IL-1β при заболеваниях челюсти воспалительного генеза (хроническом периодонтите и остром периостите) однотипна.

Содержание IL-8 в этой группе на 3-5 сутки после операции по-прежнему высокое, достоверно не отличается от обнаруженного до операции и в 2,3 раза выше нормы. В дальнейшем содержание IL-8 постепенно снижается и к концу 2-ой недели не отличается от такового у доноров.

Таким образом, провоспалительные цитокины IL-1β и IL-8 вовлечены в развитие периодонтита и периостита. В низких концентрациях провоспалительные цитокины необходимы для формирования очага воспаления и последующего восстановления. Высокие концентрации IL-1β, IL-8 являются показателями хронизации процесса, что доказывают не только наши, но и другие исследования [3,7]. Длительно протекающий воспалительный процесс рассматривается как фактор, ингибирующий и/или нарушающий процессы регенерации [5]. Предполагается, что IL-1β представляет остеокластактивирующий фактор. Накапливаясь в очаге воспаления, провоспалительные медиаторы способствуют резорбции кости [4].

Определение провоспалительных цитокинов, отражающих остроту или хронизацию одонтогенных воспалительных заболеваний челюсти, может иметь значение для прогнозирования течения послеоперационного периода и составления долгосрочного прогноза развития воспалительных процессов одонтогенной природы.

Выводы:

1) У больных с воспалительными заболеваниями челюсти (периодонтит, периостит) повышено содержание IL-1β и IL-8 в ротовой жидкости до операции.

2) После оперативного вмешательства у больных хроническим периодонтитом концентрация IL-1β снижается с 3-5 суток, IL-8 остается повышенным в течение 2-х недель.

3) После операции у больных острым периоститом снижается концентрация обоих цитокинов: IL-1β с 3-5 суток, IL-8 к концу второй недели.

Список литературы

1. Гулюк А.Г., Желнин Е.В. Взаимосвязь маркеров остеогенеза и процессов посттравматической регенерации альвеолярной кости у крыс // Фундаментальные исследования. 2013. № 7. С. 534-539.

2. Гулюк А.Г., Желнин Е.В. Провоспалительные цитокины при травме альвеолярной кости у крыс в условиях введения дексаметазона // Експериментальна і клінічна медицина. 2013. № 1 (58). С. 22-26.

3. Звягинцева Т.В. Метаболитотропная терапия хронических ран / Т.В. Звягинцева, И.В. Халин. – Харьков: Вировець А.П. «Апостроф», 2011. – 180 с.

4. Остеопороз: эпидемиология, клиника, диагностика, профилактика и лечение: Монография [под ред. Н.А. Коржа, В.В. Поворознюка, Н.В. Дедух]. Харьков: Золотые страницы, 2002. – 648 с.

5. Шехтер А.Б. Воспаление и регенерация / А.Б. Шехтер, В.В. Серов. // Воспаление: [руководство для врачей] / [под ред. В.В. Серова, В.С. Паукова]. – М.: Медицина, 1995. – С. 200–218.

6. Экспериментальный остеопороз / В.В. Поворознюк, Н.В. Дедух, Н.В. Григорьева, И.В. Гопкалова. – Киев, 2012. – 97 с.

7. Wlaschek M., Scharffetter-Kocharek K. Oxidative stress in chronic venous leg ulcers // Wound Rep. Reg. 2005. Vol. 13. P. 452-461.

ОБ АКТУАЛЬНЫХ АСПЕКТАХ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРЕПОДАВАНИЯ НЕВРОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ

Осетров А.С.

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск, e-mail: oas-2010@yandex.ru

В учебном процессе теоретические и клинические дисциплины о мозге: нейроанатомия, нейробиохимия, нейрофизиология, нейрогенетика, нейрофармакология, психиатрия, нейропсихология, неврология, нейрохирургия объединяют интеграционным термином «нейронауки». При этом особая роль в социуме среди нейронаук принадлежит неврологии (в известной мере по той причине, что термин «психиатрия» невольно несет в общественном сознании психотравмирующее звучание). В последние три десятилетия неврология все уверенней занимает позиции базисной науки в медицине [2 и др.].

В соответствии с запросами общества на современном этапе, перед отечественной медициной поставлена задача повысить качество высшего медицинского образования в духе требований реформ в здравоохранении и реализации Национального проекта «Здоровье» [1, 4, 5].

Обладая большим опытом в клинической неврологии (в должности практического врача – с 1972 г.; ассистента кафедры неврологии, нейрохирурги и медицинской генетики Ижевского медицинского ВУЗА – с 1983 г.; заведующего кафедрой – с 1990 г. и по настоящее время), автор данных строк счел необходимым сфокусироваться на важнейших организационных моментах преподавания клинических дисциплин, и в частности неврологии в медицинских вузах, требующих незамедлительного разрешения.

Необходим взвешенный подход к проводимым реформам с тем, чтобы, с одной стороны, избегать скоропалительных и подчас недостаточно проработанных законов и постановлений, а с другой стороны, уметь проявлять мудрость и готовность использовать, при необходимости, рациональный опыт и эффективные наработки из предыдущих моделей отечественного здравоохранения и образования.

Подготовка врача-клинициста традиционно проводится на клинических базах кафедр с соблюдением важнейшего медицинского

образовательного постулата « учить студентов на больных», непосредственно у постели больного. Приходится, к сожалению, констатировать, что в настоящее время главным препятствием для достижения качественного преподавания клинических дисциплин в медицинских вузах, негативно сказывающимся на медицинском образовании в России в целом, является грубое нарушение трудовых взаимоотношений между клиническими кафедрами и клиническими больницами. На сегодняшний день разработка, утверждение и принятие положения о клинических базах вузовских кафедр является наиболее важным организационным звеном для всего педагогического медицинского процесса в целом.

Подавляющее большинство клинических кафедр медицинских вузов, как правило, располагается в стенах лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ). В духе традиций отечественной медицины совсем еще недавно существовали деловые конструктивные взаимоотношения между клиническими кафедрами и больницами – клиническими базами вузовских кафедр; они отвечали интересам обеих сторон и способствовали поступательному развитию системы здравоохранения отдельных регионов и страны в целом. Такой союз кафедр и ЛПУ обоснованно считался оптимальным, он неоднократно успешно проходил испытания на действенность и продуктивность. Сказанное, в полной мере, естественно относится и к неврологии. В большинстве случаев клинические кафедры возглавляли ведущие ученые регионов, формирующие научные школы и перспективные направления. Профессиональная деятельность вузовских кафедр во многом способствовала достижению заслуженной репутации больниц. Отражение в номенклатурном названии больниц клинической градации всегда считалось престижным и перспективным. Ассистенты, доценты, профессора выполняли в полной мере лечебную и консультативную работу, их врачебный авторитет был заслуженно высок. Больницы были заинтересованы в том, чтобы из их стен выходили научные труды, диссертации, чтобы работали вузовские кафедры, известные профессора. Преподаватели-клиницисты учили студентов и курсантов особенностям общения с больным человеком, мануальным и инструментальным навыкам обследования, искусству клинического мышления, специфике трудовой и военной экспертизы, то есть всему тому, в чем студенты и молодые врачи (интерны, ординаторы и аспиранты и др.) испытывают затруднения.

Увы, за последние полтора десятилетия прежние взаимоотношения между клиническими кафедрами и больницами грубейшим образом нарушились. Сегодня коллективы вузовских кафедр в клинических больницах находятся по существу в положении «бедных родственников», практически лишенных правовых норм и возможности влиять на производственный климат ЛПУ. Сложилась парадоксальная ситуация: администрация государственных больниц, прикрываясь рыночными лозунгами, почему-то решила считать коечный фонд и имущество больничной собственностью с негласным правом распоряжаться им по собственному усмотрению. При таком подходе кафедры для больниц становятся балластом. Разрушение прежнего механизма конструктивных производственных взаимоотношений между клиническими кафедрами и больницами – вот «корень» и основная причина многих других затруднений в преподавании клинических дисциплин в медицинских вузах. Это и стремление руководства больниц к ограничению или полному устранению сотрудников клинических кафедр от лечебной работы. Это и »успешно проводимая» главными врачами «реструктуризация» клинических отделений с сокращением коечного фонда, что наносит серьезный урон образовательному процессу, поскольку автоматически создает труднопреодолимые препятствия на пути студента-старшекурсника к больному. К сожалению, во многом популистский лозунг о приоритете прав пациента над приоритетом качества подготовки врача также негативно сказывается на качестве педагогического процесса ввиду сниженных возможностей обучения основным практическим манипуляционным, коммуникативным и деонтологическим приемам и навыкам**.** Решающую роль в обучении врача клиническим дисциплинам принадлежит практическим занятиям. Они должны проводиться «на больных», у постели больного. Одни лишь муляжи, фантомы и симуляционные технологии не в состоянии обучить всему многогранному искусству врачевания, ибо клиническую медицину можно преподавать только «на больных «Это непреложный факт. Только тогда может быть полноценным учебный процесс на клинической кафедре, иначе выпускник вуза – молодой врач может оказаться несостоятельным в практической работе. Необходима и правовая поддержка, чтобы студент имел доступ к курации больных. Отсутствие собственных университетских клиник у подавляющего числа медицинских вузов, естественно, также затрудняет педагогический процесс. К сожалению, вышестоящие организации-заказчики на подготовку кадров не проявляют никакого интереса к условиям, в которых эта подготовка осуществляется. В итоге, о недостаточной подготовке сегодняшних выпускников медицинских вузов говорят и государственные органы страны, и правительство, и организаторы здравоохранении, и рядовые практикующие врачи, и средства массовой информации, и все чаще сами «пострадавшие» пациенты и их родственники.

Какой же выход из сложившейся ситуации, в которую попала высшая медицинская школа

в нынешнюю эпоху? Высказываются разные мнения: 1) о необходимости построения собственных университетских клиник, в настоящее время их имеют лишь единичные вузы; или же 2) путем создания научно-образовательных кластеров на основе союза клинической кафедры медицинского вуза и академического учреждения [3 и др.]. При этом, в качестве кластера, как он сейчас понимается, потребуется создание нового «структурно-организационного преобразования», в который территориально и функционально будут включены учебные площади (комнаты для семинарских занятий, аудитории и др.), госпитальная часть на 1,5-2 тысячи мест с наличием разных профильных коек, лабораторное подразделение, способное проводить научные исследования по разным научным направлениям. Реорганизация преподавания и контроля по модульному принципу, с возможностью количественного учета, реализованная в так называемых кредитах, должна способствовать интеграции отечественной высшей медицинской школе в европейское образовательное пространство в рамках Болонского процесса, в который Россия вступила, подписав в 2003г. соответствующий документ.

Мы, в полной мере ратуя за создание университетских клиник или же научно-образовательных кластеров, и полагая, что реализация таких реформ в педагогическом процессе потребует весьма длительного времени, считаем, в настоящее время первоочередная задача в отношении преподавания клинических дисциплин – это срочная разработка и утверждение в законодательном порядке положения **о** клинических базах вузовских кафедр, принятие которого позволило бы восстановить единый в своих производственных задачах и интересах коллектив с уважительными конструктивными и деловыми взаимоотношениями между конструктивные взаимоотношения между сотрудниками клинических кафедр с руководством и врачами больниц. Мы полагаем, что сколько-нибудь серьезных препятствий для принятия такого исключительного важного для судеб высшей медицинской школы положения не существует или же они являются искусственно надуманными. В частности, постоянно муссируется тезис о том, что больницы сейчас озабочены выживанием, поскольку сами должны зарабатывать себе на жизнь в связи с одноканальным ОМСовским финансированием. При этом подчеркивается, что Департамент спрашивает, сколько больница заработала денег; приоритет отдаётся добыванию денег на больничных площадях, отсюда и постоянное стремление к повышению оборота больничной койки; главврач, активно занятый добыванием денег для больницы, не хочет «делиться».

Несостоятельность подобного тезиса отражает хотя бы то обстоятельство, что даже если касаться исключительно только одной хозяйственной («материальной») стороны в деятельности ЛПУ, то следует прямо сказать, что конструктивный равноправный производственный союз сотрудников клинических кафедр и больниц может явиться именно тем хозяйственным механизмом, – необходимым для успешного функционирования в рыночных экономических условиях. Только при таких условиях может возникнуть реальная возможность превращения больничной койки,- как простой материальной единицы, в принципиально иную «функциональную» койку с несравненно большей материальной отдачей; естественно, значительно увеличится число пациентов, желающих лечиться в таких больницах у высококвалифицированных клиницистов. Реальные возможности улучшения других аспектов в функционировании ЛПУ также подчас возможны только в случае союза клинических кафедр и больниц. В связи, может быть, стоит подумать об учреждении при больнице коллегиального органа, наподобие попечительского совета, состоящего из представителей муниципального здравоохранения, наиболее авторитетных врачей данной больницы, ведущих вузовских преподавателей-клиницистов, чтобы такой коллегиальный орган совместно с главный врачом мог бы реально участвовать в выработке стратегии функционирования и развития клинического ЛПУ и, при необходимости, мог бы служить преградой для принятия отдельных недостаточно рассчитанных решений со стороны главврачей; при этом, кроме того, создавались бы конструктивные условия, способствующие реальному повышению качества медицинского образовательного процесса. Возможно, в ряде случаев, руководителям муниципального здравоохранения следует более взвешенно подходить к кандидатам на должность главных врачей клинических ЛПУ.

В заключение, считаем своим долгом подчеркнуть, что игнорирование поставленных в нашей статье вопросов или же запоздалое их разрешение будет являться хроническим препятствием на пути к достижению современных требований к выпускнику медицинского вуза с тем, чтобы стать квалифицированным специалистом, не только понимающим свои узкопрофессиональные задачи, но и ориентированным в вопросах общественного здоровья, адаптированным к переменам, происходящих вокруг него.

Список литературы

1. Амиров А.В. Современные ориентиры медицинского образования в России // Высшее образование в России. – 2008. – № 3. – С.22-26.

2. Вейн А.М. Владимир Михайлович Бехтерев и клиническая неврология // Лечение нервных болезней. – 2003. – №2(10). – С.38-39.

3. Денисов И., Артамонов Р., Улумбеков Э. Качество и еще раз качество // Медицинская газета. – № 34 от 12 мая 2006.

4. Мельникова И.Ю., Романцев М.Г. Особенности медицинского образования и роль преподавателя вуза в образовательном процессе на современном этапе // Международныйжурналэкспериментальногообразования.2013. – № 11. – С. 47-52.

5. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». (принят Государственной Думой Российской Федерации 01.11.2011). – С. 14.

О НАУЧНОМ НАСЛЕДИИ ПРОФЕССОРА Г.М. ИОСИФОВА

Петренко В.М., Петренко Е.В.

Санкт-Петербург,
e-mail: deptanatomy@hotmail.com

В 2014 году исполняется 100 лет со дня выхода в свет самого известного научного труда основателя крупной школы лимфологов в России, учителя академика Д.А. Жданова, профессора Иосифова Гордея Максимовича – «Лимфатическая система человека с описанием аденоидов и органов движения лимфы» (Томск, 1914). В этой книге были впервые в России подробно описаны: 1) строение лимфатической системы, 2) ее развитие в филогенезе и онтогенезе позвоночных животных, 3) структурные основы лимфотока. Многие десятилетия данная монография Г.М.Иосифова служила настольной книгой для лимфологов СССР. В 1930 г. она вышла на немецком языке в Йене (Германия).

В 2014 году исполняется 110 лет со дня опубликования доклада Г.М. Иосифова «Начало грудного протока и его расширение» (Труды научного общества Харьковского медицинского института, 1904). В этом докладе профессор Г.М.Иосифов представил результаты первого систематического, статистически достоверного исследования анатомии грудного протока (Жданов Д.А., 1949). Г.М.Иосифов изучил строение и топографию начала грудного протока на 40 трупах взрослых людей и показал, что по мере повышения уровня формирования грудного протока от I-II поясничных до XII-XI грудных позвонков цистерна в его начальном отделе вытесняется цистерной и сплетением поясничных стволов. Классификация форм начала грудного протока, предложенная Г.М.Иосифовым, была принята всеми авторами анатомических руководств и монографий по лимфатической системе, начиная с P.Bartels в 1909 году и H.Rouviere в 1932 году (Жданов Д.А., 1949).

До сих пор не потеряло научного значения представление профессора Г.М.Иосифова (1930) о пассивном лимфатическом сердце: цистерна грудного протока находится позади и в связи с поясничными ножками диафрагмы; при дыхательных экскурсиях диафрагма попеременно расслабляется и сокращается, при этом то сдавливает цистерну, выталкивая из нее лимфу в грудной проток, то растягивает цистерну, что вызывает эффект эжекции – присасывания лимфы из поясничных стволов.

До настоящего времени не получила должной оценки диссертация, которую Г.М. Иосифов защитил в 1899 году на тему: «К вопросу о нервах glandulae thymus у человека». В ней он представил интересные данные о строении тимуса.

БЕЛАЯ ГРУДНАЯ ВЕНА

Петренко В.М.

Санкт-Петербург,
e-mail: deptanatomy@hotmail.com

550 лет назад, а именно в 1564 году Bartholomeus Eustachius первым обнаружил и подробно описал грудной проток у лошади в главе «De vena sine pari» сочинения «Opuscula anatomica», которое было опубликовано только в 1707 году. Не поняв истинного значения своего открытия, Барталамео Евстахий назвал грудной проток «vena alba thoracica» и описал его ход от места впадения в шейные вены в каудальном направлении, в грудную полость как вены, питающей туловище (Жданов Д.А., 1949). По другим сведениям, «Евстахий впервые показывает большое число брюшных лимфатических узлов, которые не сумел заметить Везалий. К сожалению в »Анатомических таблицах» нет рисунка грудного протока. В одном из своих сочинений “De vena sine pari” (1564), которое было опубликовано только в 1707 г., он, описывая главный лимфатический коллектор на сто лет раньше Ж.Пеке, указывал, что у лошади наблюдается сосуд, который, подобно белой вене, несет лимфу по направлению к сердцу и впадает во внутреннюю яремную вену» (Гончаров Н.И., 2005).

Позднее, в XVII веке целый ряд ученых описал грудной проток и цистерну в его начале у человека и животных, причем кому принадлежит первенство в открытии этих образований до сих пор не совсем ясно. Скорее всего J.Pequet (1651) нашел их у собаки, T. Bartolin (1652) – у человека, но считал, что на месте Пекетовой цистерны находятся три поясничные лимфатические железы (узла). В дальнейшем для облегчения выявления грудного протока стали применять разные методы его предварительной инъекции различными массами. До сих пор далеко не в каждом медицинском вузе России и Санкт-Петербурга, в частности, на кафедре анатомии человека могут представить музейный анатомический препарат грудного протока человека, взрослого в особенности.

Я отпрепарировал без предварительной инъекции и сфотографировал грудной проток и его корни у человека (2007) и у собаки (2008), изготовил их музейные препараты с фотографиями в аннотациях препаратов для анатомического музея кафедры анатомии человека СПбГМА имени И.И. Мечникова. В 2013 г. я отпрепарировал без предварительной инъекции и сфотографировал грудной проток и его корни у дегу