

© ЛОПУХОВА В.А., ТАРАСЕНКО И.В.

УДК 616.248:616.24-007.272-036.12]-08

**ПРОСПЕКТИВНОЕ ИЗУЧЕНИЕ СУБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ  
ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ  
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ  
БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ**

В.А. Лопухова, И.В. Тарасенко

Волгоградский государственный медицинский университет, ректор – акад.

РАМН В.И. Петров, кафедра клинической фармакологии и интенсивной  
терапии с курсами клинической фармакологии ФУВ, клинической аллергологии  
ФУВ, зав. – акад. РАМН В.И. Петров.

***Резюме.** Изучена субъективная оценка эффективности комбинированной терапии бронхиальной астмы (БА) и хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ) на основании простого открытого сравнительного проспективного рандомизированного исследования в параллельных группах в течение 12 недель в амбулаторно-поликлинических условиях, с помощью русскоязычной версии специального опросника «St. George's Hospital Respiratory Questionnaire» (SGRQ), оценочного теста COPD Assessment Test (CAT) и теста по контролю над астмой – The Asthma Control Test™ (ACT™). В результате проведенного исследования установлено, что через 12 недель терапии во всех группах выявлено статистически значимое улучшение качества жизни (КЖ) по сравнению с исходными значениями.*

***Ключевые слова:** бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь лёгких, качество жизни, SGRQ, тест ACT™, CAT-тест.*

Лопухова Виктория Александровна – к.м.н., докторант каф. клинической фармакологии и интенсивной терапии с курсами клинической фармакологии ФУВ, клинической аллергологии ФУВ, ВолгГМ; e-mail: [lovictorial@gmail.com](mailto:lovictorial@gmail.com).

Тарасенко Иван Викторович – к.м.н., докторант каф. клинической фармакологии и интенсивной терапии с курсами клинической фармакологии ФУВ, клинической аллергологии ФУВ, ВолгГМУ; e-mail: [tarivanvik@gmail.com](mailto:tarivanvik@gmail.com).

В настоящее время Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) уделяет большое внимание развитию науки о качестве жизни (КЖ) как важном инструменте при принятии решений относительно методов лечения, научных исследований и подготовки медицинского персонала [4]. Показатель КЖ может быть использован как радикальный при сравнении достоинств различных методов ведения заболевания и при определении оптимальных лечебных программ в свете их эффективности и стоимости. Одним из показателей влияния терапии на КЖ является субъективная оценка пациентами эффективности лечения. При этом учет КЖ пациентов может привести к улучшению качества медицинского обслуживания в целом [2]. Учитывая высокую распространенность и большое медико-социальное значение последствий хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и бронхиальной астмы (БА), исследование КЖ людей с этими заболеваниями является крайне актуальным. В настоящее время общепринятым является изучение КЖ с помощью опросников. В отличие от общих, специальные вопросники ориентированы на конкретную нозологию, что делает их более чувствительными к изменениям статуса здоровья и КЖ пациентов. Важной характеристикой этих инструментов является стандартизация, необходимая для многоцентровых исследований и возможности сопоставления полученных результатов [1]. Так, «Респираторный опросник больницы Святого Георгия» (St. George's Hospital Respiratory Questionnaire – SGRQ) может помочь в оценке влияния на КЖ больных бронхиальной астмой и ХОБЛ не только лечебных программ, но также образовательных и реабилитационных мероприятий [3]. Исследование показателей КЖ в динамике позволяет расширить круг

стандартных параметров оценки результативности терапии и судить об эффективности проводимого лечения с большей точностью [2]. При этом комплексная сравнительная оценка эффективности комбинированной терапии подразумевает изучение качества жизни больных бронхиальной астмой и ХОБЛ при ее назначении.

Цель исследования: изучение субъективной оценки эффективности комбинированной терапии БА и ХОБЛ на основании простого открытого сравнительного проспективного рандомизированного исследования.

### **Материалы и методы**

Для изучения влияния комбинированной терапии на КЖ пациентов обследовано 90 больных в возрасте от 18 до 65 лет с верифицированным диагнозом среднетяжелой БА и 90 пациентов ХОБЛ (стадия III), подписавших информированное согласие. Работа проведена в дизайне простого открытого клинического проспективного рандомизированного сравнительного исследования в параллельных группах в течение 12 недель в амбулаторно-поликлинических условиях. В результате рандомизации больные БА были распределены на 3 группы: группа 1 (n=30) получала флутиказон (фликсотид) 0,25 мг/доза две ингаляции в сутки и формотерол (оксис турбухалер) 4,5 мкг/доза две ингаляции в сутки + сальбутамол по потребности; группа 2 (n=30) – салметерол+флутиказон (серетид мультидиск) 50 мкг + 0,25 мг/доза две ингаляции в сутки + сальбутамол по потребности; группа 3 (n=30) получала будесонид+формотерол (симбикорт турбухалер) 0,16 мг + 4,5 мкг/доза две ингаляции 2 раза в сутки + симбикорт по потребности. Начиная со второй недели терапии, доза серетида (группа 2) и препаратов первой группы могла быть изменена как в сторону увеличения, так и уменьшения; симбикорт (группа 3) назначался в виде гибкого дозирования. Больные ХОБЛ также были рандомизированы на 3 группы: первой группе (n = 30) были назначены будесонид (пульмикорт турбухалер) и формотерол (оксис турбухалер); второй группе (n = 30) – салметерол + флутиказон (серетид мультидиск); третьей группе (n = 30) назначен будесонид + формотерол (симбикорт турбухалер).

Лекарственные средства (ЛС) во всех группах назначались в течение 12 недель в фиксированной дозе.

Исследование КЖ на фоне проводимого лечения выполнялось исходно и через 12 недель терапии с помощью русскоязычной версии специального опросника «St. George's Hospital Respiratory Questionnaire» (SGRQ), который предназначен для объективизации изменений здоровья у пациентов с БА и ХОБЛ [6]. Составляющими критериями данного опросника являются шкалы (домены): «симптомы», «активность», «влияние болезни» и «общий показатель»; оценку проводили по 100-балльной шкале (чем выше значение показателя, тем сильнее влияние болезни) с применением «SGRQ Calculator» [5]. Для оценки текущего контроля над заболеванием и эффективности проводимой терапии в течение 12 недель использовались оценочный тест COPD Assessment Test (CAT) и тест по контролю над астмой – The Asthma Control Test™ (ACT™).

Работа с данными проводилась при помощи электронных таблиц Microsoft® Excel 2003. Статистическая обработка проводилась с использованием программ Statistica v. 6.0. В исследовании применялся корреляционный анализ (по Спирмену). Достоверность отличий между количественными данными оценивали внутри групп по критерию Вилкоксона, между группами по критерию Манна-Уитни. Статистически значимыми считали различия при уровне  $p < 0,05$ .

### **Результаты и обсуждение**

Интерпретация результатов опросника SGRQ подразумевает, что чем ближе к 100 баллам значение параметра, тем ниже его субъективная оценка. При этом порогом для клинически значимых различий между группами пациентов и для отличий внутри исследуемых групп являются четыре балла. При анализе полученных результатов установлено, что исходные средние показатели шкал опросника SGRQ в исследуемых группах по заболеваниям достоверно не различались ( $p > 0,05$ ). Вместе с тем, через 12 недель терапии выявлены изменения качества жизни больных ХОБЛ по всем шкалам опросника. Оценка

параметров КЖ выявила достоверное улучшение в группе будесонид (пульмикорт турбухалер) и формотерол (оксис турбухалер) общего показателя качества жизни, который составил  $51,8 \pm 4,1$  ( $\Delta=4,4$ ,  $p<0,05$ ). Значения шкал «симптомы» и «активность» достоверно ( $p<0,01$ ) снизились на 7,3 балла ( $63,1 \pm 6,4$ ) и 4,1 балла ( $54,3 \pm 4,9$ ) соответственно. При изучении субъективной оценки степени психологических проблем, вызванных ХОБЛ, отмечается тенденция к улучшению показателей КЖ, однако статистически значимой динамики показателей на фоне проводимой терапии не установлено ( $p>0,05$ ). В группе серетида через 12 недель терапии значение шкалы общего показателя КЖ снизилось на 9,8 баллов и составило  $46,4 \pm 3,8$  ( $p<0,001$ ). При оценке показателей КЖ по отдельным шкалам отмечается достоверное снижение по шкале «симптомы» на 12,2 балла ( $59,2 \pm 5,9$ ). Субъективная оценка степени психологических проблем, вызванных ХОБЛ составила  $38,9 \pm 7,6$ , что на 8,7 баллов ниже изначального значения ( $p<0,001$ ). Уровень КЖ по шкале «активность» достоверно снизился на 9,2 балла ( $49,7 \pm 4,8$ ). При этом на фоне терапии симбикортом (группа 3) через 12 недель установлены статистически и клинически значимые изменения ( $\Delta$ , баллы) по сравнению с исходными параметрами КЖ ( $p<0,001$ ). При этом значения по шкалам в баллах составили: «симптомы» –  $57,3 \pm 6,2$  ( $\Delta=15,1$ ), «активность» –  $49,1 \pm 5,4$  ( $\Delta=9,8$ ), «влияние болезни» –  $38,5 \pm 6,4$  ( $\Delta=9,1$ ) и «общий показатель» –  $44,5 \pm 3,2$  ( $\Delta=11,4$ ).

При анализе данных оценочного теста COPD Assessment Test (CAT), который применялся для текущего контроля над заболеванием и эффективности проводимой терапии в течение 12 недель, установлено, что исходные средние значения CAT в исследуемых группах достоверно не различались ( $p>0,05$ ). Вместе с тем, спустя 12 недель терапии выявлены достоверные изменения параметров CAT, которые составили: в группе будесонид (пульмикорт турбухалер) и формотерол (оксис турбухалер)  $21,3 \pm 5,1$  баллов ( $p<0,05$ ); в группах серетида и симбикорта –  $19,6 \pm 6,2$  баллов ( $p<0,05$ ) и  $18,8 \pm 5,7$  баллов ( $p<0,05$ ) соответственно. В настоящем исследовании установлена достоверная положительная корреляция между значениями показателей шкал опросника

SGRQ и суммарными баллами CAT ( $r = 0,79$ ,  $p < 0,001$ ).

Анализ результатов исследования позволил установить динамику показателей качества жизни по блокам опросника SGRQ у больных БА через 12 недель комбинированной терапии. На фоне терапии будесонид+формотерол (симбикорт турбухалер) у больных среднетяжелой БА значение шкалы общего показателя КЖ снизилось на 12,7 баллов и составило  $39,8 \pm 3,3$ , что свидетельствует о значительном, статистически значимом улучшении КЖ по сравнению с исходными значениями ( $p < 0,001$ ). При анализе изменения КЖ по отдельным шкалам было выявлено, что значение шкалы «симптомы» достоверно уменьшилось на 17,2 балла и оказалось равным  $48,1 \pm 4,2$  ( $p < 0,001$ ). Субъективная оценка ограничения активности в следствие БА составила  $38,3 \pm 6,1$ , что на 13 единиц ниже изначального значения ( $p < 0,001$ ). Уровень КЖ по шкале «влияние болезни» достоверно снизился на 11,3 балла ( $36,4 \pm 7,8$ ). Анализ показателей КЖ показал достоверное улучшение в группе флутиказон (фликсотид) и формотерол (оксис турбухалер) по домену «симптомы» и общему показателю через 12 недель терапии с 65,8 до 59,1 баллов ( $p < 0,01$ ) и 52,6 до 46,7 ( $p < 0,05$ ). По другим доменам установлена тенденция к улучшению показателей КЖ, однако статистически значимой динамики показателей на фоне проводимой терапии не прослеживалось ( $p > 0,05$ ). При изучении динамики КЖ пациентов с бронхиальной астмой на фоне терапии салметерол+флутиказон (серетид мультидиск) установлены следующие значения шкал: «симптомы» –  $49,7 \pm 5,1$  ( $\Delta = 15,3$ ), «активность» –  $40,1 \pm 5,9$  ( $\Delta = 11$ ), «влияние болезни» –  $39,2 \pm 8,4$  ( $\Delta = 9,2$ ) и «общий показатель» –  $41,3 \pm 3,4$  ( $\Delta = 11,4$ ), изменения которых оказались достоверными по сравнению с исходным уровнем ( $p < 0,001$ ).

При анализе данных теста АСТ<sup>TM</sup>, который применялся для оценки текущего контроля над астмой и эффективности проводимого лечения в течение 12 недель, установлено, что исходные средние показатели АСТ<sup>TM</sup> в исследуемых группах составили не более 15 баллов и достоверно не различались ( $p > 0,05$ ). Однако назначение комбинированной терапии в течение 12 недель позволило значительно улучшить контроль над БА ( $p < 0,05$ ). При этом средние значения

теста АСТ<sup>TM</sup> составили: в группе флутиказон (фликсотид) и формотерол (оксис турбухалер)  $22,8 \pm 1,3$  баллов; в группах серетида и симбикорта –  $24,5 \pm 0,5$  и  $24,7 \pm 0,3$  баллов соответственно.

При межгрупповом сравнении уровня КЖ через 12 недель лечения пациентов с бронхиальной астмой и больных ХОБЛ выявлены достоверные отличия по шкалам опросника SGRQ ( $p < 0,05$ ) с преимуществом у групп симбикорта и серетида по сравнению с нефиксированной комбинацией лекарственных средств.

Проведенное проспективное исследование позволило получить новые сведения о субъективной оценке эффективности комбинированной терапии БА и ХОБЛ в амбулаторно-поликлинических условиях. При этом установлено, что уровень КЖ больных на фоне терапии симбикортом или серетидом, был статистически достоверно выше по сравнению с пациентами, получавшими нефиксированную комбинацию флутиказон (фликсотид) и формотерол (оксис турбухалер) в группе больных БА, и будесонид (пульмикорт турбухалер) и формотерол (оксис турбухалер) у пациентов ХОБЛ.

## **SUBJECTIVE ESTIMATION OF THE EFFICIENCY OF COMBINED THERAPY OF BRONCHIAL ASTHMA AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE**

V.A. Lopukhova, I.V. Tarasenko

Volgograd State Medical University

**Abstract.** We investigate subjective estimation of the efficiency of combine therapy of lung disease (COPD) in out-patient department by open simple comparative prospective randomized study in parallel groups during 12 weeks with Russian version of «St. George's Hospital Respiratory Questionnaire» (SGRQ), estimation test COPD, Assessment Test (CAT) and asthma control test – The Asthma Control Test<sup>TM</sup> (ACT<sup>TM</sup>). Statistically significant improvement of life quality was revealed in all study groups into 12 weeks.

**Key words:** bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease (COPD), life

quality, SGPQ, test ACT<sup>TM</sup>, CAT-test.

### Литература

1. Качество жизни у больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких / под ред. А.Г. Чучалина. – М.: Издательство Атмосфера, 2004. – 256 с.
2. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е изд. / под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 320 с.
3. Хамитов Р.Ф., Пальмова Л.Ю., Новоженков В.Г. Оценка качества жизни при хронической бронхолегочной патологии (обзор литературы) // Рос. медиц. вести. – 2004. – Т.9, № 3. – С. 13-20.
4. Action plan of the Global Alliance against Chronic Respiratory diseases, 2008-2013. – World Health Organization, 2008. – P. 1-36.
5. SGRQ Calculator – URL: <http://www.readapsante.com/stock/fra/10-st-george-respiratory-questionnaire-calculator.xls>.
6. St. George's Hospital Respiratory Questionnaire – URL: <http://www.healthstatus.sgul.ac.uk>.

## **Информация об авторах:**

УДК 616.5-002.828+616.594]-036.22

## СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИКРОСПОРИИ И ТРИХОФИТИИ

О.А. Щелкунова, Т.Б. Решетникова

Новосибирский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н.,  
проф. И.О. Маринкин; кафедра дерматовенерологии и косметологии, зав. –  
д.м.н. проф. О.Б. Немчанинова.

***Резюме.** В статье представлены литературные и собственные данные по эпидемиологии, клиническому течению микроспории и трихофитии. Основной спектр возбудителей микроспории – *M. canis*, трихофитии – *Tr. mentagrophytes* var. *gypseum*, *Tr. Violaceum*, *Tr. Tonsurans*, *Tr. Verrucosum*. Отмечается, что в последнее годы имеет место атипичное течение микроспории и трихофитии. Заболевания стали чаще регистрироваться у новорожденных детей и взрослых.*

***Ключевые слова:** микроспория, трихофития, эпидемиология, клиника.*

Щелкунова Ольга Александровна – аспирант каф. дерматовенерологии и косметологии НГМУ; e-mail: selena-slim@mail. ru.

Решетникова Татьяна Борисовна – д.м.н., проф. каф. дерматовенерологии и косметологии НГМУ; e-mail: sadv@km. ru.

Среди грибковых заболеваний немаловажное значение приобретает заболеваемость зооантропонозными дерматомикозами. Распространенность этих заболеваний в популяции, по различным данным, колеблется от 10% до 20%. В настоящее время по уровню заболеваемости микроспория занимает второе место в мире среди всех грибковых заболеваний, а трихофития –

является вторым по частоте встречаемости микозом волосистой части головы в педиатрической практике после микроспории [5].

Характерной особенностью всех дерматофитий, является видоизменение микрофлоры. Если раньше наиболее частыми возбудителями дерматофитий были антропофильные грибы, то сейчас на их долю приходится не более 1% флоры. Основными возбудителями микроспории и трихофитии стали зоофильные грибы. Для микроспории это *M. canis*, трихофитии – *T. verrucosum* и *T. mentagrophytis var.gypseum* [6,10].

Необходимо отметить, неблагоприятную эпидемиологическую ситуацию по заболеваемости микроспорией в Российской Федерации [1]. Рост показателей заболеваемости микроспорией в большинстве субъектов Российской Федерации сказался на среднестатистических данных в целом по стране (43,7 в 2008 году, рост 45,6 в 2009 году на 100 000 соответствующего населения) [2]. Заболеваемость трихофитией в Российской Федерации в 2009 году составила 1,8 на 100 000 населения, против 1,3 в 2008 году. На фоне кажущейся стабильности показателей по заболеваемости трихофитией в целом по Российской Федерации, в отдельных территориях наблюдается тенденция к росту [2].

Продолжающееся снижение показателей заболеваемости по грибковым заболеваниям кожи в одних территориях Российской Федерации и их рост – в других является свидетельством нестабильности эпидемиологической ситуации в стране [3].

В последние годы многие исследователи отмечают некоторые изменения в клинической картине зооантропонозных дерматофитий, появление их стертых и атипичных форм [9]. В одних случаях наблюдаются малосимптомные, стертые, вялотекущие формы микроспории гладкой кожи, при которых очаги поражения не имеют четких границ, выраженных воспалительных явлений, значительного шелушения. Их обычно принимают за проявления себорейного дерматита, себореиды, стрептодермию, хроническую трихофитию [4,11]. У других микроспория сопровождается значительным отеком и эритемой при почти отсутствующем шелушении. При этом она имитирует розовый лишай,

многоформную экссудативную эритему, центробежную эритему Дарье, эритему Афцелиуса-Липшютца. Такие экссудативно-воспалительные варианты наблюдаются у 20,4% больных. У третьей группы больных (4,8-6,4% случаев) обнаруживают глубокие формы микроспории, сопровождающиеся инфильтрацией, нагноением, вегетациями. При локализации на волосистой части головы эти проявления обычно сходны с инфильтративно-нагноительной трихофитией типа *kerion Celsii* или глубокими формами пиодермии. При локализации на коже лица они имитируют красную волчанку, эозинофильную гранулему лица, лимфоцитарную инфильтрацию, при локализации на голенях – гранулему Майокки [8].

По данным некоторых авторов, наблюдаются и атипичные формы зооантропонозной трихофитии, трихофития маскируется под экзему, псориаз, красную волчанку, розовый лишай Жибера. Необходимо отметить, что при трихофитии может происходить формирование фурункулоидных, фрамбезиформных инфильтратов особенно на волосистой части кожи головы. Около 10% случаев трихофитий протекает с абсcedированием [7,12].

Следовательно, в настоящее время важной задачей является изучение современных клинико-эпидемиологических особенностей дерматофитий волосистой части головы, что позволит улучшить диагностику дерматомикозов, назначать рациональную терапию с учетом особенности возбудителя, сократить сроки лечения.

### **Материалы и методы**

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 1471 больного с микроспорией и трихофитией, за период с 2006 по 2010 гг., находившихся в отделении микологии Новосибирского областного кожно-венерологического диспансера №1. Из 1471 больного 817 было мужчин (55,5%) и 645 – женщин (44,5%). С микроспорией было 1425 чел. (96,8%), с трихофитией – 46 чел. (3,2%). Была изучена заболеваемость дерматофитиями по клиническим формам. В основу клинической классификации микозов, принятой в международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), положен принцип

локализации, предложенный Н.Д. Шеклаковым (1976) и основанный на патогенных свойствах возбудителя, клинических формах и эпидемиологии заболевания. Основными анализируемыми параметрами были пол, возраст больного, сезонность, этиология возбудителя, источники заражения и клинические особенности течения заболеваний. Сводные данные по эпидемиологии дерматофитий по городу Новосибирску представлены отделом статистики ГБУЗ НСО НОКВД. Статистическая обработка полученного материала проводилась на персональном компьютере согласно программам, адаптированным к компьютеру IBM/PC (Excel v. 7.0 for Windows 95, Statistic for Windows v. 5.1), с вычислением средней арифметической (M) и ее ошибки (m).

### Результаты и обсуждение

Анализ эпидемиологической ситуации по заболеваемости дерматофитиями (микроспорией и трихофитией) показал, что за период – с 2006 по 2010 гг. по городу Новосибирску наблюдается снижение заболеваемости. При этом имеется увеличение заболеваемости микроспорией в 2010 году по сравнению с предыдущим годом (рис. 1 и 2).

В этиологии микроспории превалировал зоофильный возбудитель – *Microsporum canis*, выявленный у всех 1425 человек (100%). В этиологии же зооантропонозной трихофитии – *Trichophyton mentagrophytes* var. *gypseum* у 28 человек (60,9%), *Tr. verrucosum* у 2 человек (4,3%). В этиологии антропонозной трихофитии преобладал *Tr. Tonsurans* (19,6%), у 7 человек (15,2%) обнаружен *Tr.violaceum*.

Определение посезонного распределения заболеваемости микроспорией и трихофитией в исследуемом периоде (2006 – 2010 гг.) выявило пик роста микроспории в августе – ноябре, а трихофитии – в марте – июне.

Основным источником заражения микроспорией явились бродячие и домашние кошки – 1224 случая (85,9%), собаки – 108 случаев (7,6%) и в 93 случаях (6,5%) причиной возникновения патологии послужили внутрисемейные контакты. При трихофитии источником заражения были бродячие и домашние кошки – 16 случаев (34,8%), собаки – 10 случаев (21,7%), морские свинки – 2

случая (4,4%) и в 18 случаев (39,1%) источником заражения явились люди, занимающиеся контактными видами спорта.

Наиболее часто микроспория регистрировалась у детей в возрасте от 1 года до 14 лет (96,1%), средний возраст детей составил  $7,1 \pm 0,3$  лет. У взрослых микроспория наблюдалась в 40 случаях (2,8%), средний возраст составил  $38,7 \pm 9,2$  лет. Среди детей в возрасте до одного года микроспория отмечалась в 15 случаях ( $1,1 \pm 0,3\%$ ). Трихофития регистрировалась чаще у детей от 2 до 14 лет и составила 42 случая (91,3%), средний возраст детей составил  $7,5 \pm 0,5$  лет; у взрослых – 4 случая (8,7%), средний возраст которых был  $17,7 \pm 1,5$  лет.

По клиническим формам преобладала микроспория волосистой части головы – у 576 человек (40,4%), микроспория гладкой кожи – у 551 человека (37,8%), микроспория гладкой кожи и волосистой части головы – у 338 человек (21,8%). Количество патологических очагов варьировало: от 1 до 5 у 935 человек (65,6%), от 6 до 10 у 350 человек (24,6%), от 11 до 15 у 74 человек (5,2%), от 16 до 30 у 52 человек (3,6%), от 31 до 50 у 14 человек (1%). Наибольший патологический очаг равный 17 см в диаметре, наблюдался у одного пациента (0,1%), очаги 8-10 см в диаметре – у 15 человек (1,1%), 5-7 см – у 360 человек (25,2%), 3-4 см – у 488 человек (34,2%), 1-2 см – у 561 человек (39,4%). При поражении волосистой части головы процесс локализовался в височных, теменной и затылочной области, волосы в них обломаны на высоте 3-7 мм. При поражении гладкой кожи процесс локализовался на лице, шеи, туловище, верхних и нижних конечностях. У 2 человек (0,1%) очаги микроспории локализовались на ладонях в виде эритематозно-сквамозных высыпаний, у 3 человек (0,2%) наблюдалось редко встречающееся поражение ресниц и бровей. У 5 человек (0,4%) наблюдалась атипичная нагноительная форма микроспории, с локализацией на волосистой части головы.

В структуре заболеваемости трихофитией преобладала поверхностная форма – у 25 человек (54,3%), инфильтративно-нагноительная форма – у 21 человека (45,7%), при этом поражение волосистой части головы наблюдалось у 24 человек (52,2%), поражение гладкой кожи у 15 человек (32,6%) и сочетанное

поражение гладкой кожи и волосистой части головы у 7 человек (15,2%). Количество патологических очагов варьировало от 1 до 5, их размеры не превышали 5 см в диаметре, у всех пациентов. На волосистой части головы очаги локализовались в височных, теменной и затылочной областях, волосы в них обломаны на высоте 1-2 мм, у 3 человек (6,5%) наблюдалась черноточечная трихофития. На гладкой коже процесс локализовался на лице, шее, туловище, верхних и нижних конечностях, а у 2 человек (4,4%) в лобковой и ягодичной области. У 3 человек (6,5%) инфильтративно-нагноительная трихофития волосистой части головы протекала с абсцедированием.

Анализируя общую заболеваемость дерматофитиями, можно сделать вывод, что наибольший удельный вес в структуре заболеваемости принадлежит микроспории – 96,8 %, по сравнению с трихофитией – 3,2 %. Среди больных преобладали мужчины – 55,5 %. Чаще болеют дети в возрасте от 1 до 14 лет. Основными источниками заражения при микроспории являлись бродячие и домашние кошки, при трихофитии – люди, занимающиеся контактными видами спорта. Основной спектр возбудителей для микроспории – *M. canis*, для трихофитии – *Tr. mentagrophytes var. gypseum*, *Tr. Violaceum*, *Tr. Tonsurans*, *Tr. Verrucosum*. Особенности клинического течения микроспории были более частая изолированная локализация патологического процесса на волосистой части головы, количество очагов чаще множественное, с тенденцией к увеличению размеров. При трихофитии чаще поражалась волосистая часть головы, увеличивалось число случаев поверхностных клинических форм. Чаще стали наблюдаться атипичные и осложненные формы дерматофитий, редко встречающиеся локализации процесса.

## **MODERN CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PECULIARITIES OF MICROSPORIA AND DERMATOPHYTOSIS**

O.A. Shchelkunova, T.B. Reshetnikova  
Novosibirsk State Medical University

**Abstract.** The paper presents literature and research data about epidemiology and disease course of microsporia and dermatophytosis. The main causative agents of

microsporia is - *M. canis*, of dermatophytosis are – *Tr. mentagrophytes* var. *gypseum*, *Tr. Violaceum*, *Tr. Tonsurans*, *Tr. Verrucosum*. Atypical disease course often found at present time. Newborns and adults more often suffer from these diseases.

**Key words:** microsporia, dermatophytosis, epidemiology, clinics.

### Литература

1. Иванова М.А., Бендриковская И.А., Мельниченко Н.Е. и др. Эпидемиологическая ситуация по трихофитии в России в 2003-2006 гг. // Современная микология России: тез. докл. II съезда микологов России. – Москва, 2008. – С. 430.
2. Иванова М.А., Гречко А.В., Мельниченко Н.Е. Грибковые заболевания кожи в Амурской области и других субъектах Российской Федерации, 2008-2009 гг. // Социальные аспекты здоровья населения. Электрон. - науч. журн. – 2010. – № 15. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru>.
3. Исаева Т. И. Клинико-эпидемиологические и медико-социальные аспекты микроспории в различных климатогеографических условиях: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2009. – 25 с.
4. Корсунская И. М., Тамразова О. Б. Дерматофитии с поражением волос у детей. – М.: Медицина, 2005. – 31с.
5. Карибаева А.Т. Современные особенности клиники, эпидемиологии, иммунных механизмов трихофитии, микроспории и усовершенствование терапии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Казахстан, 2010. – 41с.
6. Лупанова М.А. Анализ видового состава грибковой флоры за последние годы // Дерматовенерология Сибири. Наука и практика: тез. докл. науч. – практ. конф. – Новокузнецк, 1998. – С. 77.
7. Медведева Т.В., Антонов В. Б., Леина Л.М. и др. Трихофития: современные представления об этиологии, клинической картине, особенностях диагностики и терапии // Клин. дерматол. и венерол. – 2007. – № 4. – С. 70–74.

8. Потекаев Н.С., Плиева Л. Р., Шкребец С. В. Микроспория // Клинич. дерматол. и венерол. – 2008. – № 4. – С. 19–21.
9. Степанова Ж.В. Клинические особенности и лечение микроспории в современных условиях // Вестн. дерматол. и венерол. – 2008. – № 6. – С.85–88.
10. Фахретдинова Х.С., Медведева Е.А., Бурханова Н.Р. и др. Динамика дерматомикозов в республике Башкорстан в 1938-2003гг. // Пробл. медиц. микологии. – 2004. – Т. 6, № 2. – С. 124–125.
11. McPherson M.E., Woodgyer A.J., Simpson K. et al. High prevalence of tinea capitis in newly arrived migrants at an English-language school, Melbourne, 2005. // Med J Aust. – 2008. – Vol. 189, № 1. – P. 13-16.
12. Skerlev M., Cerjak N., Murat-Susic S. et al. An intriguing and unusual clinical manifestation of *Microsporum canis* infection // Acta Dermatovenereol. Croat. – 1996. – Vol. 4. – P. 117-120.



© ФРОЛОВ А.П.

УДК 616.34-001.5-089

## СПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ ПРЯМОЙ КИШКИ С ПРОЛАПСОМ ПЕТЕЛЬ КИШЕЧНИКА

А.П. Фролов

Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф.  
И.В. Малов; кафедра общей хирургии с курсом урологии, зав. – д.м.н., проф.  
В.А. Белобородов.

**Резюме.** Представлен случай спонтанного разрыва прямой кишки с выпадением петель кишечника (прямой, сигмовидной и подвздошной кишок), который произошел у мужчины 69 лет при акте дефекации после длительного натуживания. Пациент оперирован. Выполнено вправление выпавших органов, ушивание разрыва прямой кишки, наложение двуствольной сигмостомы, санация и дренирование брюшной полости. Повреждений анального сфинктера не отмечено. Через 6 месяцев выполнено закрытие двуствольной сигмостомы.

**Ключевые слова:** прямая кишка, разрыв, выпадение петель кишечника.

Фролов Александр Петрович – к.м.н., ассистент каф. общей хирургии с курсом урологии ИГМУ; e-mail: [frolov7788@rambler.ru](mailto:frolov7788@rambler.ru).

К «спонтанным» или «самопроизвольным» разрывам прямой кишки могут быть отнесены разрывы только условно, так как кишка без всякой причины лопнуть не может. К таким видам повреждения относятся разрывы, происходящие чаще всего без внешнего травматического воздействия, вследствие повышения внутриполостного давления, под влиянием силы, действующей изнутри кнаружи [1]. Наблюдения спонтанных разрывов прямой

кишки чрезвычайно редки. А.М. Аминеву (1969) удалось найти в отечественной и зарубежной литературе только 66 случаев спонтанного разрыва прямой кишки. Из них у 34 больных удалось выявить как предшествующие, так и предрасполагающие к разрыву заболевания (например: выпадение прямой кишки). Непосредственно производящей причиной разрыва являлось одномоментное, значительное повышение внутрибрюшного давления вследствие подъема тяжести, дефекации, мочеиспускания, рвоты, удара по животу, падения или во время родов. У 38 исследуемых больных выпадение внутренних органов произошло сразу: у 23 больных – выпали петли тонкой кишки, у 15 – выпадение тонкой кишки сочеталось с выпадением других органов (сигмовидной кишки, сальника, поперечно-ободочной кишки, матки). Выздоровление наступило у – 18, умерло – 48 больных.

Приводим наблюдение «спонтанного» разрыва прямой кишки с пролапсом петель кишечника.

*Больной К. 69 лет 21.05.08 г.* доставлен городской скорой помощью в приемно-диагностическое отделение клиники общей хирургии Иркутского государственного медицинского университета с жалобами на боли в гипогастральной области и промежности. Из анамнеза установлено, что в течение с 18.05.08 г. в течение 2-х суток употреблял алкоголь. 21.05.08 г. после длительного натуживания при акте дефекации появилась сильная боль в гипогастральной области и в заднем проходе. Травму прямой кишки отрицает. Страдает ИБС, стенокардией напряжения II ф. кл., артериальной гипертензией II ст., хронической обструктивной болезнью легких средней степени тяжести в стадии ремиссии. При осмотре. Больной находится в состоянии алкогольного опьянения, в сознании, адинамичен, стонет, на вопросы отвечает односложно. Кожные покровы бледные, артериальное давление (АД) 75/50 мм рт. ст., пульс 160 уд. в мин., частота дыхания – 19 в мин., SpO<sub>2</sub> – 90%. Язык сухой, обложен. Живот несколько вздут, симметричен, при пальпации напряжен и болезненный, симптом Щеткина-Блюмберга сомнительный. Область промежности прикрыта большой марлевой салфеткой, пропитанной геморрагическим экссудатом. Под

салфеткой – выпавшая прямая кишка, петли тонкой и сигмовидной кишок (рис. 1, 2). Петли отечные, багровой окраски. Лабораторные данные: гемоглобин – 128 г/л, эритроциты –  $4,3 \cdot 10^{12}$  /л, лейкоциты –  $9,8 \cdot 10^9$  /л (э/0, ю/3, п/9, с/84, л/2, м/1), тромбоциты –  $117,0 \cdot 10^9$  /л, гематокрит – 34%. Глюкоза крови – 3,0 ммоль/л, мочевины – 4,0 ммоль/л, билирубин – 10,3 мкмоль/л, диастаза – 48,0 гр.ч./л,  $K^+$  плазмы – 3,9 ммоль/л,  $Na^+$  плазмы – 140,0 ммоль/л, общий белок – 55,0 г/л. Содержание алкоголя в моче – 2,0‰.

В экстренном порядке был оперирован под эндотрахеальным наркозом в положении для промежностного камнесечения. Выполнена нижняя срединная лапаротомия, выпота в брюшной полости нет, цвет серозного покрова петель кишечника не изменен. При ревизии обнаружено, что петля сигмовидной кишки и часть петель подвздошной кишки дислоцировались в малый таз и через разрыв стенки прямой кишки выпали наружу. После санации раствором анальгетика выпавших петель кишечника со стороны промежности произведено их вправление в брюшную полость. При осмотре вправленных петель кишечника отмечено, что нижняя треть сигмовидной кишки на протяжении 25 см отечна, багровой окраски, в жировых привесках – кровоизлияния. Подвздошная кишка, начиная с 10 см от илеоцекального угла, на протяжении 1 метра отечна, багровой окраски, спазмирована, перистальтика прослеживается, по краям выпавших петель кишечника – слабо выраженные странгуляционные борозды, кишечник жизнеспособен. При дальнейшей ревизии обнаружен разрыв прямой кишки. Разрыв расположен на передней стенке прямой кишки, имеет продольное направление, размером 12 × 1,5 см, с ровными краями. Дистальный угол раны находится на дне *excavatio rectovesicalis*. Под брюшиной, покрывающей тазовое дно, видимых кровоизлияний и гематом не обнаружено. Выполнено продольное ушивание раны прямой кишки и наложена двухствольная сигмостома проксимальнее травмированного участка сигмовидной кишки. Операция завершена санацией брюшной полости раствором анальгетика и дренированием малого таза, операционная рана ушита редкими швами, наложенными на кожу. После окончания внутрибрюшного

этапа операции со стороны промежности произведено вправление выпавшей прямой кишки. При осмотре: анус зияет, тонус наружного и внутреннего сфинктеров отсутствует, в кишку свободно проходит 4 пальца, травматических повреждений сфинктеров не выявлено. Через 48 часов была назначена программированная релапаротомия для оценки состояния вправленных петель кишечника и состояния в виду риска развития некроза травмированных петель кишечника и перитонита.

В послеоперационном периоде больной находился в условиях пролонгированной искусственной вентиляции легких, показатели гемодинамики были стабильными (АД 140/90 мм рт. ст, пульс 110 уд. в мин.,  $SpO_2$  – 97%). Вазопрессорные препараты не назначались. Проводилась антибактериальная (абоктал – 800 мг/сут, метронидазол – 300 мг/сут) и инфузионная терапия (2500 мл/сут), парентеральное питание (аминоплазмаль, 20% раствор глюкозы), переливание одногруппной свежезамороженной плазмы. Суточный диурез составил 700 мл.

Через сутки (22.05.08 г.) основные показатели: гемоглобин составил 107 г/л, эритроциты –  $3,8 \cdot 10^{12}$  /л, лейкоциты –  $6,6 \cdot 10^9$  /л (э/0, п/31, с/56, л/7, м/6), тромбоциты –  $117,0 \cdot 10^9$  /л, глюкоза крови – 7,9 ммоль/л, мочевины 8,6 ммоль/л, креатинин – 121,0 мкмоль/л, билирубин – 11,9 мкмоль/л, диастаза – 32,0 гр.ч./л,  $K^+$  плазмы – 4,2 ммоль/л,  $Na^+$  плазмы – 141,0 ммоль/л, общий белок – 48,0 г/л.

Через 2-е суток после первой операции (23.05.08 г.) выполнена программированная релапаротомия: в брюшной полости до 300 мл серозно-геморрагического выпота, признаков перитонита нет. Ранее выпавшие петли тонкой кишки ярко багровой окраски, с кровоизлияниями, жизнеспособны. Швы на ране прямой кишке состоятельны. Брюшная полость санирована раствором антисептика. Операционная рана ушита послойно.

В послеоперационном периоде продолжена антибактериальная и инфузионная терапия в прежнем объеме. Показатели гемодинамики оставались стабильными (АД 120/70 мм рт. ст, пульс 119 уд. в мин.,  $SpO_2$  – 98%). Суточный диурез более 1,0 л. Отмечалось периодическое психомоторное возбуждение на

фоне метаболической энцефалопатии.

На 5-е сутки (26.05.08 г.) больной в сознании, поведение адекватное, показатели гемодинамики стабильные, объем инфузионной терапии прежний, суточный диурез – более 1,5 л, сигмостома функционирует. Гемоглобин составил 84 г/л, эритроциты –  $3,04 \cdot 10^{12}$  /л, лейкоциты –  $6,74 \cdot 10^9$  /л (э/4, п/4, с/71, л/15, м/6), тромбоциты –  $594 \cdot 10^9$  /л, глюкоза крови – 6,6 ммоль/л, мочевины 9,0 ммоль/л, билирубин – 6,7 мкмоль/л, диастаза – 23,4 гр.ч./л,  $K^+$  плазмы – 4,0 ммоль/л,  $Na^+$  плазмы – 134 ммоль/л, общий белок – 50 г/л.

На 7-е сутки (27.05.08 г.) состояние больного средней степени тяжести, самостоятельно ходит в палате. Проведена коррекция антибактериальной терапии (сульперазон 2 г/сут). На 9 сутки (29.05.08 г.) завершена инфузионная терапия.

Швы с послеоперационной раны сняты 3.06.2008 г., заживление – первичным натяжением. В области ануса отека и припухлости нет, тонус наружного сфинктера существенно снижен. Больной выписан на амбулаторное лечение 4.06.2008 г. в удовлетворительном состоянии.

Для выполнения 2 этапа лечения – восстановительной операции (закрытие двуствольной сигмостомы) больной поступил в клинику 10.12.08 г. (№ и/б 12395). При осмотре состояние удовлетворительное, в области сигмостомы имеется параколомическая грыжа диаметром до 5 см в диаметре. Тонус ануса несколько снижен, при постановке клизмы в объеме до 200 мл, воду удерживает. Операция выполнена 18.12.08 г. под внутривенным наркозом местным доступом. Произведено снятие стомы с резекцией стомального отверстия и формированием анастомоза на s по Мельникову. Анастомоз погружен в брюшную полость. Параколомическая грыжа ликвидирована с использованием пластики дубликатурой апоневроза.

Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Первый самостоятельный стул естественным путем был на 5-е сутки (22.12.08 г.). Стул и газы удерживает хорошо. Швы с послеоперационной раны сняты через 10 суток (28.12.08 г.), рана зажила первичным натяжением. Больной выписан на

амбулаторное лечение 30.12.2008 в удовлетворительном состоянии.

## SPONTANEOUS RUPTURE OF THE RECTUM WITH PROLAPSE OF INTESTINAL LOOPS

A.P. Frolov

Irkutsk medical university

**Abstract.** The paper presents case report of 69 years old men with spontaneous rupture of the rectum and protrusion of bowel loops (rectum, sigmoid and ileum bowels) during defecation after strong straining. Operation was performed. Organs resection and suturing of the rectal ruptured with double-barrel sigmoidstoma, sanitation and drainage of the abdominal cavity were carried out. Anal sphincter was not damage. Closing of double-barrel sigmoidstoma was performed into 6 month.

**Key words:** rectum, rupture, protrusion of the bowel loops.

### Литература

1. Аминев А.М. Лекции по проктологии. – М.: Медицина, 1969. – 363 с.



*Рис. 1. Выпавшие петли кишечника через разрыв выпавшей прямой кишки (положение больного на спине).*



*Рис. 2. Выпавшие петли кишечника через разрыв выпавшей прямой кишки (положение больного на боку).*



УДК 61: 378-057.875

© КАЛИНИЧЕНКО А.В, ПАХОМОВА Н.Ю., ПРОКОПЬЕВА М.И.,  
ЧЕБЫКИН Д.В.

## **АНАЛИЗ СОВРЕМЕННОГО УРОВНЯ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА О СИСТЕМЕ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

А.В. Калинин, Н.Ю. Пахомова, М.И. Прокопьева, Д.В. Чебыкин

Новосибирский государственный медицинский университет, ректор –  
д.м.н., проф. И. О. Маринкин; кафедра организации здравоохранения и  
общественного здоровья, зав. – д.м.н., проф. М.А. Садовой;  
кафедра общественного здоровья и здравоохранения факультета  
менеджмента, зав. – д.м.н., проф. А.В. Калинин.

***Резюме.** В статье рассматривается проблема осведомленности студентов медицинского вуза по вопросам последипломного медицинского образования в Российской Федерации, тенденции и современное состояние проблемы. Анализируются этапы последипломного медицинского образования, их преемственность в получении профессиональных знаний у студентов, интернов, ординаторов и специалистов с высшим медицинским образованием. Анализируются результаты анкетирования студентов медицинского вуза города Новосибирска.*

***Ключевые слова:** последипломное медицинское образование, субординатура, интернатура, ординатура, единое образовательное пространство.*

Калининченко Александр Викторович – д.м.н., проф., зав. каф. общественного здоровья и здравоохранения НГМУ; e-mail: [kav007@ngs.ru](mailto:kav007@ngs.ru).

Пахомова Наталья Юрьевна – к.м.н., доц. каф. организации здравоохранения и общественного здоровья НГМУ; e-mail: [ssi-proekt@mail.ru](mailto:ssi-proekt@mail.ru).

Прокопьева Марина Игоревна – рук. Центра сертификации и аттестации НГМУ; e-mail: [mip1980@mail.ru](mailto:mip1980@mail.ru).

В современных условиях проблемы медицинского последипломного образования в России сочетают в себе и те, которые присущи практическому здравоохранению, и характерные для образовательной системы в целом. В настоящее время существует острая необходимость его совершенствования. В связи с этим рассматриваются, предлагаются, апробируются самые разные способы решения этой приоритетной задачи здравоохранения. Одним из таких способов является обеспечение большей гибкости и оперативности в реагировании последипломного медицинского образования на те изменения, которые происходят в отрасли [3].

В последние годы широко дискутируется вопрос о недостаточном уровне практической и теоретической подготовки студентов по выбранным специальностям при поступлении в интернатуру и ординатуру, и специалистов, закончивших обучение на первом этапе последипломного образования [2]. С 50-х годов прошлого столетия процесс обучения в медицинских вузах был упорядочен при помощи введения субординатуры, которая представляет собой первичную специализацию студентов шестого курса медицинского вуза по определенному клиническому профилю. Шестой курс был, если так можно выразиться, тренинговым, когда студенты могли работать под присмотром своих преподавателей и старших коллег, отрабатывая навыки, которые они должны были воспроизвести самостоятельно после окончания вуза. Это облегчало процесс обучения в интернатуре и ординатуре как для самих выпускников, так и для их кураторов. У обучающихся в субординатуре была возможность определить

для себя, насколько подходит им выбранная специальность. Кроме того, они могли зарекомендовать себя для дальнейшего обучения в интернатуре или ординатуре на базе этих кафедр и лечебно-профилактических учреждений. На сегодняшний день в медицинских вузах России субординатура, как один из связующих этапов между додипломным и послевузовским образованием, отсутствует [4].

Преобразования в сфере последипломного образования в связи с реализацией Болонской декларации предусматривают создание к 2010 году гармонизированного общеевропейского пространства высшего образования. В ближайшие годы вузы России, сохраняя лучшие традиции отечественного образования, должны адаптировать свою систему подготовки кадров к европейской: развивать непрерывность образования, связь с наукой и повышать его качество. Таким образом, Россия войдет в единое европейское образовательное пространство и добьется признания отечественных дипломов в европейских странах. Одной из важнейших задач на этом пути является введение системы зачетных единиц (кредитов). В кредитах будет исчисляться объем всех видов учебной работы. Введение системы зачетных единиц позволит накапливать кредиты не только в вузах, но и в системе последипломного образования с последующим их зачетом (например, при повторной сертификации). Сегодняшним студентам необходимо давать в полном объеме информацию с учетом постоянных изменений в системе последипломного образования о тех возможностях, которые предоставляет современная система непрерывного медицинского образования, для того чтобы они смогли реализовать себя как высокопрофессиональные специалисты [1].

### **Материалы и методы**

Был проведен социологический опрос студентов пятого курса, обучающихся на лечебном, педиатрическом и стоматологическом факультетах ГБОУ ВПО Новосибирского государственного медицинского

университета. В социологическом опросе приняли участие 500 студентов в возрасте 20-27 лет –  $76,0 \pm 1,9\%$  женщин и  $24,0 \pm 1,9\%$  мужчин. При этом возраст опрошенных преимущественно 21-22 года составил –  $70,0 \pm 2,1\%$ . Семейное положение большинства опрошенных ( $83,0 \pm 1,7\%$ ) – холост (не замужем). Данные по месту жительства респондентов распределились следующим образом:  $56,0 \pm 2,2\%$  из них проживает в городе Новосибирске,  $12,0 \pm 1,5\%$  в Новосибирской области,  $31,0 \pm 2,1\%$  являются приезжими из других регионов Российской Федерации и  $1,0 \pm 0,4\%$  из других стран.

### **Результаты и обсуждение**

Почти половина ( $49 \pm 2,2\%$ ) респондентов, проживающих не в городе Новосибирске, планируют после окончания вуза вернуться на свое постоянное место жительства, не определились –  $26 \pm 2,0\%$  и  $25 \pm 2,0\%$  не планируют возвращаться. Из 500 респондентов только  $14 \pm 1,6\%$  имеют средне-профессиональное медицинское образование, остальные 86% поступили в вуз после окончания общеобразовательной школы.

По пятибалльной шкале была оценена удовлетворенность студентов качеством обучения в ВУЗе, при этом было выяснено, что наибольшую неудовлетворенность у студентов вызывает инфраструктура и материально-техническая база университета (средний балл составил 2,36 и 2,66 соответственно). Уровень теоретической подготовки по клиническим дисциплинам (средний балл 4,12) был оценен студентами выше, чем уровень практической подготовки (средний балл 3,25) и уровень подготовки по общему уходу за пациентами (средний балл 3,21). Теоретическая подготовка на общетеоретических кафедрах была оценена респондентами на 3,97 баллов в среднем. Респонденты высоко оценили работу преподавателей как на общетеоретических кафедрах (средний балл 4,17), так и на клинических кафедрах (средний балл 4,24).

Абсолютное большинство опрошенных –  $91 \pm 1,3\%$  – не жалеют о том, что выбрали обучение в медицинском университете.  $28 \pm 2,0\%$  студентов пятого

курса еще не определились с будущей специальностью. Было выяснено, что только половина респондентов имеют представление о субординатуре и о системе последипломного образования в целом  $55\pm 2,2\%$  и  $47\pm 2,2\%$  опрошенных соответственно), вследствие чего  $90\pm 1,3\%$  опрошенных изъявили желание получить дополнительные сведения о системе последипломного образования в процессе обучения. При этом  $80\pm 1,8\%$  респондентов считают необходимым введение субординатуры на шестом курсе,  $17\pm 1,7\%$  затруднились ответить на этот вопрос и лишь  $3\pm 0,7\%$  ответили, что такой необходимости нет.

Таким образом, при анализе результатов социологического исследования мы получили наглядную картину низкого уровня осведомленности студентов 5 курса о системе последипломного образования (45% опрошенных не имеют представления о субординатуре, 53% имеют недостаточное или неточное представление о системе последипломного образования). 90% респондентов нуждаются в получении дополнительной информации о системе и возможностях последипломного образования.

На наш взгляд, существует необходимость проведения дополнительной работы со студентами старших курсов в виде лекций, семинаров, круглых столов по вопросам перспектив их дальнейшей профессиональной деятельности с привлечением специалистов сектора последипломного образования вуза, представителей органов управления здравоохранением, лечебно-профилактических учреждений города и области.

Эти потребности в знаниях по вопросам непрерывного профессионального развития медицинских кадров необходимо учитывать при разработке и обновлении образовательных стандартов, учебных планов и программ подготовки медицинских кадров. Это позволит учесть самые современные требования к качеству подготовки специалистов на основе принципов непрерывного образования. Учебные программы по дисциплинам будут соответствовать современным достижениям науки и практики, поддерживать

преимущество с додипломным уровнем образования и предусматривать междисциплинарные связи.

Выпускники медицинских вузов должны иметь четкое представление о возможностях своего профессионального и личностного роста. Это является необходимым для поддержания престижа профессии врача. И на наш взгляд, важным компонентом системы медицинского образования в целом является введение в процесс обучения субординатуры – как одного из связующих звеньев между этапами подготовки медицинских кадров. 80% опрошенных в исследовании студентов высказали мнение о потребности во введении субординатуры как одного из видов специализации. Это будет являться для обучающихся своего рода «трамплином» для дальнейшего профессионального роста и развития, а также станет основанием для развития системы непрерывного медицинского образования, которая подразумевает постоянное обновление знаний, умений и навыков врача.

A.V. Kalinichenko, N.Y. Pakhomova, M.I. Prokopyeva, D.V. Chebykin

Novosibirsk state medical university

### **Литература**

1. Гретченко А.И., Гретченко А.А. Болонский процесс: интеграция России в европейское и мировое образовательное пространство. – М.: КНОРУС, 2009. – С. 138.
2. Калининская А.А., Дзугаев А.К., Чижикова Т.В. Кадровая политика в здравоохранении Российской Федерации // Здравоохранение Российской Федерации. – 2009. – №5. – С.11-14.
3. Пивень Д.В. О новых тенденциях в системе медицинского последипломного образования и необходимости их развития // Менеджер здравоохранения. – 2008. – №4. – С. 33-39.

4. Михайлова Ю.В., Сон И.М., Сохов С.Т. и др. Состояние и перспективы развития кадрового потенциала системы здравоохранения // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. – №1. – С.52-54

© ВЕРЕЩАГИНА Т.Д.

УДК 616.61-036.12.001.33

## **К ВОПРОСУ О КЛАССИФИКАЦИИ ВТОРИЧНЫХ НЕФРОПАТИЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК (ХБП)**

Т.Д. Верещагина

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов; кафедра внутренних болезней № 1, зав. – д.м.н., проф. С.Ю. Никулина.

***Резюме.** Представлены литературные данные о современной классификации заболеваний почек и частное мнение автора, как клинициста, на данную проблему.*

***Ключевые слова:** хроническая болезнь почек – ХБП, нефропатия – НП, гломерулонефрит – ГН, хроническая почечная недостаточность – ХПН, Международная классификация болезней – МКБ.*

Верещагина Татьяна Дмитриевна – к.м.н., доц. каф. Внутренних болезней № 1, КрасГМУ; e-mail: [tdv2110@yandex.ru](mailto:tdv2110@yandex.ru).

***Цель лекции:** вызвать к обсуждению терапевтов и нефрологов по внедрению в клиническую практику новой терминологии – хроническая болезнь почек (ХБП), создать мнение практикующих врачей об актуальности и удобстве данной классификации. Предложить варианты построения диагнозов основных нефропатий, не противоречащие международной классификации болезней (МКБ).*

В последние десятилетия во всех странах мира отмечается стремительный рост числа больных, нуждающихся в заместительной почечной терапии: гемодиализе и трансплантации почки [1,6,9] Одна из причин этого явления в увеличении распространенности заболеваний, приводящих к

развитию необратимых вторичных нефропатий, прежде всего, сахарного диабета и гипертонии [1,6]. В ряде стран диабетическая нефропатия занимает первое место в структуре диализной службы, достигая 35-45% [2]. Также стремительно увеличивается частота первично-почечных болезней – гломерулонефритов: первичных и вторичных на фоне системных заболеваний и васкулитов. Безусловно, влияют на распространенность и достижения в диагностике интерстициальных нефритов, тубулопатий, латентного пиелонефрита. Вместе с тем, в клинической практике все чаще встречаются пациенты с «беспричинным» снижением фильтрационной функции почек [3], которое трудно соотнести с какой-либо патологией почек. Все это привело к необходимости разработки единых подходов к диагностике и созданию новой классификации почечных болезней [3,6,9].

В 2002 году Национальный почечный фонд США (National Kidney Foundation) предложил ввести термин «хроническая болезнь почек» (ХБП), который может являться как самостоятельным диагнозом, так и обобщающим термином, уточняющим стадию известного почечного заболевания, в обоих случаях отражая тяжесть патологии по стадиям. Эти рекомендации объяснены в документе K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease (2002) [9]. Критерии выявления ХБП представлены в табл. 1.

*Таблица 1.*

***Критерии диагностики хронической болезни почек***

| Критерии                                                                                                                                                          | Признак патологии                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Поражение почек, длящееся 3 месяца и более, изменения в анализах характеризующееся структурными или функциональными нарушениями почек со снижением или изменения, | Изменения в анализах мочи или изменения, выявленные при визуализирующих исследованиях почек |

|                                                                                          |                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| без снижения СКФ                                                                         |                     |
| СКФ < 60 мл/мин в течение 3-х месяцев и более с или без других признаков патологии почек | Может отсутствовать |

*Примечание: СКФ – скорость клубочковой фильтрации.*

*В рекомендациях Национального почечного фонда США 2002 года предложено выделять 5 стадий ХБП [9] (табл. 2).*

*Таблица 2*

***Стадии хронической болезни почек в зависимости от скорости клубочковой фильтрации***

| Стадия | Определение                        | СКФ, мл/мин     |
|--------|------------------------------------|-----------------|
| I*     | Нормальный или высокий уровень СКФ | >90             |
| II*    | Легкое снижение уровня СКФ         | 60-89           |
| III    | Умеренное снижение уровня СКФ      | 30- 59          |
| IV     | Выраженное снижение уровня СКФ     | 15 – 29         |
| V      | почечная недостаточность           | < 15 или диализ |

Примечание: \* стадии I и II устанавливаются только при наличии других признаков патологии почек. СКФ – скорость клубочковой фильтрации [3].

На основании данной классификации Комитетом экспертов Всероссийского научного общества кардиологов и Научным обществом нефрологов России в 2008 году разработаны Российские рекомендации «Функциональное состояние почек и прогнозирование сердечно-сосудистого риска» [6], однако и в ней нет конкретных указаний по написанию диагноза, а пока нефрологами используются различные классификации интерстициальных болезней, гломерулонефритов, почечной недостаточности в совокупности с ХБП [5].

Сводной классификации вторичных нефропатий нет. Большинство из них нельзя позиционировать как самостоятельные заболевания, так как они являются осложнениями. Общим понятием «вторичные нефропатии» (НП) представлена группа вторичнообусловленных заболеваний почек, морфологически очень полиморфных, но, в конечном счете, приводящих к развитию нефросклероза – морфологической основе хронической почечной недостаточности (ХПН) [4,7,8]. В нефрологии термином «нефропатии» объединяют как иммунные, так и медленнопротекающие, вторичнообусловленные, неиммунные поражения почек. Это весьма сомнительное обобщение, ведь в кардиологии, например, под термином «кардиопатия» подразумевается вполне конкретная патология, неактивный процесс. То же можно сказать об артропатии (артроз), гепатопатии (гепатоз), энцефалопатии и др. Мне представляется, что в клинической практике разумно различать три основных варианта поражения почек:

- гломерулонефриты;
- тубулоинтерстициальные нефриты;
- собственно нефропатии или «болезни отложений», различных по своему составу, месторасположению в структурах почки, морфологии и механизму поражения [8].

Не следует распространять концепцию об иммунном генезе на все почечные заболевания. Безусловно, фактор иммунной агрессии является

ведущим при гломерулонефрите, но при пиелонефрите, большей части тубулоинтерстициальных нефритов, нефропатиях вряд ли можно допустить ведущую роль иммунных механизмов.

Клиническая практика показывает, что нефриты (ГН) характеризуются прежде всего синдромом иммунологической активности (диспротеинемия, гиперфибриногенемия, повышение серомукоида, сиаловых кислот, СРБ, ЦИК, фракций иммуноглобулинов, СОЭ, лейкоцитоз за счет лимфоцитоза, эозинофилия). В мочевого синдроме ключевой является гематурия, в клинике – субфебрилитет, болевой синдром, гипертензия, отеки.

Для нефропатий, так называемых «холодных», неактивных процессов все это несвойственно. В клинике – отсутствие субфебрилитета, болей, медленно прогрессирующая гипертензия, в мочевого синдроме гематурия умеренная, солирует протеинурия, которая и определяет активность, правильнее сказать – выраженность нефропатии. Течение нефропатии пролонгировано во времени, носит необратимый и прогрессирующий характер. Классическим примером вторичной нефропатии является диабетическая НП (при первом типе диабета – гломерулосклероз, при втором типе – нефроангиосклероз). В доклинической стадии – идет накопление структурных изменений в почке, выявить которые позволяет только пункционная биопсия. Первой клинической стадией является протеинурическая, в ряде случаев переходящая в стадию нефротического синдрома (НС), и как исход – стадия хронической почечной недостаточности (ХПН). В итоге, течение любой нефропатии можно представить следующей схемой:

1. Доклиническая стадия (период накопления количественных изменений).
2. Клиническая стадия (переход количества накопленных морфологических изменений в качество болезни):
  - А – протеинурическая стадия;
  - Б – стадия нефротического синдрома;
  - В – стадия ХПН.

Особый интерес в этом контексте представляет интерстициальный нефрит (ИН), число случаев которого резко участилось в последние годы в связи с широким применением анальгетиков, нестероидных противовоспалительных препаратов, нефротоксичных антибиотиков, действия радиации, в результате обменных нарушений. Долгое время интерстиций считался пассивной частью почки, однако в настоящее время исследованиями доказано его активное участие в специфических функциях нефрона с акцентом на почечные канальцы. Этиопатогенетически вопрос касается прямого повреждающего воздействия и иммуноассоциированных процессов. Клинически интерстициальный нефрит – также «пограничное» состояние между гломерулонефритом и пиелонефритом, то есть проявляется умеренно выраженной протеинурией, гематурией, лейкоцитурией, мягкой гипертензией, носящей явную «почечную» окраску, нарушением тубулярных функций.

Все вышеописанные состояния (ГН, ИН, НП) в ряде случаев могут привести к развитию нефротического синдрома (НС), который является следствием массивной протеинурии свыше 3,5 г/л. Именно нефропатии чаще всего являются причиной нефротического синдрома.

В практике врача-терапевта чаще всего встречаются [8] дисметаболические нефропатии (диабетическая, подагрическая, амилоидная), гипертензивная нефропатия, атеросклеротическая нефропатия (ишемическая болезнь почек), застойная нефропатия (при нарушениях кровообращения), лекарственные нефропатии (аналгетическая) и токсические нефропатии (в частности, алкогольная и героиновая нефропатии), реже – паранеопластическая нефропатия, изотопные (в т.ч. ятрогенные). Ниже представлены наиболее часто встречающиеся нефропатии:

- 1) диабетическая нефропатия (диабетический гломерулосклероз, диабетический нефроангиосклероз);
- 2) гипертензивная нефропатия (первично-сморщенная почка);
- 3) атеросклеротическая нефропатия (ишемическая болезнь почек (ИБП), стеноз почечной артерии (СПА);

- 4) застойная (сердечная) нефропатия (при остром инфаркте миокарда (ОИМ) и хронической сердечной недостаточности (ХСН);
- 5) амилоидная нефропатия (при туберкулезе, сифилисе, диффузных заболеваниях соединительной ткани (ДЗСТ), ХОБЛ, остеомиелите);
- 6) подагрическая нефропатия;
- 7) псориатическая нефропатия;
- 8) лекарственные нефропатия;
- 9) алкогольная нефропатия;
- 10) гепаторенальный синдром;
- 11) токсическая нефропатия (героиновая нефропатия, эндогенно-токсическая при сепсисе, экзогенно-токсическая при отравлениях солями тяжелых металлов и др.);
- 12) дисметаболические нефропатии;
- 13) нефропатия беременных;
- 14) паранеопластическая нефропатия;
- 15) нефропатии смешанного генеза.

В постановке диагноза ведущим остается синдромно-нозологический подход, предложенный клинической школой Е.М. Тареева [4], основой которого является:

- клиническая картина болезни с выделением синдромов;
- определение активности процесса;
- выявление степени нарушения почечных функций.

Итак, вторичные нефропатии не являются самостоятельным заболеванием, а представлены в диагнозе в качестве *осложнения* основного заболевания. Приведу далее примеры клинических диагнозов нефропатий:

- Сахарный диабет, 2 тип, средней тяжести, компенсированный.

Осл.: Диабетическая нефропатия по типу нефроангиосклероза, протеинурическая стадия. ХБП 3 стадии (СКФ – 42 мл/мин).

- Сахарный диабет, 1 тип, тяжелое течение, субкомпенсированный.

Осл.: Диабетическая нефропатия по типу гломерулосклероза, стадия нефротического синдрома (синдром Киммельстилля-Вильсона) ХБП 4 стадии (СКФ – 25 мл/мин).

- Подагра с поражением суставов, почек. Подагрическая нефропатия (хронический интерстициальный нефрит в ст. обострения). ХБП 2 стадии (СКФ – 60 мл/мин).

- Гипертоническая болезнь 3, риск 4.

Осл.: Гипертензивная нефропатия, ХБП 2 стадии (СКФ – 71 мл/мин.)

- ИБС. Постинфарктный кардиосклероз.

Фон.диагноз: Гипертоническая болезнь 3, риск 4.

Осл.: СН -2Бст., 3 ст. по NYHA Нефропатия смешанного генеза (атеросклеротическая, гипертоническая, застойная), ХБП 3 стадии (СКФ – 44 мл/мин).

- Бронхоэктатическая болезнь с частыми обострениями.

Осл.: Амилоидная нефропатия, нефротическая стадия. ХБП 4 стадии (СКФ – 23 мл/мин).

- Хроническая алкогольная болезнь.

Осл.: Дилатационная кардиопатия. ХСН 2Бст., 3 ст. по NYHA Алкогольная нефропатия, ХБП 3 стадии (СКФ -56 мл/мин).

Возникает правомерный вопрос: почему не выставить ХБП в начале почечного диагноза в качестве аббревиатуры по аналогии с ИБС, МКБ? Но на сегодняшний день четкого консенсуса в этом плане нет, и в каждой конкретной клинике вопрос решается на уровне отделений или даже индивидуально докторами [5].

Мне, как нефрологу, в ряде случаев при консультировании больных было бы удобнее выставить нефропатию и в качестве основного диагноза, после ХБП, но международная классификация болезней (МКБ-10) не предоставляет такой возможности.

В заключении хочется подчеркнуть, что противоречивые, далеко не очевидные проявления вторичных нефропатий, сложность их диагностики и

неизбежный субъективизм моего сообщения, возможно, вызовут споры и критику, однако я надеюсь, оно поможет врачам общей практики интерпретировать характер поражения почек при различных заболеваниях.

### **Classification of secondary nephropathies and chronic kidney disease (CKD).**

T.D. Vereschagina

**Abstract.** The literature review presents modern classification of renal diseases and author's opinion as clinician to this problem.

**Key words:** chronic kidney disease (CKD), nephropathy, glomerulonephritis, chronic renal failure, International classification of diseases (ICD).

### **Литература**

1. Батюшин М.М. Нефрология. Ключи к трудному диагнозу. – 2007. – 158 с.
2. Крис А.О.г Каллагхан Наглядная нефрология. – 2009. – С.16-23
3. Мухин Н.А. Снижение скорости клубочковой фильтрации – общепопуляционный маркер неблагоприятного прогноза // Терапевт. архив. – 2004. – № 6. – С. 5-8.
4. Нефрология: руководство для врачей / под ред. И.Е. Тареевой. – 2000. – С. 3-4.
5. Смирнов А.В., Добронравов В.А., Каюков И.Г. и др. Хроническая болезнь почек: дальнейшее развитие концепции и классификации // Нефрология. – 2007. – №11(4). – С. 7-17.
6. Функциональное состояние почек и прогнозирование сердечно-сосудистого риска // Российские рекомендации. – Москва, 2008. – С. 6-18.
7. Шилов Е.М., Фомин В.В. Швецов М.Ю. Хроническая болезнь почек // Терапевт. архив – 2007. – №6. – С. 70-74
8. Шулутко Б.И. Вторичные нефропатии. – 1987. – 80 с.
9. National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification // Am. J. Kidney Dis.

2002. – Vol. 39, №1. – P. 1-266.

10.

© СЕРОВА Е.В.

**ИТОГИ 75-Й СТУДЕНЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ,  
ПОСВЯЩЁННОЙ 80-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ  
АКАДЕМИКА Б.С. ГРАКОВА**

Е.В. Серова

Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого,  
ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов.

19 – 22 апреля 2011 года в Красноярском государственном медицинском университете им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого состоялась 75-я итоговая студенческая научно-практическая конференция с международным участием, посвящённая 80-летию со дня рождения академика Бориса Степановича Гракова.

Студенческое научное общество существует в Красноярском государственном медицинском университете с момента его основания.

Ежегодные итоговые конференции в полной мере охватывают множество проблем клинической и фундаментальной медицины, ставят перед студентами и их руководителями всё новые и новые цели и задачи, дают возможность в студенческие годы молодому исследователю представить результаты своей научной работы, проявить себя, а профессорам – по достоинству оценить потенциал будущих научных работников и специалистов практического здравоохранения.

В течение уже 5-ти лет конференции в Красноярском государственном медицинском университете посвящены памяти профессора Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого, но конференция в этом году знаменательна ещё и тем, что она посвящена 80-летию со дня рождения академика Бориса Степановича Гракова – член-корр. РАМН, доктора медицинских наук, профессора, хирурга, ученого, педагога, организатора здравоохранения (фото

1).



*Фото 1. Академик Борис Степанович Граков  
(14.11.1931 г. – 06.04.1994 г.).*

За последние годы в нашем университете наблюдается устойчивая тенденция прогрессивного развития студенческой науки. Количество студентов, занимающихся научно-исследовательской работой и принявших участие в 75-й итоговой студенческой научно-практической конференции, посвящённой 80-летию со дня рождения академика Б.С. Гракова, в 2011 году составило 1890.

В течение четырех лет Советом СНО издается сборник полноценных статей с УДК, с вложенной электронной версией сборника и программой конференции на диске, содержащем также фильм о нашем университете. В 2011 году в сборник материалов конференции вошли 485 статей студентов нашего университета и студентов медицинских вузов Абакана, Астрахани, Барнаула, Белгорода, Бишкека (Киргизия), Бухары (Узбекистан), Витебска (Белоруссия), Владивостока, Волгограда, Воронежа, Гродно (Белоруссия), Екатеринбурга, Запорожья (Украина), Иваново, Иркутска, Караганды (Казахстан), Кемерово, Кирова, Курска, Минска (Белоруссия), Москвы, Нальчика (Кабардино-

Балкария), Новосибирска, Ташкента (Узбекистан), Одессы (Украина), Омска, Оренбурга, Перми, Рязани, Самары, Санкт-Петербурга, Саранска, Саратова, Смоленска, Твери, Тирасполя (Молдавия), Томска, Тюмени, Улан-Удэ (Бурятия), Ульяновска, Ханты-Мансийска, Харькова (Украина), Читы, Челябинска, Юрги, Якутска, Ярославля.

Студентам – представителям вузов на торжественном пленарном заседании были вручены благодарственные письма на имя ректора «За высокий уровень подготовки научно-исследовательских работ студентов и поддержку развития студенческого научного общества».

Лауреаты именных конкурсов – им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, им. проф. И.И. Гительзона, им. проф. А.Н. Орлова, им. проф. П.Г. Подзолкова, им. проф. В.А. Опалевой-Стеганцевой были награждены медалями.

На конференции в этом году (19 апреля) состоялись заседания 40 секций по актуальным проблемам медицинской науки на клинических и теоретических базах КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, на которых было заслушано 556 докладов (фото 2,3).



*Фото 2. Секция*



*Фото 3. Секция*

*«Педиатрия».*

*«Актуальные вопросы хирургии №2».*

19 апреля состоялся конкурс лучших хирургических студенческих работ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого.

Лауреатом конкурса стала студентка 601 группы лечебного факультета Юрьева Маргарита Юрьевна (кафедра общей хирургии, кафедра патологической анатомии им. проф. П.Г. Подзолкова). Научные руководители: д.м.н., проф. Ю.С. Винник, к.м.н., асс. А.Р. Котиков, к.м.н., доц. О.В. Теплякова.

20 апреля состоялся конкурс лучших студенческих работ им. проф. И.И. Гительзона.

Лауреатами конкурса в клинической номинации стали Говорина Юлия Борисовна (330 ФФМО леч. ф-т). Чавырь Станислав Сергеевич (425 леч), Медведев Андрей Юрьевич (305 ФФМО леч. ф-т) и Сколпень Ольга Евгеньевна (305 ФФМО леч. ф-т) (кафедра общей хирургии, кафедра патологической физиологии им. проф. В.В. Иванова, кафедра патологической анатомии им. проф. П.Г. Подзолкова). Научные руководители: д.м.н., проф. Ю.С. Винник, д.м.н., доц. Е.Ю. Сергеева, к.м.н., асс. А.Р. Котиков.

Лауреатами конкурса в теоретической номинации стали Ермакова Илона Евгеньевна (503 леч. ф-т), Гимадеева Виктория Борисовна (505 пед. ф-т) и Галац Ксения Андреевна (410 леч. ф-т) (кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии, кафедра нейрохирургии и неврологии ИПО им. проф. Н.С. Дралюк). Научные руководители: д.м.н., проф. П.А. Самотесов, д.м.н., проф. М.Г. Дралюк, к.м.н. П.Г. Шнякин.

21 апреля состоялся конкурс лучших гуманитарных студенческих работ им. проф. А.Н. Орлова.

Лауреатом конкурса стал студент 417 группы лечебного факультета Носков Игорь Геннадьевич (кафедра хирургических болезней №2 с курсом сердечно-сосудистой хирургии им. проф. А.М. Дыхно). Научный руководитель: д.м.н., проф. Д.В. Черданцев.

6 апреля состоялся конкурс лучших студенческих работ в области гистологии, патоморфологии и общей патологии им. проф. П.Г. Подзолкова.

Лауреатами конкурса стали Ефремова Маргарита Александровна (309 ФФМО леч. ф-т) и Зеленюк Наталья Сергеевна (309 ФФМО леч. ф-т) (кафедра патологической анатомии им. проф. П.Г. Подзолкова). Научные руководители:

д.м.н., проф. Али-Риза А.Э., д.м.н., проф. А.К. Кириченко, к.м.н. В.А. Хоржевский.

13 апреля состоялся конкурс лучших терапевтических студенческих работ им. проф. В.А. Опалевой-Стеганцевой.

Лауреатами конкурса стали Втюрина Светлана Сергеевна (304 ФФМО леч), Китушкина Татьяна Андреевна (616 леч. ф-т), Плахотников Артем Вячеславович (613 леч. ф-т) и Рязанова Светлана Андреевна (613 леч. ф-т) (кафедра внутренних болезней №2 с курсом ПО). Научные руководители: д.м.н., проф. И.В. Демко, к.м.н. Е.А. Собко, асс. А.Ю. Крапошина.

22 апреля на торжественном пленарном заседании студент 305 группы факультета ФМО специальность «педиатрия» Лаврентьев Семен Николаевич представил доклад о жизни академика Бориса Степановича Гракова, были подведены итоги учебного года в области научно-исследовательской работы студентов.

На очередной ежегодной итоговой студенческой конференции студентами КрасГМУ представлены на традиционно высоком уровне результаты научно-исследовательской работы, составляющие огромный потенциал будущих специалистов.

**RESULTS OF 75<sup>TH</sup> STUDENT'S CONFERENCE DEDICATED TO  
ACADEMIC B.S. GRAKOV 80 YEAR ANNIVERSARY**

**ИТОГИ ВСЕРОССИЙСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «АКТУАЛЬНЫЕ  
ВОПРОСЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ» ФМБА РОССИИ**

А.И. Ломакин, Н.А. Шнайдер, А.В. Садыкова, П.В. Стручков

Клиническая больница № 51 ФМБА России, Железногорск, Красноярский край, гл. врач – А.И. Ломакин; Клиническая больница № 85 ФМБА России, Москва, гл. врач – д.м.н., проф. О.С. Цека; Институт повышения квалификации ФМБА России, Москва, ректор – д.м.н., проф. В.Д. Рева; Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов.

15-16 сентября 2011года на базе клинической больницы № 51 ФМБА России в г. Железногорске Красноярского края состоялась IV Научно-практическая конференция ФМБА России «Актуальные вопросы функциональной диагностики». Впервые конференция такого уровня проходила не в Москве, а в Сибирском Федеральном округе. В работе конференции приняли участие более 200 делегатов системы ФМБА России, представители академической и вузовской науки Российской Федерации, врачи функциональной диагностики, кардиологи, пульмонологи, неврологи, нейрохирургии и другие специалисты амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений Иркутской области, Читинской области, Томской области, Красноярского края, Москвы, Тюменской области, Алтайского края и др., а также гости из ближнего зарубежья. Организаторами конференции выступили: Федеральное медико-биологическое агентство России, ФГОУ ДПО «Институт повышения квалификации» ФМБА России, ФГУЗ «Клиническая больница №51» ФМБА России, ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения и социального развития

Российской Федерации.

В рамках работы конференции было сделано 35 докладов ведущими специалистами ФМБА России, КрасГМУ, клинической больницы №51 ФМБА России и коллегами из других лечебно-профилактических учреждений Российской Федерации по актуальным вопросам функциональной диагностики в кардиологии, пульмонологии, неврологии и нейрохирургии. В рамках работы конференции был проведен мастер-класс «Новые методы спирометрии». По материалам конференции подготовлен сборник тезисов докладов, опубликованный в научно-практическом журнале «Функциональная диагностика», который включен в список ВАК Министерства образования и науки РФ.

Работа конференции широко освещалась в средствах массовой информации, включая краевое и региональное телевидение и радиовещание, интернет-порталы ФМБА России ([www.fmbaros.ru](http://www.fmbaros.ru)), ФГУЗ «КБ №51 ФМБА России» ([www.kb51.ru](http://www.kb51.ru)), ГОУ ВПО «КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздравсоцразвития РФ» ([www.krasgmu.ru](http://www.krasgmu.ru)), Медицина Красноярского края ([www.krasmedic.ru](http://www.krasmedic.ru)), Сибирский медицинский портал ([www.sibmedport.ru](http://www.sibmedport.ru)).

На открытии конференции с приветственным словом выступили: глава ЗАТО города Железногорска – В.В. Медведев, главный врач клинической больницы №51 – А.И. Ломакин, зам. главного врача клинической больницы №51 по науке – профессор Н.А. Шнайдер, главный внештатный специалист по функциональной диагностике ФМБА России – профессор П.В. Стручков. Были зачитаны приветствия ректора Института повышения квалификации ФМБА России профессора В.Д. Ревы, ректора КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого – профессора И.П. Артюхова, президента Российской ассоциации специалистов функциональной диагностики – профессора Н.Ф. Берестень, главного редактора журнала «Функциональная диагностика» – Ю.Ф. Сахно.

IV Научно-практическая конференция ФМБА России «Актуальные вопросы функциональной диагностики» стала импульсом для дальнейшего развития функциональной диагностики в кардиологии, пульмонологии, неврологии и нейрохирургии, разработки и внедрения современных методов функциональной диагностики у детей и взрослых, внедрения новых организационных и диагностических технологий в практику работы врачей функциональной диагностики и организаторов здравоохранения системы ФМБА России.

По итогам конференции было принято следующее решение:

1. Учитывая быстрое развитие функциональной диагностики и постоянное обновление знаний в этой области, считать целесообразной практику ежегодного проведения конференций и семинаров по функциональной диагностике, в том числе с использованием средств дистанционной передачи информации.

2. С учетом положительного опыта проведения IV Всероссийской конференции ФМБА России на базе ФГУЗ клинической больницы №51 в г. Железногорске Красноярского края, поддержать инициативу по расширению географии проведения научно-практических мероприятий службы функциональной диагностики за Уралом и на Дальнем Востоке в рамках реализации целевых программ на уровне ФМБА России и с учётом региональных особенностей развития функциональной диагностики в лечебно-профилактических учреждениях на территориях, подведомственных ФМБА России.

3. Продолжить работу по совершенствованию службы функциональной диагностики ФМБА России, обеспечить модернизацию и дооснащение современным диагностическим оборудованием отделений и кабинетов функциональной диагностики лечебно-профилактических учреждений ФМБА России с учетом потребностей на местах, содействовать активному внедрению в повседневную практическую работу врачей функциональной

диагностики современных диагностических методик обследования взрослых и детей.

4. Активизировать совместную работу со средствами массовой информации и коммуникаций по широкой пропаганде современных методик функциональной диагностики среди детей и взрослых, в том числе, с использованием каналов Интернет.

5. Шире использовать формы дистанционного обучения специалистов, проводить выездные циклы обучения, в том числе, общего усовершенствования врачей и среднего медицинского персонала, в различных регионах Российской Федерации с привлечением квалифицированных кадров регионарных ЛПУ, регулярно проводить краткосрочные тематические семинары с трансляцией на другие регионы, анализировать проблемы развития службы на местах, содействовать своевременному их разрешению.

6. Поддерживать инициативу по организации на базе ФГУЗ КБ №51 ФМБА России учебного и методического центра для координации работ по внедрению методов функциональной диагностики заболеваний центральной, периферической и вегетативной нервной системы, разработке новых диагностических и педагогических технологий, внедрения автоматизированных систем управления, телемедицинских технологий.

7. Выйти с предложением к руководству ФГОУ ДПО «Институт повышения квалификации ФМБА России» о создании на базе ФГУЗ клиническая больница № 51 ФМБА России базы для проведения выездных циклов подготовки врачей и среднего медицинского персонала по функциональной диагностике, внедрения дистанционных форм обучения для специалистов Сибирского региона.

8. Продолжить внедрение принципов организации службы

функциональной диагностики в лечебно-профилактических учреждениях ФМБА России с учетом современных стандартов, нормативных требований и методических разработок.

9. Поддерживать инициативу создания единой информационной сети и банка данных компьютерной ЭКГ и компьютерной ЭЭГ за счет объединения баз данных разных ЛПУ системы ФМБА России с целью оперативного обмена информацией, консультирования, проведения научных исследований, повышения квалификации сотрудников.

10. Активнее внедрять в практику новые диагностические технологии мониторингирования состояния системы органов кровообращения, дыхания и нервной системы, методики раннего выявления заболеваний у работающих лиц, прогноза развития опасных для жизни нарушений состояния здоровья,

11. При аттестации врачей больше внимания обращать на вопросы ранней диагностики, прогноза течения наиболее социально значимых и профессионально обусловленных заболеваний у работников предприятий, обслуживаемых ФМБА России.

Резолюция была принята единогласно.

## **RESULTS OF THE RUSSIAN CONFERENCE “CURRENT PROBLEMS OF FUNCTIONAL DIAGNOSTICS” FMBA RUSSIA**

© ФУРЦЕВ В.И.

**ЕЖЕГОДНАЯ (ВОСЬМАЯ) ГОРОДСКАЯ АКЦИЯ  
«НЕДЕЛЯ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В ГОРОДЕ  
КРАСНОЯРСКЕ, 2011»**

В.И. Фурцев

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.  
Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов; кафедра  
поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней с курсом ПО,  
зав. – д.м.н., доц. М.Ю. Галактионова.

Фурцев Владимир Иванович – к.м.н., доц. каф. Поликлинической  
педиатрии и пропедевтики внутренних детских болезней с курсом ПО  
КрасГМУ; e-mail: [vladimir.furtzev@yandex.ru](mailto:vladimir.furtzev@yandex.ru).

По инициативе Красноярского городского центра грудного вскармливания, Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Главного управления здравоохранения администрации г. Красноярска, Института медицинских проблем Севера СО РАМН, центра медико-психологической и социальной помощи подросткам и молодёжи г. Красноярска ежегодно проводится городская акция «Неделя грудного вскармливания в Красноярске». Данная акция уже стала традиционной и привлекает к себе учёных и практиков из других городов Российской Федерации. Состоявшаяся акция «Неделя грудного вскармливания в Красноярске, 2011» проходила под названием «Говори со мной! Кормление грудью – опыт 3 D». Целью проведения настоящей и всех ранее организованных акций являлось поддержание практики грудного вскармливания медицинскими работниками и повышение

информированности население о доступности и безальтернативности грудного вскармливания.

Настоящая акция «Неделя грудного вскармливания в Красноярске «Говори со мной! Кормление грудью – опыт 3 D» была проведена с 24 по 30 октября 2011. Информация о проведении акции была размещена на сайтах Красноярского государственного медицинского университета, Красноярского городского центра грудного вскармливания и других медико-социальных сайтах.

Согласно плана мероприятий 24 октября 2011, состоялось посещение муниципальных учреждений здравоохранения удостоенных международного почётного звания «Больница, доброжелательная к ребёнку». В этот же день сотрудниками центра и главным врачом детской городской больницы № 1 А.А. Колодиной проведен пресс-релиз с представителями СМИ города Красноярска о предстоящих мероприятиях и их цели. С 25 по 27 октября 2011, в рамках ежегодной (восьмой) акции «Неделя грудного вскармливания 2011» в городе Красноярске, проведена межрегиональная научно - практическая конференция «Актуальные вопросы вскармливания и ухода за новорожденными детьми, детьми грудного и раннего возраста».

На конференции были заслушаны доклады, представленные учёными из Москвы (проф. А.Г. Грибакин, проф. Т.А. Филатова), Новосибирска (проф. Т.В. Белоусова), Томска (доц. Н.А. Барабаш) и других городов Российской Федерации.

Сотрудниками КрасГМУ и Центра грудного вскармливания 29 октября был организован и успешно проведён мастер - класс для медицинских работников родильных домов и детских поликлиник по организации и проведению занятий с беременными женщинами с целью формирования и поддержанию уверенности в успешном становлении грудного вскармливания. В работе данного мероприятия приняли участие специалисты учреждений здравоохранения города и края.

В последний день(30 октября) акции «Неделя грудного вскармливания в

Красноярске «Говори со мной! Кормление грудью – опыт 3 D» организаторами проведен флеш – моб «Сеанс одновременного кормления грудью» (рис. 1). В сеансе одновременного кормления грудью приняло участие 146 пар мать-ребёнок. Кроме того, на данном сеансе присутствовали отцы, а также старшее поколение этих семей. Предложенная WABA (Всемирный альянс поддержки грудного вскармливания) название недели грудного вскармливания «Говори со мной! Кормление грудью – опыт 3 D» нашла полное отражение в проводимом сеансе одновременного кормления грудью. Здесь действительно поддерживалось кормление грудью в трёх измерениях:

- 1 на сеансе присутствовали дети в возрасте от 1 до 24 мес., находящиеся на грудном вскармливании;

- 2 на данном сеансе присутствовали медицинские работники от участковой службы до заместителей руководителя главного управления здравоохранения администрации г. Красноярска, специалисты в области педиатрии и акушерства, медико-психологической и социальной помощи, молодежные и студенческие союзы

- 3 собравшиеся 146 пар мать-ребёнок, а также часть отцов и представителей старшего поколения могли пообщаться между собой, убедиться ещё раз в правильно принятом решении – о вскармливании своего ребёнка грудью матери, показать достойный пример для телезрителей города Красноярска. В современном мире информационной доступности практически для любого физического и юридического лица связи являются неотъемлемой частью в том числе защиты и поощрения грудного вскармливания.

Специалисты Красноярского центра грудного вскармливания выражают свою признательность и благодарность всем организациям, физическим лицам и СМИ, помогавшим в проведении мероприятий «Недели грудного

вскармливания в Красноярске, 2011.

**ANNUAL (EIGHTH) CITY ACTION “WEEK OF BREAST FEEDING IN  
KRASNOYARSK CITY, 2011”**



*Рис. 1. Флеш моб «Сеанс одновременного кормления грудью».*

УДК 61 (091)

**ГУЛЬМАН ЛЮБОВЬ АЛЕКСАНДРОВНА – ВРАЧ, ПЕДАГОГ,  
УЧЕНЫЙ**

**(к 80-летию со дня рождения)**

«... Учитель, перед именем твоим хотим мы преклонить колени»

**Любовь Александровна Гульман, доктор медицинских наук, заслуженный врач Российской Федерации, почетный профессор Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого. Заведовала кафедрой детских инфекционных болезней с 1970 по 2006 год.**

Любовь Александровна Гульман родилась 21 декабря 1931 года в городе Красноярске. В дружной, рабочей семье прошли ее детство и юность. После окончания средней школы в 1949 году она поступила в Красноярский государственный медицинский институт, именно здесь она постигала азы врачевания и строила планы на будущее. В 1955 году, после окончания института была направлена на станцию Аскиз Красноярской железной дороги, где прошла трудную школу практического врача-педиатра, совмещая работу в стационаре, на участке, детском саду и школе, курируя фельдшерско-акушерские пункты. Именно в далекой Хакасии, где не раз приходилось принимать ответственные решения и рисковать жизнью, она встретила свою судьбу – вышла замуж за молодого и талантливого хирурга, ныне доктора медицинских наук, профессора Маркса Израйлевича Гульмана.

После двух лет добросовестной работы, имея за плечами опыт практической работы, в 1957 году она поступила в клиническую

ординатуру на кафедру педиатрии Красноярского государственного медицинского института, которой руководила доцент Мария Григорьевна Перитокина. Этот период в Красноярском крае характеризовался высоким уровнем инфекционной заболеваемости и смертности среди детского населения. Обучаясь педиатрии, ей часто приходилось сталкиваться с детьми с инфекционными заболеваниями. Эти больные отличались особой тяжестью, требовали оказания экстренной помощи, что очень увлекало молодого клинического ординатора. Годы обучения в ординатуре (1957 – 1959) совпали с открытием педиатрического факультета в Красноярском государственном медицинском институте, появилась необходимость в новых кадрах. Поэтому после окончания клинической ординатуры в 1960 году приказом ректора Петра Георгиевича Подзолкова Любовь Александровна направляется в целевую очную аспирантуру на кафедру детских инфекционных болезней II Московского ордена В.И. Ленина государственного медицинского института имени Н.И. Пирогова. Ее учителями были известные в России инфекционисты – профессор Д.Д. Лебедев и академик Н.И. Нисевич, именно ими были раскрыты возможности Любви Александровны, как талантливого ученого. По окончании срока аспирантуры в 1963 году Любовь Александровна защитила кандидатскую диссертацию на тему «Клинико-иммунологическая характеристика колиинфекции у детей раннего возраста» и вернулась в родной институт ассистентом, а с 1967 года стала доцентом выделенного курса детских инфекций на кафедре факультетской педиатрии, руководимой И.Г. Шиленком. В 1970 году, на основании Приказа МЗ РСФСР № 1148 от 11.VI.70 г. и приказа КГМИ № 313 от 23.VII.70 г., создана кафедра детских инфекционных болезней, которой Любовь Александровна бессменно

руководила в течение 36 лет.

Заболеваемость детей кишечными инфекциями была и остается. Поэтому особое внимание вновь созданного коллектива кафедры было уделено исследованию клинико-биохимических характеристик токсикоза, определению их патогенетической значимости, разработке оптимальных вариантов лечения. Итогом исследований явилась защита Любовью Александровной в 1979 году докторской диссертации на тему: «Токсикозы при кишечных инфекциях у детей раннего возраста», основные положения и практические рекомендации которой до настоящего времени используются в практическом здравоохранении. В 1979 году решением президиума ВАК ей присвоена ученая степень доктора медицинских наук, а в 1980 году - ученое звание профессора.

Исключительный талант педагога и врача, мудрость наставника, щедро передающего свои знания и опыт молодым, высокий авторитет позволили профессору Л.А.Гульман воспитать крепкий, дружный и работоспособный коллектив. Все сотрудники кафедры являются учениками Любви Александровны, благодаря умелому и чуткому руководству своего учителя сегодня они являются известными специалистами в крае и за его пределами.

Л.А. Гульман – известный специалист в инфектологии и педиатрии. Круг ее научных интересов всегда определялся запросами здравоохранения, эпидемиологической обстановкой в регионе и был направлен на разработку ранней диагностики, выявление клинико-патогенетических особенностей, совершенствование специфической, этиопатогенетической терапии ряда бактериальных и вирусных инфекций. В результате проведенных научных исследований удалось улучшить раннюю диагностику, разработать и внедрить алгоритмы

оказания помощи на догоспитальном этапе и протоколы лечения в стационаре больных инфекционной патологией и самое главное – снизить показатель младенческой смертности от инфекций за 30 лет более чем в 10 раз.

Гульман Любовь Александровна – талантливый педагог и учитель, ее лекции студентам, врачам, преподавателям всегда были высокопрофессиональны актуальны. Она автор более 300 научных работ, опубликованных в центральной печати. Под ее редакцией издано 8 монотематических сборников, 80 учебных пособий и рекомендаций. В течение 35 лет Л.А. Гульман являлась научным руководителем инфекционных отделений лечебно-профилактических учреждений Красноярского края, именно ею создана школа детских инфекционистов Красноярского края, которая пользуется заслуженным признанием и авторитетом в России. Под руководством Любови Александровны выполнена 1 докторская и 15 кандидатских диссертаций, подготовлено 15 аспирантов и более 55 клинических ординаторов.

Свою научную работу Любовь Александровна всегда совмещала с практической деятельностью педиатра-инфекциониста. Более 20 лет она выполняла функции внештатного детского инфекциониста Краевого отдела здравоохранения, оказывая организационно-методическую и консультативную помощь врачам края. Именно ею была научно обоснована необходимость проведения целого ряда организационных мероприятий с целью совершенствования оказания помощи больным с инфекционной патологией в крае. Результатом явилось открытие реанимационного отделения в МУЗ ГК ДИБ №1 г. Красноярска, совершенствование службы РКЦ, выделение должности краевого борт-инфекциониста, а также разработка и внедрение в

работу лечебно-профилактических учреждений города и края учебных пособий и рекомендаций, алгоритмов по оказанию догоспитальной помощи, совершенствованию диагностики и лечения тяжелых вариантов инфекционных заболеваний.

Постоянная готовность к оказанию медицинской помощи нуждающимся, умение сохранять добрые отношения с сотрудниками и, особенно, с больными, способность отстаивать свое мнение, сохранять достоинство и ни при каких условиях без основания не обижать людей, скромность и самоотдача – свойственны Любови Александровне Гульман. Личное обаяние, тактичность, отзывчивость притягивают к ней людей и сегодня когда она уже на заслуженном отдыхе.

За многолетнюю педагогическую, научную, врачебную и общественную деятельность профессор Л.А. Гульман в 1980 году награждена ведомственным знаком «Отличник здравоохранения», в 1986 году – орденом «Дружбы народов», в 1995 году ей присвоено звание «Заслуженный врач Российской Федерации», в 2004 году вручена медаль Российской академии естественных наук «И.И. Мечников» за практический вклад в укрепление и здоровье нации.

Любовь Александровна Гульман – Почетный профессор Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого.

Высококвалифицированный специалист, известный ученый, педагог, мудрый учитель, профессор Л.А. Гульман пользуется заслуженным уважением и авторитетом среди сотрудников университета, врачей, студентов, больных.

Коллектив кафедры детских инфекционных болезней, все ученики, врачи клиники поздравляют профессора Любовь Александровну

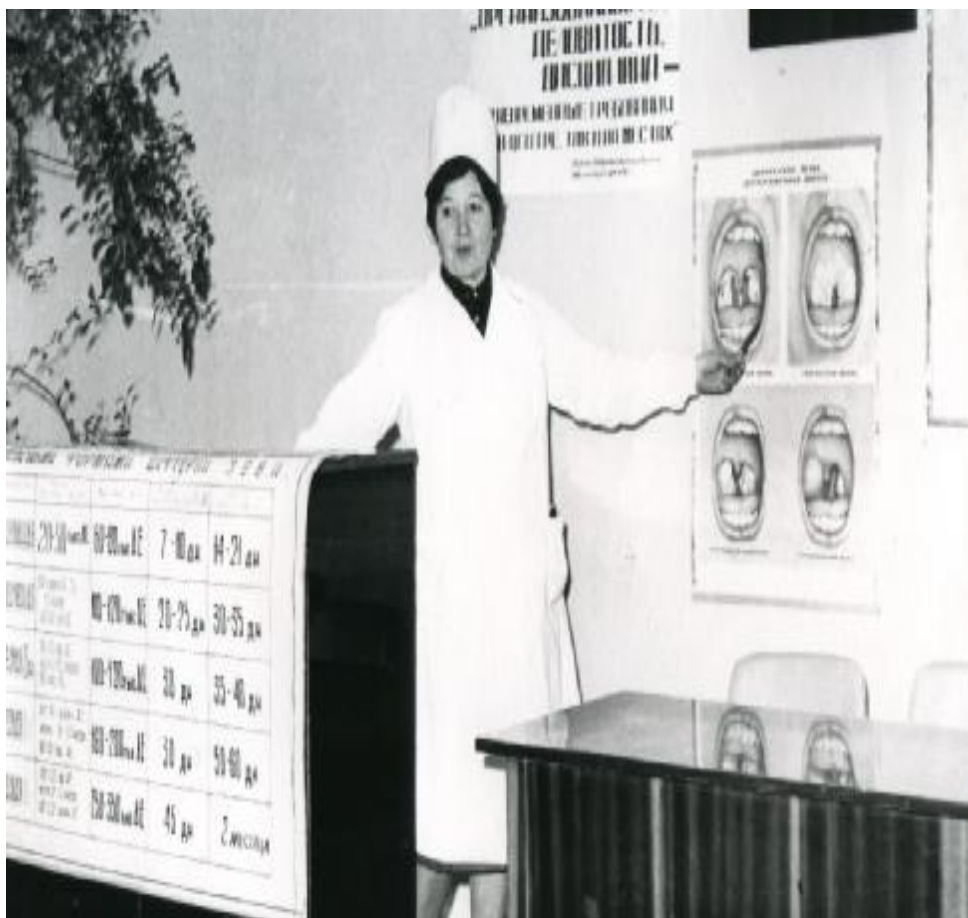
Гульман с юбилеем, желают крепкого здоровья и энергии на многие годы.

Редакционная коллегия журнала «Сибирское медицинское обозрение» присоединяется к этим поздравлениям.

**GULMAN LUBOV' ALEXANDROVNA – DOCTOR, LECTURE  
AND SCIENTISTS  
(80 YEARS ANNIVERSARY)**



*Профессор Л.А. Гульман*



*Лекцию читает Л.А. Гульман, 1978г.*



*Коллектив кафедры детских инфекционных болезней, 1970г.*

© ЗДЗИТОВЕЦКИЙ Д.Э., БЕЛОБОРОДОВ А.А., БОРИСОВ Р.Н.,  
ДАНИЛИНА Е.П., КЕМБЕЛЬ В.Р., ТОМНЮК Н.Д.

УДК 614.23:617.5 (092)

**ПАМЯТИ ЕВГЕНИЯ АФАНАСЬЕВИЧА СЕЛЕЗОВА  
(К 70-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)**

Д.Э. Здзитовецкий, А.А. Белобородов, Р.Н. Борисов, Е.П. Данилина,  
В.Р. Кембель, Н.Д. Томнюк

Красноярский государственный медицинский университет имени  
проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов;  
кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. Ю.М. Лубенского,  
зав. – к.м.н., доц. Д.Э. Здзитовецкий.

***Резюме.** Представлен жизненный и творческий путь доктора медицинских наук, профессора Евгения Афанасьевича Селезова. Описаны основные жизненные вехи в биографии этого уважаемого руководителя-новатора и блестящего специалиста в области хирургии. Раскрыты новые странички тернистого пути становления Е.А. Селезова на профессиональном поприще, и как хирурга, и как учёного.*

***Ключевые слова:** Евгений Афанасьевич Селезов.*

Здзитовецкий Дмитрий Эдуардович – к.м.н., доц., зав. каф. и клиникой хирургических болезней им. проф. Ю.М. Лубенского КрасГМУ; e-mail: [zdz64@mail.ru](mailto:zdz64@mail.ru).

Белобородов Алексей Александрович – к.м.н., доц. каф. и клиники хирургических болезней им. проф. Ю.М. Лубенского КрасГМУ; e-mail: [beloborodov-a5@mail.ru](mailto:beloborodov-a5@mail.ru).

Борисов Роман Николаевич – к.м.н., ассистент каф. и клиники хирургических болезней им. проф. Ю.М. Лубенского КрасГМУ; e-mail:

В январе 2012 года исполнилось бы 70 лет доктору медицинских наук, профессору Евгению Афанасьевичу Селезову. (фото 1).

Евгений Афанасьевич Селезов родился 6 января 1942 года в посёлке Боготол Красноярского края в семье служащих. В семье Е.А. Селезов был самым младшим ребёнком. Два его старших брата выбрали карьеру военных, а Евгений Афанасьевич, мечтавший с детства стать врачом, в 1959 году поехал поступать в Томский медицинский институт, один из старейших медицинских вузов страны, славившийся своей медицинской школой.

После 4 курса Е.А. Селезов был направлен в Боготольскую ЦРБ для прохождения врачебной практики. Там он познакомился с Ниной Александровной – своей будущей супругой. Нина Александровна заведовала отделением акушерства и гинекологии, и под её руководством молодой Селезов сделал свои первые самостоятельные операции. Эта, на первый взгляд, случайная встреча сыграла важную роль в дальнейшей судьбе Евгения Афанасьевича: между коллегами вспыхнули настоящие чувства.

После окончания в 1966 году Томского государственного медицинского института Е.А. Селезов по распределению переезжает в Парабельский район Томской области, где и начинает свою самостоятельную врачебную деятельность. Вскоре туда переезжает Нина Александровна, которая становится супругой Евгения Афанасьевича. Этот отрезок врачебной карьеры Е.А. Селезова был очень напряженный. Он много оперирует, работая не только хирургом, но и травматологом, нейрохирургом, урологом, гинекологом (фото 2). Несмотря на плотный график работы и дежурства по «неотложке», молодой хирург Е.А. Селезов постоянно учится, повышая свою квалификацию на различных сертификационных циклах в Томском медицинском институте. С 1968 по 1971 годы семья Селезовых живёт в г. Апатиты Мурманской области.

В 1974 году Е.А. Селезов переезжает в городе Красноярск и начинает работать хирургом, ортопедом-травматологом в городской больнице №1. С 1977

по 1981 годы Евгений Афанасьевич обучается в ординатуре и очной аспирантуре в клинике профессора Л.Л. Роднянского (фото 3). Профессор Л.Л. Роднянский был выдающимся учёным и блестящим врачом. Именно он своим личным примером повлиял на выбор дальнейшего врачебного пути Евгения Афанасьевича. В 1981 году Е.А. Селезов защитил в Казанском ГИДУВе кандидатскую диссертацию на тему «Рациональность реконструктивных операций на нестабильном и артрозно изменённом тазобедренном суставе в связи с особенностями внутрикостного кровообращения».

С 1982 по 1987 годы он работал старшим научным сотрудником НИСа КГМИ в группе член-корр. РАМН Б.С. Гракова по проблеме «Борьба с гнойной хирургической инфекцией». В 1987 году Е.А. Селезов успешно защитил докторскую диссертацию в военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в городе Ленинграде на тему «Профилактика и лечение раневой инфекции при открытых и огнестрельных переломах длинных трубчатых костей с использованием диффузионно-разделительных мембранных процессов».

В 1988 году вышла в свет монография Б.С. Гракова, Е.А. Селезова и А.Г. Швецкого «Полупроницаемые мембраны в лечении и профилактике хирургической инфекции», в которой был описан опыт клинического применения местного раневого трансмембранного диализа при лечении гнойной инфекции длинных трубчатых костей и синдрома длительного сдавления, а также для профилактики раневой инфекции при тяжёлых открытых и огнестрельных переломах длинных трубчатых костей.

Способ местного раневого трансмембранного диализа, предложенный Е.А. Селезовым, получил международное признание и послужил основой целого направления в хирургии. Его разработки легли в основу более 20 кандидатских и докторских диссертаций по хирургии, травматологии, гинекологии, урологии, офтальмологии, стоматологии, оториноларингологии [2, 3]. Последователями и учениками профессора Е.А. Селезова являются такие учёные и врачи как Н.В. Наумов, Ф.П. Капсаргин, О.И. Тирская, В.В. Козлов, О.В. Теплякова, А.Г. Сычёв, В.Ю. Афонькин, К.Г. Добрецов.

В мае 1991 года Евгений Афанасьевич Селезов был избран на должность профессора кафедры общей хирургии КрасГМИ. С 1994 по 2007 годы профессор Е.А. Селезов возглавлял кафедру хирургических болезней №1 КрасГМА и являлся научным руководителем хирургической клиники МУЗ ГKB № 6 им. Н.С. Карповича города Красноярска.

Основными научными направлениями в деятельности профессора Евгения Афанасьевича Селезова являлись разработка и научное обоснование новых методов хирургического лечения тяжёлых форм перитонита с использованием трансмембранного тканевого, раневого и полостного диализа, а также вопросы интенсивной терапии и прогнозирования исходов лечения в ургентной хирургии [1].

Специалист в области гнойно-септической хирургии, неотложной абдоминальной и торакальной хирургии, врач высшей категории, профессор Е.А. Селезов являлся автором более 80 печатных работ, опубликованных в России и за рубежом, автором 5 изобретений и 10 патентов, зарегистрированных во многих странах, 20 рационализаторских предложений. За выдающиеся заслуги в науке он был награждён нагрудным знаком «Изобретатель СССР». Под его руководством были защищены 3 кандидатские и одна докторская диссертации.

Евгений Афанасьевич был не только блестящим хирургом и выдающимся учёным, он был ещё и замечательным педагогом. Студенты всегда с теплотой отзывались о практических занятиях с Евгением Афанасьевичем, а залы, где он читал лекции по хирургии, всегда были полны. Большое внимание профессор Селезов уделял и студенческой науке. (Фото 4). Под его научным руководством начинали свой путь многие хирурги, работающие в клиниках Красноярского края.

Евгений Афанасьевич занимался организационно-методической работой, принимал активное участие в лечебной работе совместно с органами здравоохранения. Он являлся членом аттестационной комиссии ГУЗа Красноярского края по хирургии, членом Совета по защите докторских и

кандидатских= диссертаций при КрасГМА, членом правления Красноярского краевого научно-практического общества хирургов.

Евгений Афанасьевич был не только талантливым врачом, он был многогранной, творческой личностью. С юношеских лет Е.А. Селезов увлекался живописью. Более десятка картин, написанных им, хранятся в музее КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого. Евгений Афанасьевич занимался резьбой по дереву, и редким по жанру видом творчества – изготовлением ритуальных масок и икон. Об этом своём увлечении он говорил так: «...Африканские маски всегда занимали моё художественное воображение самым серьёзным образом. Каждая маска, её цветовая языческая раскраска несут в себе что-то, значащее тайную красоту. Я признаю их духовную силу божества и важную ритуальную роль в жизни многих африканских племён. В Древней Руси наряду с живописными иконами, пришедшими из Византии и прославляющими культ богородицы, определённое место занимали резные живописные иконы. Живописные резные иконы Древней Руси и маски Африки неразрывно связаны с истоковой внешней формой духовной жизни целых народов. Этот вид искусства не может оставить равнодушным художника. Работа с маской или резной иконой требует специальных знаний, сосредоточенного труда и достаточно глубокого погружения в тему. Резьбой и живописью занимаюсь только во время летнего отпуска на даче, в деревне, далеко от городского шума и суеты».

Коллеги Евгения Афанасьевича вспоминают его как человека необыкновенно спокойного, доброжелательного и контактного, знающего своё дело досконально. Он пользовался большим уважением и авторитетом в научном мире. Активно выступая на различных конференциях и симпозиумах, Евгений Афанасьевич настолько аргументировано высказывал свою позицию, что у оппонентов пропадало желание что-либо возражать. Ответственный, требовательный к себе и окружающим, профессор Е.А. Селезов много сделал для развития медицины и науки Красноярского края.

Евгения Афанасьевича всегда отличали сострадание и забота о больных.

Отдавая себя до конца медицине и науке, он порой забывал о себе, ставя заботу о пациентах на первое место. 21 сентября 2007 года, на 66-м году жизни, после тяжёлой и продолжительной болезни Евгений Афанасьевич ушёл из жизни.

Очень трудно всю жизнь работать в неотложной хирургии. Такое напряжение выдерживают не все, а те, кто находит в себе силы, полностью отдаваясь работе, спасая жизни других людей, – достойны высшей похвалы. Ученики и коллеги Евгения Афанасьевича с теплотой и любовью хранят в своём сердце воспоминания об этом добром, отзывчивом и замечательном человеке.

## **MEMORY OF EVGENY AFANAS'EVICH SELEZOV**

### **(70 YEARS ANNIVERSARY)**

D.E. Zdzitovetsky, A.A. Beloborodov, R.N. Borisov, E.P. Danilina,  
V.R. Kembel, N.D. Tomnyuk

### **Литература**

1. Граков С. В., Киселёв Б. Я. Хирургия в Красноярском крае // Актуальные вопросы хирургии и травматологии: матер. объединённой научной конференции хирургов и травматологов, посвящённой 50-летию Советской власти. – Красноярск, 1967. – С. 3-9.
2. Медицинская интеллигенция Сибири: прошлое и настоящее / Под ред. В. И. Прохоренкова, Л. А. Шевроноговой. – Красноярск: Изд-во КрасГМА, 2002. – 136 с.
3. Профессора Красноярской государственной медицинской академии 1942-2002 / Под. ред. В. И. Прохоренкова, С. В. Клеменкова, В. С. Домикановой. – Красноярск: Изд-во КрасГМА, 2002. – 160 с.