеными-медиками, является своего рода первой многоплановой работой по организации здравоохранения и общественному здоровью по крайней мере за последние 20-25 лет.

НАШИ ЮБИЛЯРЫ

Анализ системы здравоохранения территорий с низкой плотностью населения, куда входят многие субъекты Федерации на Дальнем Востоке, Сибири и европейском Севере, показывает, что на особенности функционирования этой важной отрасли налагают свой отпечаток суровые климатогеографические условия и малонаселенность территорий, неразвитость транспортной инфраструктуры и многие другие факторы. Поэтому представляется, что выводы и предложения авторов относительно дальнейшего совершенствования здравоохранения в Республике Саха (Якутия) будут полезными для принятия управленческих решений и в других регионах, имеющих сходные природно-климатические условия и социально-экономическое развитие.

Не вызывает сомнений, что комплексная оценка сферы здравоохранения, разработка медико-экономического районирования, социологическое исследование, проведенное среди населения, врачей и руководящего звена, представят интерес руководителей отрасли, а также республиканских и районных лечебно-профилактических

учреждений. Следует отметить, что авторами впервые предложены методические подходы не только к медико-экономическому районированию республики, но и к медико-биологическому районированию Севера Российской Федерации. Думается, что указанные подходы будут учтены при принятии ряда законодательных актов РФ относительно Крайнего Севера и жителей, его населяющих.

Монография имеет несомненную научную и прикладную ценность. Импонирует при этом использование авторами современных методик по статистике исследований, математическим расчетам, социологическому опросу. Все разделы хорошо иллюстрированы таблицами и диаграммами, в том числе – в цветном исполнении.

Материал монографии изложен доступным научным языком, имеет продуманную логическую структуру. На мой взгляд, книга может быть полезной не только для организаторов здравоохранения и студентов медицинских образовательных заведений, но и для руководителей республики и органов местного самоуправления.

АЛЕКСЕЕВ ВАСИЛИЙ ПРОКОПЬЕВИЧ



10 марта 2007 г. исполнилось 70 лет члену-корреспонденту Российской Академии естественных наук, действительному члену Международной академии Полярной медицины и экстремальной экологии человека и Академии Северного Форума, отличнику здравоохранения РС(Я), заслуженному деятелю науки РС(Я), Почетному работнику науки Российской Федерации, доктору медицинских наук, профессору Василию Прокопьевичу Алексееву.

Василий Прокопьевич родился 10 марта 1937 г. в селе Чаппанда Нюр-

бинского улуса. Закончил среднюю школу № 1 в селе Нюрба в 1957 г.

После окончания в 1963 г. медико-лечебного факультета (первый выпуск) ЯГУ В.П. Алексеев решением государственной комиссии был рекомендован на научно-педагогическую работу ассистентом по курсу патологической анатомии на кафедру нормальной и патологической анатомии, руководимой профессором Д.М. Крыловым.

В январе 1969 г. защитил на заседании Межинститутского Совета по морфологии АМН СССР кандидатскую диссертацию на тему «Особенности распространения атеросклероза у жителей г. Якутска (эпидемиологические и морфометрические исследования)». Официальными оппонентами были: член-корр. АМН СССР проф. А.В. Смольяников и доктор медицинских наук Г.Г. Автандилов.

В 1990 г. в Институте морфологии человека АМН (г. Москва) защитил докторскую диссертацию на тему «Особенности развития атеросклероза и ИБС и их патоморфоз у коренного и пришлого населения Крайнего Севера».

По существу вся врачебная, научная и педагогическая деятельность В.П. Алексеева связана с Медицинским институтом ЯГУ, в котором он работает с 1963-1967 гг. – ассистентом кафедры нормальной и патологической анатомии, в 1970 г. – заместитель декана медицинского факультета по учебной работе; с 1976 г. по 1983 г. – заведующий кафедрой нормальной и патологической анатомии, в 1978 – 1983 гг. – заместитель декана по научной работе. С 1983 г. – руководитель вновь организованного им первого академического учреждения в Якутии – лаборатории морфофункциональных исследований человека Института медицинских проблем Севера СО АМН СССР. На базе этой лаборатории Указом Президента РС(Я) М.Е. Николаева в 1992 г. создается Научно-практический центр «Вилуйский энцефаломиелит» Министерства здравоохранения РС(Я). С 1992 по 1995 г. – директор этого Центра. С января 1996 г. НПЦ «Вилуйский энцефаломиелит» реорганизуется в Институт здоровья Академии наук РС(Я). Со дня организации Института здоровья по 2005 г. – заместитель директора института

по научной работе. В настоящее время – ведущий научный сотрудник, руководитель отдела института. С 1992 по 2004 г. по решению ученого совета Якутского государственного университета – заведующий кафедрой гистологии МИ ЯГУ.

Доктор медицинских наук, профессор В.П. Алексеев является ведущим ученым-патоморфологом Республики Саха (Якутия) и Сибири. Его имя хорошо известно в научных медицинских кругах России, СНГ и зарубежья. Научные исследования В.П. Алексеева раскрывают сущность эколого-популяционных особенностей развития и формирования географической патологии у северян. Разработанный им экологический подход к изучению эпидемиологических и патоморфологических исследований атеросклероза и ишемической болезни сердца является приоритетом отечественной медицины. Он, будучи в 70-х годах экспертом-морфологом ВОЗ по изучению проблемы атеросклероза по РС (Я) и являясь научным руководителем и ответственным исполнителем программы “Эпидемиология и патология атеросклероза и ишемической болезни сердца в различных климатогеографических регионах страны”, организовал в г. Якутске комплексные исследования по этой проблеме. В течение более тридцати лет В.П. Алексеев является одним из лидеров изучения патоморфологии атеросклероза, ишемической болезни сердца и цереброваскулярной патологии в Сибири и на Крайнем Севере. Результаты исследований В.П. Алексеева, выполненные по программе и методике ВОЗ по изучению сердечно-сосудистой патологии среди коренного и пришлого населения Якутии, получили всеобщее признание и обобщены в диссертационных и монографических работах.

За последнее двадцатилетие, будучи руководителем Лаборатории морфофункциональных исследований Института медицинских проблем Севера СО АМН СССР и Научно-практического центра “Вилейский энцефаломиелит” Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия), В.П. Алексеев организовал проведение комплексных исследований на современном уровне по чрезвычайно актуальной для Республики Саха (Якутия) проблеме вилейского энцефаломиелита (ВЭМ). Профессор В.П. Алексеев под патронатом лауреата Нобелевской Премии, академика США Карлтона Гайдушека разработал научную программу “Биология вилейского энцефаломиелита”.

В августе 1991 г. эта программа была широко обсуждена и получила одобрение на выездном заседании президиума СО АМН СССР в г. Якутске. Он проводит большую организационную работу по комплексированию и координации исследований этиологии, патогенеза, клиники, эпидемиологии и методов патогенетического лечения вилейского энцефаломиелита с участием ученых Медицинского института ЯГУ, институтов СО РАМН, СО РАН и зарубежных исследовательских центров Америки, Австралии и Японии.

Под руководством профессора В.П. Алексеева в течение 1992-1996 гг. в улусах Вилейской, Центральной и Приполярной зон Якутии проведены республиканские, совместные российские и международные экспедиционные исследования эпидемиологической ситуации в отношении распространенности вилейского энцефаломиелита и наследственной мозжечковой атаксии. Итоги этих совместных работ по поиску причины заболевания ВЭМ отражены в книге К. Гайдушека “Вилейский энцефалит”. С непосредственным участием профессора Л.Г. Гольдфарба (Национальные институты здоровья, США) была локализована мутация в шестой хромосоме и изучена ее структура, что позволило впервые в России разработать метод молекулярно-генетической диагностики наследственной мозжечковой атаксии.

Большим вкладом в решение проблемы вилейского энцефалита является цикл работ по изучению патоморфологии ВЭМ, по медико-географическому районированию распространенности вилейского энцефалита с биогеохимической характеристикой ландшафтов Вилейской зоны. С помощью поляризационно- и электронно-микроскопических исследований ткани мозга при данном заболевании выявлены специфические структуры, косвенно подтверждающие наличие неканонической вирусной инфекции, прогрессирование которой связано и с аутоиммунным процессом в центральной нервной системе, наиболее тяжело поражающей миеловые волокна и сосуды микроциркуляторного русла головного мозга и сосудисто-метаболические повреждения кардиомиоцитов.

Доктор медицинских наук, профессор В.П. Алексеев внес существенный вклад в развитие высшей медицинской школы и в организацию науки и здравоохранения, он готовит кадры научных институтов и высококвалифицированных врачей, хорошо известен

медицинской общественности Республики Саха (Якутия) и Российской Федерации.

В.П. Алексеевым подготовлено много специалистов-патологоанатомов и судебных медиков, работающих в научных, учебных и лечебных учреждениях г. Якутска и республики. Он является руководителем и научным консультантом 9 защищенных кандидатских и 2 докторских диссертаций.

Многогранна научно-общественная деятельность профессора В.П. Алексеева, т.к. он в разные годы являлся членом ученого совета Медицинского института Якутского государственного университета, членом Объединенного ученого совета АН РС (Я) по медико-биологическим наукам, членом редакционной коллегии издания “Энциклопедия Республики Саха (Якутия)” и научных сборников “Актуальные вопросы здоровья населения Республики Саха (Якутия)”. При его активном участии в работе организационных комитетов в г. Якутске прошли Республиканская научная конференция, посвященная 70-летию организации комплексной экспедиции АН СССР в Якутской АССР (1995 г.), I Международный конгресс Академии Северного Форума (1996 г.), I и 2 Международные научно-практические конференции “Вилейский энцефалит” (1996 и 2001 гг.); работал в составе комиссии Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия) по подготовке государственных докладов “Здоровье населения РС(Я)”, проекта научно-исследовательской приоритетной программы Международной Академии Северного Форума “Формирование здоровья человека в условиях Арктики и Севера (1997-2000 гг.)

Профессор В.П. Алексеев избран действительным членом Международной Академии Полярной медицины и экстремальной экологии человека (1995 г.), Международной Академии Северного Форума (1996 г.) и член-корреспондентом РАЕН (2000 г.).

Высокий авторитет научных работ подтверждается многочисленными публикациями и признанием работ в зарубежной печати; участием во многих Международных конгрессах и симпозиумах, проведенных в России (1978, 1985, 1995, 1996), Дании (1981), Болгарии (1987), Канаде (1990), Исландии (1993), Японии (1993), Алма-Ате (1994), Франции (1995), США (1996).

В.П. Алексеев – автор 204 научных работ, в том числе 44 статей и тезисов в международных изданиях, 3 монографий, ряда учебных пособий по па-

тологической анатомии сердечно-сосудистых заболеваний и методических рекомендаций для врачей-патологоанатомов, судебных медиков и невропатологов, 2 атласов: "Виллюйский энцефаломиелит" (1996 г.) и "География виллюйского энцефаломиелита" (2000 г.).

Награжден медалью "За доблестный труд", серебряной и золотой медалями Академии наук Республики Саха (Якутия) за вклад в науку, Почетными

званиями "Заслуженный деятель науки РС (Я)", «Почетный работник науки РФ», почетным знаком «Отличник здравоохранения РС (Я)».

Женат, имеет троих дочерей. Супруга Любовь Романовна – преподаватель вуза, кандидат педагогических наук. Старшая дочь Ирина – доктор медицины, специалист в области молекулярной вирусологии, работает в научно-исследовательском институте

США. Вторая дочь Ольга – кандидат экономических наук, преподаватель вуза. Младшая дочь Алёна – ученица восьмого класса городской классической гимназии.

Коллектив Института здоровья АН РС (Я), Медицинского института ЯГУ и семья поздравляют Василия Прокопьевича со славным юбилеем и желают доброго здоровья, благополучия, долгих лет жизни и творческих успехов.

*Профессор, академик АН РС (Я),
директор Института здоровья АН РС(Я) В.Г. Кривошапкин*

ВЛАДИМИРЦЕВ ВСЕВОЛОД АФАНАСЬЕВИЧ



Исполнилось 60 лет Владимирцеву Всеволоду Афанасьевичу, кандидату медицинских наук, врачу неврологу высшей категории, отличнику здравоохранения РС(Я), руководителю отделом исследований виллюйского энцефаломиелита и прогрессирующих заболеваний мозга Института здоровья АН РС(Я).

В.А.Владимирцев родился в г. Артемовске Красноярского края в семье служащего вторым ребенком 6 марта 1947 г.

По окончании в 1971 г. медико-лечебного факультета Якутского государственного университета начал работать врачом неврологом энцефалитного отделения Якутской республиканской клинической больницы. Вся трудовая и научная деятельность Все-

волода Афанасьевича связана так или иначе с виллюйским энцефаломиелитом. Виртуоз своей профессии - быстро и квалифицированно и на якутском языке общается со всеми пациентами, четко диагностирует болезнь. Все больные признательны и благодарны Всеволоду Афанасьевичу. В 1992 г. защитил кандидатскую диссертацию по теме «Клинико-электромиографические критерии ранней диагностики и определения активности патологического процесса виллюйского энцефалита». Всеволод Афанасьевич является неугомонным исследователем виллюйского энцефаломиелита, объездил всю Якутию, в 1995-1998 гг. специализировался и проводил научные исследования по нейропатологии ВЭ в лаборатории нейроинфекций Национальных Институтов Здоровья США (руководитель - академик Д.К. Гайдушек) и в отделе патологии Мельбурнского Университета (Австралия) под руководством профессора Колина Л. Мастерса. По завершении специализации подготовил два научных отчета, выступил соавтором пяти публикаций по нейропатологии ВЭ. Имеет 78 печатных публикаций по теме исследования, 26 из которых - в рецензируемых изданиях, 8 из них (в соавторстве) опубликованы в зарубежных изданиях. Тема дальнейших исследований - изучение этиологии, патогенеза и динамики эпи-

демического процесса ВЭ. Готовится к защите в виде диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук в 2007-2008 гг., также в виде монографии и атласа патоморфологии ВЭ. Всеволод Афанасьевич имеет российские и республиканские награды:

– Почетная грамота Министерства науки и профессионального образования РС (Я), ценный подарок (наручные часы),

– нагрудный знак Министерства науки и профессионального образования РС(Я) «За заслуги в области науки»,

– юбилейная медаль ФНПР «100 лет профсоюзам России».

Всеволод Афанасьевич любящий муж, отец двух взрослых детей (сын и дочь), нежный дедушка 2 внуков и 3 внучек. Всеволод Афанасьевич романтическая душа, сочиняет стихи, мелодии, сам их исполняет. Выпущен сборник стихов «Версия пристрастия» (СПб., 2006 г.). Кроме научной работы успевает участвовать в различных конкурсах и концертах авторских исполнителей и стать дипломатом. Дружит и со спортом – бегаёт на лыжах, обливается холодной водой, летает на дельтаплане, ездит на велосипеде, в последнее время увлекается автомашинами.

Поздравляем нашего коллегу с юбилеем и желаем крепкого здоровья, успехов в нелегком труде, творческих успехов, счастья!

Сотрудники Института здоровья АН РС(Я)



ОБЪЯВЛЕНИЯ. ИНФОРМАЦИЯ

Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия)
ФНГУ «Институт здоровья Федерального агентства по образованию
Министерства образования и науки Российской Федерации»
Управление здравоохранения мэрии г.Якутска
Медицинский институт Якутского государственного университета,
Якутский научный центр РАМН
ОАО «Центр иммунопрофилактики» Республики Саха (Якутия)
ГСМК «Сахамедстрах»

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

Дорогие коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в Республиканской научно-практической конференции «Клинико-эпидемиологические проблемы вирусных гепатитов в РС(Я)», которая состоится 26-27 июля 2007г. в г.Якутске.

Примечание: Возможно дата проведения конференции будет изменена, о чем будет сообщено дополнительно.

Цель конференции – ознакомить участников с современными достижениями в области диагностики и лечения в гепатологии, способствовать развитию профилактических подходов, направленных на укрепление здоровья населения. Обсудить наиболее актуальные проблемы в данной области, усилить профессиональную связь между учеными медиками, врачами лечебно-профилактических учреждений и создать новые совместные проекты.

Научно-практическая конференция «Клинико-эпидемиологические проблемы вирусных гепатитов в РС (Я)» проводится для врачей-инфекционистов, терапевтов, гастроэнтерологов, гепатологов, семейных врачей, специалистов службы профилактической медицины.

Организаторы конференции: Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия), ФНГУ «Институт здоровья Федерального агентства по образованию Министерства образования и науки Российской Федерации», Управление здравоохранения мэрии г.Якутска, Медицинский институт ЯГУ, Якутский научный центр РАМН, ОАО «Центр иммунопрофилактики» Республики Саха (Якутия), ГУ ЯРЦ по профилактике и борьбе со СПИД, ГСМК «Сахамедстрах»

Место проведения: Республика Саха (Якутия), 677010 г.Якутск, Сергеляхское шоссе 4, корп. С-2, ФНГУ «Институт здоровья Федерального агентства по образованию Министерства образования и науки Российской Федерации». Руководитель организации – Кривошапкин Вадим Григорьевич, д.м.н., профессор, академик Академии наук РС(Я)

Возможно проведение научных мероприятий на других базах

Научная программа:

- Современное состояние проблемы вирусных гепатитов;
- Эпидемиология парентеральных вирусных гепатитов;
- Генодиагностика вирусных гепатитов;
- Организационные вопросы диагностики вирусных гепатитов в сельской местности и в условиях экспедиционных выездов в труднодоступные районы Крайнего Севера;
- Актуальные вопросы специфической профилактики гепатитов вирусной этиологии.

Форма участия в работе конференции:

1. Выступление с докладом на пленарном или секционном заседании, публикация.
2. Стендовое сообщение, публикация.
3. Публикация.

Срок подачи статей и тезисов – до 1 мая 2007 г.

Публикации направлять по e-mail: insemenov@yandex.ru.

Просим указать ваш контактный телефон и e-mail

Вид представления публикаций: по электронной почте вложенным файлом или в любом электронном носителе в оргкомитет конференции.

Правила к оформлению тезисов:

- тезисы должны включать цель, материалы и методы, результаты исследования и заключение;
 - объем тезисов не более 2,5 страниц формата А4 (файл назвать фамилией первого автора) в редакторе WC Word.
- Поля: левое – 3 см, правое, верхнее, нижнее – по 2 см. Шрифт – Times New Roman. Кегль шрифта – 12 пунктов. Межстрочный интервал – одинарный.

Заголовок оформляется следующим образом:

Первая строчка – название работы ПРОПИСНЫМИ буквами

Вторая строчка – фамилия, инициалы, авторов

Третья строчка – название ВУЗа, города

Официальные мероприятия конференции

26 июля – 09-00 – 13-00 час., 14-00 – 17-00 час.

27 июля – 09-00 – 14-00 час.

Адрес оргкомитет конференции:

Телефон: (4112) 36-15-36, телефон/факс (4112) 35-32-72

e-mail: insemenov@yandex.ru.