

- ред. И.В. Марковой и др. - СПб: Интермедика, 1998. - Ч. 1. - С.123-124.
5. *Кристенсен Д.* Гастроэнтерология: Пер. с англ. - М., 1985. - Т.1. - С.234-259.
 6. *Легеза В.И., Марковская И.В., Шагоян М.Г.* Этиология, патогенез и лечение гастропареза. // *Терапевт. архив.* - 1988. - № 11. - С.151-154.
 7. *Пономарев А.А.* Острое расширение желудка (обзор литературы). // *Врачебное дело.* - 1983. - № 11. - С.50-55.
 8. *Руководство по гастроэнтерологии.* /Под ред. Ф.И. Комарова и А.Л. Гребенева. - М.: Медицина, 1995. - Т.1. - С.384-385.
 9. *Bogaert M.G., Buylaert W.A., Lefebvre R.A., Willems J.L.* // *Dopamine Receptor Agonists.* - NY, 1984. - P.139-155.
 10. *How J., Strachan R.W.* Acute dilatation of stomach as late complication of drug overdose. // *Br. Med. J.* - 1976. - Vol. 6, №1 (6009). - P.563-564.
 11. *Kumar C.M., Lawler P.G.* Acute dilatation of the stomach during general anaesthesia. A case report. // *Br. J. Anaesth.* - 1987. - Vol.59. - № 9. - P.1192-1195.
 12. *Neal E. Flomenbaum, Martin J. Smilkstein* Gastrointestinal Principles in: *Goldfrank's Toxicologic Emergencies.* / Ed. L.R. Goldfrank et al. 6th ed.- NY, 1998. - P.379-390.
 13. *Richard S. Weisman* Cyclic Antidepressants in: *Goldfrank's Toxicologic Emergencies.* /Ed. L.R. Goldfrank et al. 6th ed.- NY, 1998. - P.924-934.
 14. *Todd S.R., Marshall G.T., Tyroch A.H.* Acute gastric dilatation revisited. // *Am. Surg.* - 2000. - Vol. 66, № 8. - P.709-710.

ЛЕКЦИИ

© КАЛЯГИН А.Н., КАЗАНЦЕВА Н.Ю. –

ОСТЕОАРТРОЗ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ (СООБЩЕНИЕ 2)

А.Н. Калягин, Н.Ю. Казанцева

(ГОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.б.н., проф. А.А. Майборода, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. – д.м.н., проф. Ю.А. Горяев)

Резюме. В лекции представлены современные данные по лечению остеоартроза.

Ключевые слова. Остеоартроз, лечение.

Программа лечения при остеоартрозе (ОА) включает две группы методов: 1) нефармакологические: снижение массы тела, физические упражнения при разгруженных суставах (в положении сидя, лежа, в бассейне), санаторно-курортное и физиолечение (грязи, бальнеотерапия, бишофит, озокерит и т.д.), применение средств ортопедической коррекции (трости, костыли, наколенники, голеностопы, тutory и т.д.), протезирование суставов; 2) фармакологические: анальгетики, структурно-модифицирующие средства (СМС), внутрисуставные глюкокортикостероиды (ГКС) и миорелаксанты.

Анальгетики являются ключевым компонентом симптоматической терапии больных. Причины болей при ОА могут быть обусловлены вовлечением в процесс различных суставных структур: 1) поражение кости может проявляться в виде периостита, связанного с остеофитами, субхондральных микропереломов, а также ишемии кости, обусловленной ослаблением кровотока и повышением внутрикостного давления; 2) синовиальной оболочки в виде раздражения чувствительных нервных окончаний остеофитами, воспаления, связанного с высвобождением простагландинов, лейкотриенов и цитокинов; 3) периартикулярной ткани в виде мышечного спазма и слабости, нестабильности сустава и развития подвывихов; 4) сосудов с развитием ишемии периартикулярных тканей.

Наиболее важными препаратами являются парацетамол, нестероидные противовоспалительные средства

(НПВС) и наркотический анальгетик - трамадол. Медикаментом первого выбора за рубежом считается парацетамол [11,12], однако доза его приема должна быть достаточно большой, чтобы получить желаемый эффект. Кроме того, он не имеет серьезного противовоспалительного действия и может вызывать гепатопатии, что особенно вероятно в России, где широко распространено злоупотребление алкоголем, а последний потенцирует токсические эффекты парацетамола [6]. В связи с этим правильнее рекомендовать использование НПВС. Последние в зависимости от способности воздействовать на ключевые ферменты метаболизма арахидоновой кислоты подразделяют на несколько групп (табл. 1).

Среди НПВС предпочтение отдается препаратам с наибольшей хондробезопасностью, периодом полувыведения не более 6 ч., используются невысокие дозы лекарств. В соответствии с современными данными этим условиям удовлетворяют [9]: 1) производные пропионовой кислоты (ибупрофен 1200-1800 мг/сут, кетопрофен 100 мг/сут, декскетопрофен 75 мг/сут), 2) арилуксусной кислоты (диклофенак 50-100 мг/сут, ацеклофенак 100-200 мг/сут, кеторолака трометоприм 30-60 мг/сут), 3) ЦОГ-2 ингибиторы (целекоксиб 100-200 мг/сут, нимесулид 200 мг/сут, мелоксикам 7,5-15 мг/сут). Неправильным является назначение индометацина и метиндола из-за негативного действия на хрящ и препарата с длительным полувыведением – пироксикама.

При возникновении острого приступа болей в суставе, что может быть, например, при наличии внутрисус-

Классификация НПВС (по J. Floridi в собственной модификации) [3]

Селективные ингибиторы циклооксигеназы (ЦОГ)-1 – низкие дозы аспирина;
Неселективные ингибиторы ЦОГ-1 и ЦОГ-2 – большинство известных НПВС;
Преимущественные ингибиторы ЦОГ-2 – нимесулид (нимесил, найз), мелоксикам (мелокс, мовалис), этодолак, набуметон, (ацеклофенак - ?);
Специфические ингибиторы ЦОГ-2 – целекоксиб, рофекоксиб, вальдекоксиб;
Ингибиторы липоксигеназы – ликофелон;
Ингибиторы ЦОГ-3 – парацетамол.

тавной мышцы или при развитии асептического некроза медиального эпифиза бедренной кости у больного с гонартрозом, показано использование быстродействующих препаратов. Обнаружена высокая скорость достижения анальгетического эффекта при применении декскетопрофена (дексалгина), кеторолака (кеторола), диклофенака калия (раптен рапида), мелоксикама (мовалис в инъекционной форме). Быстрота действия дексалгина обусловлена особенностями его структуры, точнее наличием в таблетке активной формы препарата, которая была получена в биотехнологическом процессе, когда модифицированная методом генной ин-

женерии бактерия *E. coli* продуцирует фермент, катализирующий синтез декскетопрофена. Препарат имеет степень очистки близкую к 100%, эффект начинает развиваться в первые минуты после приема и достигает своего пика через 0,5 ч, что сопоставимо с внутримышечной формой введения.

Таблица 2

Основные побочные эффекты НПВС

1. *Побочные действия на органы пищеварения:* НПВС-гастропатия, эзофагопатия, энтеропатия, колопатия, гепатопатия.
2. *Кардиологические:* артериальная гипертензия, прогрессирование хронической сердечной недостаточности, периферические отеки.
3. *Почечные:* снижение клубочковой фильтрации, интерстициальный нефрит.
4. *Тромбоцитарные:* нарушения агрегации, повышение риска кровотечений.
5. *Бронхолегочные:* аспириновая бронхиальная астма.
6. *Костно-суставные:* дегенеративное действие на хрящ, прогрессирование остеопороза.
7. *Неврологические:* нарушение функций ЦНС, включая забывчивость, неспособность сосредоточиться, бессонницу, паранойю и депрессию.

При использовании НПВС наблюдаются разнообразные побочные эффекты (табл. 2), ассоциированные с угнетением синтеза простагландинов, участвующих в процессах физиологической репарации и т.д., для контроля побочных эффектов мы считаем целесообразным

применять этапную схему наблюдения за больным (табл. 3) [3]. Наиболее распространенными являются желудочно-кишечные поражения, среди которых доминирует НПВС-гастропатия. В связи с этим при лечении всегда необходимо обращать внимание на наличие фак-

Таблица 3

Критерии контроля побочного действия НПВС [3]

1. *Динамический расспрос:* наличие мелены или крови в стуле, диспепсия, боли в животе, отеки, затруднение дыхания, уровень АД.
2. *Общеклиническое исследование:* Общий анализ крови и мочи (1 раз в месяц); копрограмма (скрытая кровь, перевариваемость) (1 раз в 6 месяцев).
3. *Биохимическое исследование крови:* креатинин (при сочетанном приеме НПВС и ингибиторов АПФ 1 раз в 3 недели), билирубин, АлТ, АсТ, сывороточное железо, щелочная фосфатаза, ГГПТ, электролиты (калий, натрий, магний, кальций), витамина В₁₂, общий белок и его фракции (альбумины) (1 раз в 6 месяцев).
4. *Эндоскопическое исследование:* гастроскопия (1 раз в год; при наличии «язвенного анамнеза» - 1 раз в 6 месяцев, причем первый раз до начала приема НПВП); при необходимости колоноскопия.

торов риска возникновения побочных эффектов и в зависимости от них осуществлять дифференцированное назначение лекарств. К числу факторов риска гастропатии относятся: 1) возраст старше 65 лет, 2) наличие язвенных поражений в анамнезе, 3) сочетанные приём пероральных ГКС и антикоагулянтов, 4) наличие серьезных сопутствующих заболеваний (хроническая сердечная, почечная или печеночная недостаточности, сахарный диабет и др.), 5) длительное использование НПВП в максимальных дозах [2,13].

При наличии 1-2 факторов риска препаратами выбора в лечении ОА будут ЦОГ-2 селективные и частично селективные препараты, а именно нимесулид (нимесил, найз), целекоксиб (целебрекс), мелоксикам (мелокс, мовалис). Использование этих препаратов позволяет добиться более значимых патогенетических сдвигов. В частности воздействие на ЦОГ-2 позволяет подавить экспрессию TNF-а, а это препятствует ремоделированию костной ткани и развитию остеопороза; кроме того, подавляется активность протеаз (особенно

металлопротеиназ), синтез интерлейкина-1 и фактора активации тромбоцитов, что способствует замедлению хондродеструкции [13]. Для профилактики гастропатии у лиц с факторами риска широко применяются ингибиторы протонной помпы (омепразол — омез 20-40 мг, лансопризол — ланзап 30-60 мг/сут) или H₂-гистаминовые блокаторы (фамотидин — квамател 20-40 мг/сут).

При высокой интенсивности болей в качестве дополнения к стандартной анальгетической терапии назначаются наружные лекарственные формы (кремы, мази, гели) в виде втираний, аппликаций, фонофореза. Их преимуществами являются способность проникать непосредственно под место нанесения (в мышцы, сухожилия, фасции, подкожную клетчатку и синовиальные оболочки), низкий уровень НПВС в сыворотке крови и, соответственно, малая вероятность системных побочных эффектов. Широко применяются формы, содержащие диклофенак (дикловит 1%), кетопрофен (фастум-гель 2,5%), бруфен (долгит крем 1%, ибупрофен гель 10%). Нами исследовано применение фонофореза фастум-геля при заболеваниях околосуставных мягких тканей на фоне ОА. Обнаружено их быстрое разрешение и более выраженное снижение болевого синдрома в сравнении с другими способами применения препарата [4]. НПВС-содержащие мази необходимо наносить 4-6 раз в день, на крупный сустав полоску длиной 5-10, на средний — 3-5, на мелкий — 1-2 см. Также могут применяться традиционные многокомпонентные мази с анальгетическим, местнораздражающим, антисептическим, сосудорасширяющим и фибринолитическим действием, к числу таковых относится «Эспол», в состав которого входят экстракт перца стручкового, димексид, кориандровое и лавандовое эфирные масла, хлороформ.

Достижение анальгетического комфорта является лишь второстепенной целью терапии ОА. Наиболее важной является — защита хряща от дальнейшего разрушения. Реализовать эту цель позволяют СМС. В эту группу лекарств в настоящее время входят: 1) хондроитин сульфат, 2) глюкозамин сульфат, 3) гиалуроновая кислота, 4) неомыляющиеся соединения авокадо/сои, 5) диацериин, 6) обсуждается роль эстрогенов, алфлутоба, компонентов имбиря и стронция ранилата. СМС позволяют решить ключевые биологические задачи лечения ОА [1]: 1) стимуляция синтеза протеогликанов и коллагеновых волокон хондроцитами; 2) снижение активности лизосомальных ферментов; 3) увеличение резистентности хондроцитов к воздействию провоспалительных цитокинов; 4) активация анаболических процессов в матриксе хряща; 5) создание предпосылок для формирования полноценного хряща.

Биологические эффекты хондроитин сульфата и глюкозамин сульфата во многом схожи, тем более, что глюкозамин является предшественником хондроитина в цепи биохимических превращений. Однако мнение о необходимости монотерапии только хондроитин сульфатом следует признать ошибочным, так как в процессе превращений глюкозамина происходит образование и других важных компонентов, в частности, гиалуроновой кислоты. В качестве лекарственных препаратов используются глюкозамин сульфат (Дона), хондроитин сульфат (Струкум) или их комбинация (Терафлекс, Артра). Оптимальным является употребление не менее чем 1000-1500 мг этих СМС в сутки. Длительное время рациональным считалось курсовое назначение этих средств, в на-

стоящее время правильной является только постоянная поддерживающая терапия, доказавшая свою хондропротективную способность. Наряду с возможностью модифицировать структуру хряща эти препараты способны также оказывать анальгезирующее воздействие при длительном приеме, что позволяет уменьшить дозы или прекратить применение анальгетиков [12].

Существует только одна местная форма СМС — это отечественный препарат «Хондроксид». Он содержит комбинацию димексида и хондроитин сульфата. Показаны высокая проникающая способность «Хондроксида» в полость сустава, эффективное устранение боли и проявлений периартритов [5]. Мазь может использоваться в виде фонофореза. Препарат особенно показан при возникновении непереносимости пероральных форм хондропротекторов (прежде всего, при появлении диспепсических жалоб), осложнённом онкологическом анамнезе. Возможна монотерапия или использование на начальном этапе лечения любым пероральным СМС как второго препарата для достижения более быстрого анальгетического эффекта. При назначении мази больные должны знать, что она применяется 2-3 раза в день, растирается в течение 2-3 мин до полного впитывания на протёртую 40-50% спиртовым раствором кожу, лечение продолжается 2-3 недели, курсы повторяют не менее 2-3 раз в год, а при необходимости — чаще.

Относительно новым является препарат неомыляющихся солей авокадо/сои (пиаскледин). Его биологические эффекты близки к общим для всех СМС, хотя есть особенности — он снижает экспрессию стромелизина, интерлейкинов-6, 8, простагландина E₂. Больным рекомендуется ежедневный прием капсулы с 300 мг препарата в течение 3-6 месяцев, курсы повторяют каждые 5-6 месяцев [1, 10].

Препараты гиалуроновой кислоты (остенил, симвиск, гиалган) улучшают вязко-эластические свойства синовиальной жидкости и применяются для внутрисуставного введения [8]. Мы располагаем собственными данными трехмесячного рандомизированного контролируемого исследования внутрисуставного введения Остенила 20 больным с верифицированным гонатрозом. Было отмечено значимое снижение показателей, отражающих проявление болезни — боли, оценки по шкале WOMAC, количества принимаемых НПВС в сутки. Это позволило нам сделать вывод об эффективности препарата в лечении больных ОА коленных суставов. Анализируя неудачи использования этих лекарственных средств, К.Д. Brendt (2002) указывает на важность правильной методики внутрисуставного введения, так как несоблюдение этого условия может приводить к формированию депо препарата в периартикулярных мягких тканях, а не в полости сустава [цитир. по 7].

Диацериин в настоящее время ещё не используется в России, основными недостатками, которые описываются зарубежными авторами, являются частые диспепсические расстройства, заставляющие больных отказаться от его приема [7]. Другие СМС, перечисленные выше, не имеют доказательств благоприятного действия на хрящ в рандомизированных контролируемых испытаниях.

При наличии синовита или периартрита в лечении ОА широко применяются внутрисуставные ГКС [7, 12]. Наиболее распространёнными препаратами являются гидрокортизон, триамсинолона ацетонид (кеналог, трикорт), метилпреднизолона ацетат (метипред, депо-мед-

рол) и бетаметазона фосфат и дипропионат (дипроспан). ГКС, введенные после аспирации синовиальной жидкости способствуют подавлению воспалительного процесса в полости сустава, предупреждают рецидивирование синовита. Стоит отметить, что бетаметазон и триамсинолон имеют длительное действие, а все другие – короткое. Бетаметазон (дипроспан) не оказывает повреждающего действия на околосуставные мягкие ткани, что характерно для триамсинолона. Все это делает дипроспан препаратом выбора в локальной внутрисуставной и периартикулярной инъекционной терапии. Препараты обычно вводятся в комбинации с местным анестетиком (например, новокаином, лидокаином) или физиологическим раствором, в крупный сустав объемом 3-5, в средний – 1,5-2, в мелкий – 0,2-0,3 мл. Курс инъекций может составлять 1-3 с интервалом в 4-5 дней, повторное применение при ОА возможно только спустя 3-6 месяцев. Введение ГКС в полость сустава при отсутствии синовита при ОА считается недопустимым из-за высокой опасности для хряща.

Стоит также помнить о том, что в ряде случаев боли у больных ОА могут быть обусловлены напряжением мышц, в частности, в результате неправильной установки ноги при ходьбе, как следствии прогрессирования суставного процесса. В этой ситуации правильным будет назначение миорелаксантов (мидокалма). Мидокалм обладает как спазмолитическим, так и прямым анальгетическим действием, благодаря этому он прерывает «порочный круг» боли и спазма по двум направлениям. В комбинации с НПВС и нефармакологическими мероприятиями дают больным более быстрое и более эффективное избавление от боли, чем при воздействии только НПВС или нефармакологических мер.

При серьезных структурно-функциональных нарушениях крупных суставов (коленных и тазобедренных) возможно их протезирование в условиях ортопедической клиники.

Резюмируя проблемы рациональной терапии ОА на современном этапе, необходимо привести данные доказательной медицины, обозначенные экспертами Европейской противоревматической лиги в отношении поражения коленных суставов [12]:

1. Оптимальное лечение ОА коленных суставов требует *комбинации* нефармакологического и фармакологического лечения.

2. Лечение ОА коленных суставов должно проводиться с учётом следующих данных: факторы риска поражения коленного сустава (повышенная масса тела, неблагоприятные механические факторы, физическая дееспособность); общие факторы риска (возраст, полиморбидность и полипрагмазия); уровень интенсивности боли и нарушения функции; признаки воспаления сустава, например, синовит; локализация и стадия структурного повреждения.

3. Нефармакологическое лечение ОА коленных суставов должно включать информирование больного о сущности болезни, лечебную физкультуру, ортопедические приспособления (палки, стельки, наколенники), уменьшение массы тела.

4. Парацетамол – это препарат первого выбора для начальной анальгетической терапии, при положительном эффекте может назначаться на длительный срок.

5. Ситуационное (краткосрочное при болях и/или выраженном воспалении) применение НПВС клинически эффективно и безопасно.

6. Более длительное применение НПВС должно рассматриваться у больных, у которых отсутствует эффект от применения парацетамола. У больных с увеличенным риском НПВС-поражений органов пищеварения необходимо использовать неселективные НПВС и эффективные гастропротекторы или ЦОГ-2 селективные НПВС.

7. Наркотические анальгетики (возможно в комбинации с парацетамолом) являются полезной альтернативой для больных, у которых отсутствует эффект от НПВС и/или имеются побочные НПВС-эффекты даже на фоне приема ЦОГ-2 селективных средств.

8. Структурно-модифицирующие препараты – это глюкозамин сульфат, хондроитин сульфат, неомыляющиеся соединения авокадо/сои, диасцирин, гиалуроновая кислота имеют симптоматические эффекты и могут изменять структуру хряща.

9. Внутрисуставные введения ГКС длительного действия необходимо при выраженных явлениях воспаления в коленном суставе, особенно с синовитом.

10. Протезирование сустава должно быть применено больным с рентгенологическими признаками ОА коленного сустава, которые имеют рефрактерную к терапии боль и тяжёлое нарушение функции.

OSTEOARTHRISIS: MODERN APPROACHES TO THERAPY (THE MESSAGE 2)

A.N. Kalyagin, N.Ju. Kazantseva
(Irkutsk State Medical University)

In the lecture the modern data on the treatment of osteoarthritis is presented.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадюкин В.В. Пиаскледин – новый структурно-модифицирующий препарат в лечении остеоартроза. // Фарматека. – 2004. – №7. – С.38-42.
2. Ивашкин В.Т., Шентулин А.А. Влияние анальгетиков на слизистую оболочку желудка и состояние печени. // Клиническая фармакология и терапия. – 2003. – №1. – С.57-60.
3. Калягин А.Н. Поражения кишечника, вызванные применением нестероидных противовоспалительных препаратов. // Медицинские новости (Беларусь). – 2003. – №7. – С.71-74.
4. Калягин А.Н., Антипова О.В., Горяев Ю.А. и др. Использование фонофореза Фастум-геля при заболеваниях мягких тканей в ревматологической практике. // Боль и паллиативная помощь. – Новосибирск, 2002. – С.100-102.
5. Калягин А.Н., Антипова О.В., Казанцева Н.Ю. и др. Применение хондроксида при заболеваниях околосуставных мягких тканей. // Научно-практическая ревматология. – 2004. – №2. – С.131.
6. Калягин А.Н., Рожанский А.А. Наблюдение алкогольно-индуцированного лекарственного поражения печени с иммунным компонентом. // Сиб. журнал гастроэнтерологии и гепатологии. – 2004. – №18. – С.151-153.
7. Коваленко В.Н., Борткевич О.П. Остеоартроз. – Киев: Морион, 2003. – 448 с.
8. Лучихина Л.В. Артроз: ранняя диагностика и патогенетическая терапия. – М.: Медицинская энциклопедия, 2001. – 168 с.

9. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний. / Под ред. В.А. Насоновой, Е.Л.Насонова. — М.: Литтерра, 2003. — 507 с.
10. *Henrotin Y.E., Labasse A.H., Jaspas J.M., et al.* Effects of three avocado/soybean uncopanifiable maxtures on metalloproteinases, cytokines and prostaglandin E2 production by human articular chondrocytes. // *Clinical Rheumatology*. — 1998. — Vol. 41. — P.81-91.
11. Guidelines for the Medical Management of Osteoarthritis. Part I. Osteoarthritis of the Hip. // *Arthr. Rheum.* — 1995. — Vol. 38, № 11. — P.1535-1540.
12. *Jordan K.M., Arden N.K., Doherty M., et al.* EULAR Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). // *Ann. Rheum. Dis.* — 2003. — Vol.62. — P.1145-1155.
13. National Institute for Clinical Excellence. Guidance on the use of cyclo-oxygenase (Cox) II selective inhibitors, celecoxib, rofecoxib, meloxicam and etodolac for osteoarthritis and rheumatoid arthritis. // *Technology Appraisal Guidance*. — 2001. — Vol. 27. — P.1-14.

О ПРАВСТВЕННОСТИ

© СИЗЫХ Т.П. —

ОЧЕРК О ВРАЧЕ — ВЫПУСКНИЦЕ ИРКУТСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ЕЛИЗАВЕТЕ НИКИТИЧНЕРОДИНОЙ (К 80-ЛЕТИЮ)

Т.П. Сизых

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.б.н., проф. А.А. Майборода)



Славен достойный подражанию жизненный путь Елизаветы Никитичны Родиной — ведущего лицевого хирурга, организатора, ученого, изобретателя, педагога, Отличника здравоохранения, Заслуженного врача РФ, поэта, автора 13 поэтических сборников, нескольких романсов, песен, гимна медицинского университета.

Родилась Е.Н. Родина (в девичестве Быкова) 5 мая 1924 года в городе Усолье-Сибирское в семье, с почтением и любовью относящейся к человеку, делу, труду, слову. «Уж если жить, то для кого-то жить», часто в ее доме пелась эта песня.

Окончив среднюю школу, она прошла курсы инспектора Госстраха, где в последующем и работала 1942 и 1943 годы.

В 1943 же году Е.Н. Родина поступает в Иркутский государственный стоматологический институт и блестяще завершает его в 1947. Согласно решения государственной комиссии распределили ее врачом-стомато-

логом в поликлинику престижного машиностроительного завода (позже переименованного — Иркутский авиазавод, а теперь ОАО НПК «Иркут»), где она будет работать всю свою трудовую жизнь. Начала она врачом-стоматологом и по совместительству ортопедом. Спустя 9 лет, в марте 1956 года ей поручают организовать и возглавить стоматологическое отделение, а в 1979 (22 года после окончания ВУЗа) — открыть на его базе стоматологическую поликлинику, главным врачом которой стала Е.Н. Родина. Почти 60 лет Е.Н. Родина беспрерывно работает в МСЧ авиапредприятия — от распределения по настоящее время, при этом в должности руководителя 50 лет. Это говорит о верности профессии, делу, об уважении, доброте, любви к коллегам, оказанному ей доверии. Что позволило вырасти и в полную меру раскрыться всем членам коллектива. Тому свидетельство — две трети врачей имеют высшую и первую квалификационную категории, как и средний медперсонал. Коллективу поликлиники, ею возглавляемому, было присвоено звание «Коллектива коммунистического труда», «Школа передового опыта» по Иркутской области. Ежегодно в разных регионах области Елизавета Никитична проводила областные, межрайонные и районные семинары по обмену опытом. В настоящее время Е.Н. Родина лечит уже четвертое и пятое поколения. Знает она не только состояние здоровья каждого сотрудника авиапредприятия, их детей, внуков, правнуков, но и их личные радости и беды. Как и ее родной завод «Все выше, и выше, и выше...», так и она со своим коллективом трудится, чтобы своими делами, достижениями, самопознанием, самосовершенствованием подняться на такие высоты самореализации своих способностей, которые далеко не многим дались. Она как семья, выросшее на благодатной почве, дала в тридцать, шестьдесят и сто крат.