

Медицина и образование

ISSN: 2618-9089

№1 (13) 2023

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

Стр. 5 Оригинальные
статьи

Стр. 34 Обзоры, лекции,
рецензии

Стр. 49 Знаменательные
даты



ISSN 2618-9089



9 772618 908009

ISSN 2618-9089

МЕДИЦИНА И ОБРАЗОВАНИЕ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ
 Санкт-Петербургский медико-социальный институт

Главный редактор

С.Б. Мальцев

Заместитель главного редактора

А.В. Лапотников

Редакционная коллегия

Д.Н. Борисов (Санкт-Петербург, Россия)

С.А. Бойцов (Москва, Россия)

Р.М. Линчак (Москва, Россия)

С.В. Макаренко (Санкт-Петербург, Россия)

Е.В. Мельникова (Санкт-Петербург, Россия)

В.М. Моисеенко (Санкт-Петербург, Россия)

Ж.А. Ризаев (Самарканд, Узбекистан)

О.П. Савватеева (Санкт-Петербург, Россия)

В.Р. Шумилкин (Санкт-Петербург, Россия)

И.А. Щербович (Санкт-Петербург, Россия)

И.Д. Юшкова (Санкт-Петербург, Россия)

Редакционный совет

Александр Айзикович (Ашдод, Израиль)

Пол Бинен (Гронинген, Нидерланды)

Шэрон Бриннелл (Эдмонтон, Канада)

В.Н. Балин (Санкт-Петербург, Россия)

Стейн Де Батс (Гент, Бельгия)

И.А. Бехтерева (Санкт-Петербург, Россия)

А.Н. Бландов (Санкт-Петербург, Россия)

В.А. Бронников (Пермь, Россия)

А.Г. Быстров (Санкт-Петербург, Россия)

С.А. Варзин (Санкт-Петербург, Россия)

К.В. Воробьев (Санкт-Петербург, Россия)

Карен Джейкобс (Бостон, США)

М.Д. Дидур (Санкт-Петербург, Россия)

А.В. Дробленков (Санкт-Петербург, Россия)

И.Б. Зуева (Санкт-Петербург, Россия)

А.К. Иорданишвили (Санкт-Петербург, Россия)

Н.И. Ишекова (Архангельск, Россия)

Ида Калин (Линчёпинг, Швеция)

В.А. Лапотников (Санкт-Петербург, Россия)

В.А. Линде (Санкт-Петербург, Россия)

Ю.А. Лунева (Санкт-Петербург, Россия)

И.И. Макарова (Тверь, Россия)

Д.С. Медведев (Санкт-Петербург, Россия)

Б.И. Мирошников (Санкт-Петербург, Россия)

В.О. Полякова (Санкт-Петербург, Россия)

В.Б. Смычек (Минск, Беларусь)

Д.А. Старчик (Санкт-Петербург, Россия)

Н.В. Тегза (Санкт-Петербург, Россия)

Е.И. Ткаченко (Санкт-Петербург, Россия)

Сигне Томсоне (Рига, Латвия)

И.С. Фигурин (Санкт-Петербург, Россия)

Тойни Харра (Хельсинки, Финляндия)

Г.И. Чуваков (Великий Новгород, Россия)

К.В. Шелехова (Санкт-Петербург, Россия)

В.А. Шелухин (Санкт-Петербург, Россия)

Е.Ю. Юпатов (Казань, Россия)

К.А. Янкевич (Санкт-Петербург, Россия)

Свидетельство о государственной регистрации
 средства массовой информации ПИ №ФС77-72323 от
 14 февраля 2018 года выдано Федеральной службой по надзору
 в сфере связи, информационных технологий и массовых
 коммуникаций (Роскомнадзор)

Учредитель и издатель

Частное образовательное учреждение высшего образования
 «Санкт-Петербургский медико-социальный институт»
 (ЧОУВО «СПбМСИ»)

Private University Saint-Petersburg Medico-Social Institute (SPbMSI)

Индексируется: Science Index (РИНЦ) 8754/

№ 1 (13) 2023

MEDICINE AND EDUCATION

SCIENTIFIC AND PRACTICAL REVIEWED JOURNAL
 Saint-Petersburg Medico-Social Institute

Editor-in-Chief

S.B. Maltsev

Deputy Editor-in-Chief

A.V. Lapotnikov

Editorial Collegium

D.N. Borisov (St. Petersburg, Russia)

S.A. Boytsov (Moscow, Russia)

R.M. Linchak (Moscow, Russia)

S.V. Makarenko (St. Petersburg, Russia)

E.V. Melnikova (St. Petersburg, Russia)

V.M. Moiseenko (St. Petersburg, Russia)

J.A. Rizaev (Samarkand, Uzbekistan)

O.P. Savvateeva (St. Petersburg, Russia)

V.R. Shumilkin (St. Petersburg, Russia)

I.A. Shcherbovich (St. Petersburg, Russia)

I.D. Yushkova (St. Petersburg, Russia)

Editorial Board

Alexander Aizikovich (Ashdod, Israel)

Paul Beenen (Groningen, Netherlands)

Sharon Brintnell (Edmonton, Canada)

V.N. Balin (St. Petersburg, Russia)

Stijn De Baets (Gent, Belgium)

I.A. Bekhtereva (St. Petersburg, Russia)

A.N. Blandov (St. Petersburg, Russia)

V.A. Bronnikov (Perm, Russia)

A.G. Bystrov (St. Petersburg, Russia)

S.A. Varzin (St. Petersburg, Russia)

K.V. Vorobev (St. Petersburg, Russia)

Karen Jacobs (Boston, USA)

M. D. Didur (St. Petersburg, Russia)

A.V. Droblenkov (St. Petersburg, Russia)

I.B. Zueva (St. Petersburg, Russia)

A.K. Jordaniashvili (St. Petersburg, Russia)

N.I. Ishekova (Arkhangelsk, Russia)

Ida Kahlin (Linköping, Sweden)

V.A. Lapotnikov (St. Petersburg, Russia)

V.A. Linde (St. Petersburg, Russia)

Yu.A. Luneva (St. Petersburg, Russia)

I.I. Makarova (Tver, Russia)

D.S. Medvedev (St. Petersburg, Russia)

B.I. Miroshnikov (St. Petersburg, Russia)

V. O. Polyakova (St. Petersburg, Russia)

V.B. Smychek (Minsk, Belarus)

D.A. Starchik (St. Petersburg, Russia)

N.V. Tegza (St. Petersburg, Russia)

E.I. Tkachenko (St. Petersburg, Russia)

Signe Tomsone (Riga, Latvia)

I.S. Figurin (St. Petersburg, Russia)

Toini Harra (Helsinki, Finland)

G.I. Chuvakov (Veliky Novgorod, Russia)

K.V. Shelekhova (St. Petersburg, Russia)

V.A. Shelukhin (St. Petersburg, Russia)

E.Y. Yupatov (Kazan, Russia)

K.A. Iankevich (St. Petersburg, Russia)

Адрес: 195271, г. Санкт-Петербург, Кондратьевский проспект
 д. 72, лит. А

Почтовый адрес редакции: 195271, Санкт-Петербург, а/я 30.

Телефон редакции: +7 (812) 448-39-63;

E-mail: jurnal@medinstitut.org Сайт: www.medinstitut.org

Подписано в печать 10.07.2023. Выходит 4 раза в год.

Тираж 1000 экз.

Перепечатка и любое воспроизведение в печатном или
 электронном виде материалов и иллюстраций из журнала
 «Медицина и образование» допускается только с письменного
 разрешения учредителя и издателя.

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

Оригинальные статьи

А.К. Иорданишвили
ОДОНТОГЕННЫЕ ГНОЙНО-
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У
ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА: ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ
ТЕЧЕНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТИ
КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ 5

*З.Б. Курбаниязов, Э.А. Ризаев, С.Э. Мамаражабов,
З.Н. Нурмурзаев, Ф.Ж. Олимжонова*
ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ
ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ
ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА 10

*Р.Э. Калинин, Е.Х. Баринов, А.Е. Баринов,
А.К. Иорданишвили*
ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАНИЙ
ПОТЕРПЕВШИХ, МЕДИЦИНСКИХ
РАБОТНИКОВ И ДРУГИХ ЛИЦ ИЗ
МАТЕРИАЛОВ УГОЛОВНЫХ И ГРАЖДАНСКИХ
ДЕЛ В СВЯЗИ С НЕНАДЛЕЖАЩИМ
ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 18

А.Н. Соловьёв, А.В. Козлов, А.А. Ефремов
СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ КОРРУПЦИИ
В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ
ПУТЁМ ФОРМИРОВАНИЯ НЕТЕРПИМОГО
ОТНОШЕНИЯ К КОРРУПЦИОННОМУ
ПОВЕДЕНИЮ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ
СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ 25

*Н.М. Муста Оглы, Г.Г. Халирбагинова,
А.Н. Бландов, М.А. Гейда, К.П. Чуглова*
КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ
ЛИПОЛИТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ
ПРЕПАРАТА «МЕЗИМ» 30

Обзоры, лекции, рецензии

В.С. Солдатов
ХИРУРГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ УСТРАНЕНИЯ
РЕЦЕССИЙ ДЕСНЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) 34

Хроника событий.
Конгрессы, конференции, семинары

НАШИ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ
МЕРОПРИЯТИЯ 40

А.К. Иорданишвили
ВИДНЫЙ ДЕЯТЕЛЬ ОТЕЧЕСТВЕННОГО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 44

Знаменательные даты

ШЕМЕРОВСКИЙ КОНСТАНТИН
АЛЕКСАНДРОВИЧ 49

Original articles

A.K. Iordanishvili
ODONTOGENIC PURULENT-INFLAMMATORY
DISEASES IN ADULTS: ASSESSMENT OF
SEVERITY OF COURSE AND EFFECTIVENESS
OF COMPLEX TREATMENT 5

*Z.B. Kurbaniyazov, E.A. Rizaev, S.E. Mamarazhabov,
Z.N. Nurmurzaev, F.J. Olimzhonova*
SURGICAL TACTICS OPTIMIZATION OF
COMPLICATED BILIARY STONE DISEASE
TREATMENT IN ELDERLY AND OLDER
PATIENTS 10

*R.E. Kalinin, E.H. Barinov, A.E. Barinov,
A.K. Iordanishvili*
INVESTIGATION OF TESTIMONIES OF VICTIMS,
MEDICAL PROFESSIONALS AND OTHER
PERSONS FROM MATERIALS OF CRIMINAL
AND CIVIL CASES IN CONNECTION WITH
IMPROPER MEDICAL CARE 18

A.N. Soloviev, A.V. Kozlov, A.A. Efremov
REDUCING THE LEVEL OF CORRUPTION
IN MEDICAL INSTITUTIONS BY CREATING
AN INTOLERANT ATTITUDE TOWARDS
THE CORRUPT BEHAVIOR OF MEDICAL
STUDENTS 25

*N.M. Musta Ogly, G.G. Halirbaginova,
A.N. Blandov, M.A. Geyda, K.P. Chuglova*
QUANTITATIVE DETERMINATION
OF THE LIPOLYTIC ACTIVITY
OF MEZIM DRUG'S 30

Reviews and lectures

V.S. Soldatov
SURGICAL ASPECT OF RECEDING GUMS
ELIMINATION (LITERATURE REVIEW) 34

Chronicle of events.
Congresses, conferences, seminars

OUR SCIENTIFIC AND PRACTICAL
EVENTS 40

A.K. Iordanishvili
PROMINENT WORKER OF NATIONAL
HEALTH CARE 44

Significant dates

SHEMEROVSKY KONSTANTIN
ALEKSANDROVICH 49

УДК 617.52+616.71

ОДОНТОГЕННЫЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА: ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ**А.К. Иорданишвили^{1,2}**

¹ ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России, Санкт-Петербург, Россия

² ЧОУВО «СПБМСИ», Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Одонтогенные гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области, несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении данной патологии в современной медицине, не потеряли своей научно-практической значимости и остаются одной из ведущих проблем челюстно-лицевой хирургии и стоматологии. Цель работы – разработать методику оценки тяжести течения одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и эффективности их комплексного лечения у взрослого человека. позволило выделить основные симптомы, которые легли в основу разработанной методики по оценке тяжести течения одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и эффективности его лечения проведен анализ клинической картины 50 (36 мужчин и 14 женщин) пациентов в возрасте от 25 до 73 лет, страдающих различными нозологическими формами указанных заболеваний, а также проведена апробация предложенной методики в практике челюстно-лицевого стационара. Суть методики состояла в том, что врач оценивает состояние взрослого пациента с учетом клинической картины имеющейся у него гнойно-воспалительной патологии челюстно-лицевой области и ранжирует в баллах ряд клинико-лабораторных показателей, а именно: нозологическую форму патологии, оценку состояния пациента на основании осмотра, показатель температуры тела пациента, выраженность лейкоцитоза

ODONTOGENIC PURULENT-INFLAMMATORY DISEASES IN ADULTS: ASSESSMENT OF SEVERITY OF COURSE AND EFFECTIVENESS OF COMPLEX TREATMENT**A.K. Jordanishvili^{1,2}**

¹ Military Medical Academy n.a. S.M. Kirov Ministry of Defense of Russia, St. Petersburg, Russia

² Saint-Petersburg Medico-Social Institute, St. Petersburg, Russia

Abstract

Odontogenic purulent-inflammatory diseases of maxillofacial region, despite the achieved successes in diagnostics and treatment of this pathology in modern medicine, have not lost their scientific and practical significance and remain one of the leading problems of maxillofacial surgery and dentistry. The aim of the work is to develop a technique to assess the severity of the course of odontogenic purulent-inflammatory diseases of the maxillofacial region and the effectiveness of their complex treatment in an adult. The clinical picture of 50 (36 men and 14 women) patients aged 25 to 73 years, suffering from various nosological forms of the indication was analyzed. The essence of the method consisted in the fact that the doctor evaluates the condition of an adult patient taking into account the clinical picture of the existing purulent-inflammatory pathology of the maxillofacial region and ranks in points a number of clinical and laboratory indicators, namely: the nosological form of the pathology, the assessment of the patient's condition on the basis of the examination, the patient's body temperature, the severity of leukocytosis and COE, which, after a simple calculation, allows to objectify the severity of the course of purulent-inflammatory process of the maxillofacial region, as well as the severity of the purulent-inflammatory process of the maxillofacial region. Clinical approbation of the proposed method showed that it is easy to use, does not take much time and can be used in clinical dental practice and scientific research.

и показателя СОЭ, что, после несложного расчета, позволяет объективизировать тяжесть течения гнойно-воспалительного процесса челюстно-лицевой области, а также в динамике в цифровом выражении оценивать эффективность проводимых лечебно-профилактических мероприятий. Клиническая апробация предложенной методики показала, что она проста в использовании, не занимает много времени и может применяться в клинической стоматологической практике и научных исследованиях.

Ключевые слова: взрослый человек, одонтогенные гнойно-воспалительные заболевания, неодонтогенные гнойно-воспалительные заболевания, тяжесть течения заболевания, эффективность лечения, периостит, остеомиелит, абсцесс, флегмона, эффективность комплексной терапии.

Для цитирования: Иорданишвили А.К. Одонтогенные гнойно-воспалительные заболевания у взрослого человека: оценка тяжести течения и эффективности комплексного лечения // Медицина и образование. 2023. №1(13). С. 5–9.

Keywords: adult person, odontogenic purulent-inflammatory diseases, neodontogenic purulent-inflammatory diseases, severity of disease course, effectiveness of treatment, periostitis, osteomyelitis, abscess, phlegmon, effectiveness of complex therapy.

For Citation: Iordanishvili A.K. Odontogenic purulent-inflammatory diseases in adults: assessment of the severity of the course and effectiveness of complex treatment // Medicine and Education. 2023. №1(13). P. 5–9.

Введение

Одонтогенные гнойно-воспалительные заболевания (ОГВЗ) челюстно-лицевой области (ЧЛО), несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении данной патологии в современной медицине, не потеряли своей научно-практической значимости и остаются одной из ведущих проблем челюстно-лицевой хирургии и стоматологии. Это обусловлено возрастанием количества пациентов с ОГВЗ ЧЛО, число которых в челюстно-лицевых отделениях многопрофильных стационарах достигает около 50%, изменением клинического течения патологического процесса, увеличением тяжелых форм и распространенности на смежные клетчаточные пространства, а также частой встречаемостью угрожающих жизни осложнений, таких как контактный медиастинит, сепсис, тромбоз кавернозного синуса и др. [1–3]. Возможны тяжелые последствия ОГВЗ ЧЛО, которые могут приводить в тяжелых случаях к потере зрения и даже летальным исходам [4–6].

В связи с этим проблема комплексного лечения ОГВЗ ЧЛО часто выходит за рамки компетенции челюстно-лицевого хирурга или хирурга-стоматолога и приобретает значение для общих и торакальных хирургов, офтальмологов, оториноларингологов и нейрохирургов [7, 8]. Возрастание числа случаев ОГВЗЧЛО обусловлено также значительным снижением качества жизни населения, материально-бытовых условий, ухудшением питания, отсутствием санации полости рта, снижением уровня и качества личной гигиены, которые способствуют понижению общей резистентности и неспецифического иммунитета и нарастанию уровня стоматологической заболеваемости и случаев хронической одонтогенной инфекции [10–11]. Поэтому улучшение оценки тяжести течения ОГВЗ ЧЛО, а также оценки эффективности комплексной терапии, является актуальной задачей не только челюстно-лицевой хирургии и стоматологии, но и современной мировой медицины.

Цель работы – разработать методику оценки тяжести течения ОГВЗ ЧЛО и

эффективности их комплексного лечения у взрослого человека.

Материал и методы. Работа состояла из 2 этапов. На 1 этапе, для создания методики оценки тяжести течения ОГВЗ ЧЛЮ у взрослого человека был проведен анализ клинической картины 50 (36 мужчин и 14 женщин) пациентов в возрасте от 25 до 73 лет, страдающих различными нозологическими формами ОГВЗ ЧЛЮ, что позволило выделить основные симптомы, которые легли в основу разработанной методики по оценке тяжести течения ОГВЗ ЧЛЮ и эффективности его лечения. На 2 этапа клинической работы проведена апробация предложенной методики в практике челюстно-лицевого стационара.

Исследование полностью соответствовало этическим стандартам Комитета по экспериментам на человеке Хельсинкской декларации 1975 г. и ее пересмотренного варианта 2000 г.

Полученный в результате исследования цифровой материал обработан на персональном компьютере с использованием специализированного пакета для статистического анализа – «Statistica for Windows v. 6.0».

Результаты исследования и их обсуждение.

Для оценки тяжести течения ОГВЗ ЧЛЮ у взрослого человека и эффективности проводимого комплексного лечения был разработан следующий полуколичественный способ. Суть методики состоит в том, что врач оценивает состояние взрослого пациента с учетом клинической картины ОГВЗ ЧЛЮ и следующих признаков в баллах: 1) нозологическая форма ОГВЗ ЧЛЮ: 1) оценка состояния пациента, страдающего ОГВЗ ЧЛЮ: удовлетворительное – 0; средней тяжести – 1; тяжелая степень тяжести течения ОГВЗ ЧЛЮ на основании осмотра – 5; пациент здоров – 0; выявляется периостит или остеомиелит челюсти – 1; диагностируются окологлазничные абсцессы или флегмоны – 5; 3) температура тела пациента: 36,0-36,9°C – 0; 37-38,5°C – 1; ниже 36,0°C или выше 38,5°C – 5; 4) характеристика интоксикации по клинической картине крови пациента: отсутствие интоксикации – 0; наличие умеренно выраженной интоксикации

(отмечается лейкоцитоз до $15 \times 10^9/\text{л}$) – 1; наличие выраженной интоксикации (лейкоцитоз выше $15 \times 10^9/\text{л}$) – 5; 5) характеристика СОЭ: до 10 мм/ч – 0; от 10 – 30 мм/ч – 1; более 30 мм/ч – 5.

Не зависимо от возраста человека, после регистрации исходного клинического состояния пациента, страдающего ОГВЗ ЧЛЮ, согласно предложенной методики, необходимо осуществить подсчет баллов в сумме и оценить тяжесть течения патологии исходя из полученной суммы баллов: от 0 – пациент практически здоров; 1-4 балла – легкая степень тяжести ОГВЗ ЧЛЮ; 5-9 баллов – средняя степень тяжести течения ОГВЗ ЧЛЮ; 10-25 баллов – тяжелая степень тяжести течения ОГВЗ ЧЛЮ.

Для определения эффективности проведенной комплексной терапии при ОГВЗ ЧЛЮ, не зависимо от возраста взрослого пациента, необходимо произвести расчет с использованием следующей формулы: Эффективность комплексного лечения ОГВЗ ЧЛЮ (%) = $100 \times (A - B)$: А, где А – сумма баллов при клинической оценке состояния пациента до начала комплексных лечебно-профилактических мероприятий; В – сумма баллов при клинической оценке состояния пациента на этапе или по завершению комплексной терапии или мероприятий стоматологической реабилитации.

На втором этапе клинического исследования проведена апробация предложенной методики в практике челюстно-лицевого стационара на пациентах, страдающих различными нозологическими формами ОГВЗ ЧЛЮ. Апробация предложенного способа полуколичественной оценки тяжести течения ОГВЗ ЧЛЮ оказалась простой и эффективной. Использование предложенной методики по оценке эффективности проводимого комплексного лечения ОГВЗ ЧЛЮ позволило в цифровом выражении учитывать положительный эффект от выполняемого лечения или выполненных лечебно-профилактических мероприятиях и/или стоматологической реабилитации.

Приведем клиническое наблюдение. Пациент М., 46 лет, поступил в челюстно-лицевое отделение многопрофильного стационара по поводу острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти от 3.6 зуба, осложненного флегмоной

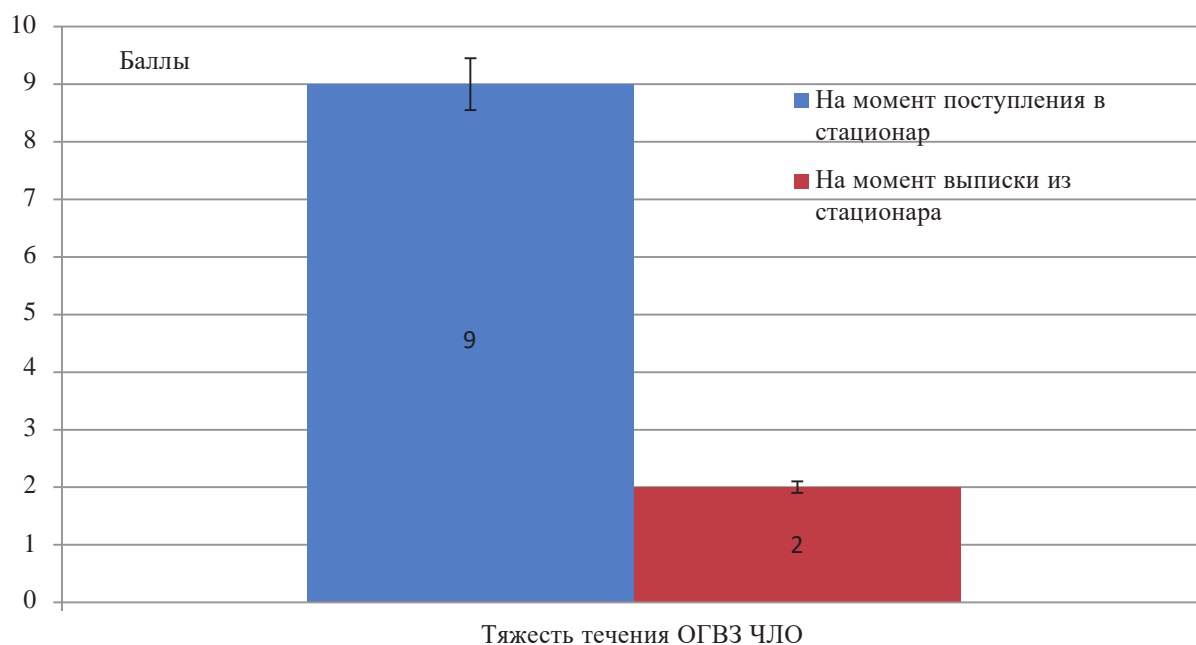


Рис. 1. Тяжесть течения ОГВЗ ЧЛО у пациента М., 46 лет, страдающего острым одонтогенным остеомиелитом нижней челюсти от 3.6 зуба осложненным флегмоной поднижнечелюстного пространства на момент поступления в стационар и на момент выписки из стационара, (усл. ед.).

поднижнечелюстного пространства слева. При поступлении в стационар, тяжесть течения у пациента ОГВЗ ЧЛО с учетом клинической картины заболевания, состояния пациента и клинического анализа крови, по предложенной методике, можно было характеризовать как средней тяжести, так как цифровое значение предложенного индекса у этого пациента на момент поступления составила 9 усл. ед. (рис. 1).

Спустя 8 дней от момента поступления в стационар и начала комплексного лечения ОГВЗ ЧЛО у пациента М., 46 лет, наступило значительное улучшение. Пациенту был удален «причинный» 3.6 зуб, вскрыта и дренирована флегмона левого поднижнечелюстного пространства, а также назначена медикаментозная терапия (противомикробные, противовоспалительные, антигистаминные, общеукрепляющие препараты), что привело к снижению тяжести течения ОГВЗ ЧЛО до легкой степени, так как цифровое выражение клинической картины ОГВЗ ЧЛО составило 2 балла, что по предложенной методике, можно было характеризовать как легкую степень тяжести течения заболевания (рис. 1). Исходя из динамики течения ОГВЗ ЧЛО у пациента М., 46 лет, он был

выписан из стационара на амбулаторное долечивание. Использование предложенной методики позволило оценить эффективность проведенного комплексного лечения ОГВЗ ЧЛО у пациента М., 46 лет, которая составила 77,78%. Клинический опыт применения предложенной методики в челюстно-лицевом отделении многопрофильного стационара показал, что она может быть использована также для аналогичных целей у пациентов с неодонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛО.

Заключение.

Проведенное клиническое исследование позволило разработать методику оценки тяжести течения ОГВЗ ЧЛО, которая оказалась применимой для использования у пациентов с неодонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛО. Методика проста в использовании, не занимает много времени и может применяться в клинической стоматологической практике и научных исследованиях.

Литература

1. Комаров Ф.И., Иорданишвили А.К. Новые направления в развитии современной геронтологии и гериатрии // Медицинские проблемы пожилых. Йошкар-Ола, 2015. С. 46 – 49.

2. *Иорданишвили А.К., Лобейко В.В., Самсонов В.В., Солдатова Л.Н., Черныш В.Ф.* Стоматологическое здоровье нации и пути его сохранения // Пародонтология. 2015. № 1 (74). С. 78–80.
3. *Weidlich P.* Association between periodontal diseases and systemic diseases // Braz. oral. res. 2008. Vol. 22, Suppl. 1. P. 32–43.
4. *Дрегалкина А.А., Костина И.Н., Шимова М.Е., Шнейдер О.Л.* Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. Современные особенности клинического течения, принципы диагностики и лечения. Екатеринбург: Издательский Дом «ТИРАЖ», 2020. 308 с.
5. *Комаров Ф.И., Шевченко Ю.Л., Иорданишвили А.К.* Соматическое и стоматологическое здоровье долгожителей // Экология и развитие общества. 2016. № 4 (19). С. 51–55.
6. *Музыкин М.И., Ильясов Д.М., Иорданишвили А.К., Баринев Е.Х.* Тромбоз кавернозного синуса как причина летальных исходов в судебно-медицинской практике // Судебная медицина. 2023. Т. 9, № 1. С. 57–68.
7. *Комаров Ф.И., Шевченко Ю.Л., Иорданишвили А.К.* Долгожительство: ремарки к патологии зубов и пародонта // Пародонтология. 2017. № 2. С. 13–15.
8. *Иорданишвили А.К.* Гериатрическая стоматология: рук-во для врачей. СПб.: Человек, 2019. 348 с.
9. *Гук А.С.* Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области // Заболевания, повреждения и опухоли челюстно-лицевой области: рук-во по клинич. Стоматологии / под ред. проф. А.К. Иорданишвили. СПб.: СпецЛит, 2007. С. 11–58.
10. *Kebschull M., Papapanou P.N.* Periodontal microbial complexes associated with specific cell and tissue responses // J. Clin. Periodontol. 2011. V. 38 (11). P. 17–27. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2010.01668.x>
11. *Oliveira M.C., Oliveira V.M., Vieira A.C., Rambob I.* In vivo assessment of the effect of an adhesive for complete dentures on colonisation of Candida species // Gerodontology. 2010. V. 27. P. 303–307. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2009.00345.x>.

УДК 616-366-003.7

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

**З.Б. Курбаниязов, Э.А. Ризаев,
С.Э. Мамаражабов, З.Н. Нурмурзаев,
Ф.Ж. Олимжонova**

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

Аннотация

Представлены результаты лечения 171 больного пожилого и старческого возраста осложнёнными формами ЖКБ. Этапное хирургическое лечение с учётом разработанных критериев оценки степени тяжести состояния больных и прогнозируемым риском развития послеоперационных осложнений с применением предварительных миниинвазивных декомпрессионных вмешательств на желчных путях, выполненных у 42,2% больных основной группы, позволило купировать гнойно-холемическую интоксикацию, улучшить результаты последующих радикальных операций. У 15,6% больных эти вмешательства явились окончательным методом лечения. Приоритетное этапное использование миниинвазивных вмешательств позволило значительно снизить летальность, послеоперационные гнойно-септические и внеабдоминальные осложнения (3,1, 12,4 и 29,9 % соответственно), тогда как в группе сравнения эти показатели составили 8,1, 32,4 и 41,9 %.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, осложнения, пожилой и старческий возраст.

Для цитирования: Курбаниязов З.Б., Ризаев Э.А., Мамаражабов С.Э., Нурмурзаев З.Н., Олимжонova Ф.Ж. Оптимизация тактики хирургического лечения осложнённых форм желчнокаменной болезни у пациентов пожилого и старческого возраста // Медицина и образование. 2023. №1(13). С. 10–17.

SURGICAL TACTICS OPTIMIZATION OF COMPLICATED BILIARY STONE DISEASE TREATMENT IN ELDERLY AND OLDER PATIENTS

**Z.B. Kurbaniyazov, E.A. Rizaev,
S.E. Mamarazhabov, Z.N. Nurmurzaev,
F.J. Olimzhonova**

Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Abstract

The results of treatment of 171 elderly and senile patients with complicated forms of GSD are presented. Staged surgical treatment taking into account the developed criteria of patients' severity evaluation and predictable risk of postoperative complications development with the use of preliminary minimally invasive decompression interventions on the biliary tracts, performed in 42,2% of patients of the main group, allowed to stop purulent cholemic intoxication, improve the results of subsequent radical operations. In 15,6% of patients these interventions were the final method of treatment. Priority staged minimally invasive interventions allowed to decrease significantly the lethality rate, postoperative purulent-septic and extra-abdominal complications (3,1, 12,4 and 29,9 % respectively), while in the control group these parameters were 8,1, 32,4 and 41,9 %.

Key words: cholelithiasis, complications, elderly and old age.

For citation: Kurbaniyazov Z.B., Rizaev E.A., Mamarazhabov S.E., Nurmurzaev Z.N., Olimzhonova F.J. Surgical tactics optimization of complicated biliary stone disease treatment in elderly and older patients // Medicine and education. 2023. №1(13). P. 10-17.

Введение.

Больные с осложнёнными формами составляют 54–65% от числа поступивших в стационары по поводу желчнокаменной болезни (ЖКБ). Среди пациентов, оперированных с острым воспалением желчного пузыря, больные пожилого и старческого возраста составляют до 30% [1, 4, 6, 7, 9]. Наряду с тяжёлыми осложнениями острого воспаления желчного пузыря у больных старших возрастных групп часты поражения желчевыводящих протоков (35–60%). В структуре поражений желчных протоков основное место занимает холедохолитиаз, составляя 50–78% от всех видов патологии [2, 3, 5, 8, 10]. У этих больных тяжесть основного заболевания усугубляется сопутствующей патологией. При этом в остром периоде заболевания проявляется эффект взаимного отягощения основного и сопутствующего заболеваний.

В многочисленных исследованиях результаты хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с осложнениями ЖКБ не всегда удовлетворяют специалистов, в 40–65% случаев у больных возникают септические состояния, в результате которого от 16,5 до 30,0% заканчиваются летальным исходом [11, 12].

Объективизация оценки тяжести состояния и прогноза заболевания имеет особое значение для разработки перспективных направлений лечения таких осложнений ЖКБ, как абдоминальный и билиарный сепсис, для которого характерна гетерогенность клинических проявлений. В последние десятилетия, благодаря развитию миниинвазивных оперативных вмешательств и внедрению этапной хирургической тактики, летальность при осложнённых формах желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста снижается. В основном это связано с развитием миниинвазивных оперативных вмешательств и внедрением этапной хирургической тактики, эффективность которой признана большинством клиницистов.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных пожилого и старческого возраста с осложнёнными формами желчнокаменной болезни путём оптимизации тактико-технических аспектов хирургической коррекции с приоритетным применением миниинвазивных вмешательств.

Материал и методы

Представлены результаты лечения 171 больного пожилого и старческого возраста с осложнёнными формами ЖКБ, находившихся на лечении в хирургических отделениях клиники Самаркандского государственного медицинского университета в период с 2015 по 2022 гг. Согласно классификации, принятой Европейским региональным бюро ВОЗ (2016 г.), пациентов пожилого возраста (60–74 лет) — 143 (83,6%), больных старческого возраста (75 лет и старше) — 28 (16,4%). Наиболее возрастной пациент в исследовании был 87 лет. Преобладали пациенты женского пола — 104 (60,8%), мужчины — 67 (39,2%). Средний возраст $64,7 \pm 3,4$ лет, соотношение женщин и мужчин 1,5:1.

Из 171 больного с осложнёнными формами ЖКБ у 130 (76,1%) были диагностированы деструктивные формы воспаления желчного пузыря, в том числе у 56 — гангренозный холецистит. В структуре осложнений поражений желчных протоков основное место занимала механическая желтуха, которая наблюдалась у 79 больных (44,4%), из них у 51 содержание общего билирубина в сыворотке крови превышало 60 мкмоль/л.

Сопутствующая патология выявлена у всех 171 больных. У 135 из них было сочетание 2–3 и более системных заболеваний. В среднем на одного больного пришлось 2,1 сопутствующих заболеваний, при этом в первой возрастной группе (60–74 лет) — 1,7, а во второй (старше 75 лет) — 2,4.

Диагностика осуществлялась на основании клинической картины ЖКБ, лабораторных и инструментальных методов исследования (сонография, РПХГ, МР-холангиография).

В соответствии с целью и задачами исследования больные разделены на 2 группы исследования. Группу сравнения составили 74 (43,3%) больных, которые в период 2015–2018 гг. оперированы по поводу острого холецистита и поражения желчных протоков по экстренным и срочным показаниям. Основную группу исследования составили 97 (56,7%), у которых алгоритм проведения лечебно-диагностических мероприятий по показаниям строился на принципах приоритетного использования методов оперативного лечения с применением миниинвазивных хирургических вмешательств. В исследовании обе группы

больных были идентичны как по возрасту, так и по выраженности клинических проявлений и тяжести заболевания.

Из всех 74 больных контрольной группы у 47 (63,5%) превалировала клиника острого деструктивного холецистита, а у 27 (36,5%) клиника механической желтухи и холангита вследствие холедохолитиаза и стеноза БДС. В этой группе хирургическое вмешательство заключалось в выполнении ХЭ (у 47 больных), либо ХЭ с холедохолитотомией (у 27 больных) с наружным дренированием холедоха, причём оперативное вмешательство выполнено из широкого лапаротомного доступа у 33, из минилапаротомного доступа — у 41.

Факторным анализом установлено, что наиболее высокий процент летальности, гнойно-септических и внеабдоминальных осложнений (14,8, 48,1 и 55,6 % соответственно) у больных пожилого и старческого возраста наблюдались после попыток одномоментной радикальной хирургической коррекции острого деструктивного холецистита либо обструктивного холангита (рис.1). Причиной летальности в равной степени явились как билиарный и абдоминальный сепсис, так и сердечно-сосудистые и лёгочные осложнения.

В основной группе из 97 больных пожилого и старческого возраста,

оперированных в 2019–2022 гг. по поводу осложнённых форм ЖКБ, лечение осуществлялось не только с учётом степени тяжести острого холецистита и холангита согласно классификации, принятой в Токио 2018 г (*Tokyo Guidelines, 2018, TG18*), но и по разработанным нами критериям прогнозирования риска развития послеоперационных осложнений.

В соответствии с этими критериями 42 (43,3%) больных отнесены в группу со средней степенью тяжести состояния и прогнозируемым относительно невысоким риском развития послеоперационных осложнений. 55 (56,7%) больных этого контингента отнесены к группе с тяжёлым клиническим течением болезни и прогнозируемым высоким риском развития послеоперационных осложнений. Больные были прооперированы с учётом предложенных критериев тяжести состояния, а также клиники осложнённого течения ЖКБ (табл. 1, 2).

При превалировании клиники острого деструктивного холецистита в основной группе из 58 больных 39 отнесены к группе с тяжёлым клиническим течением болезни и прогнозируемым высоким риском развития послеоперационных осложнений. У 11 из

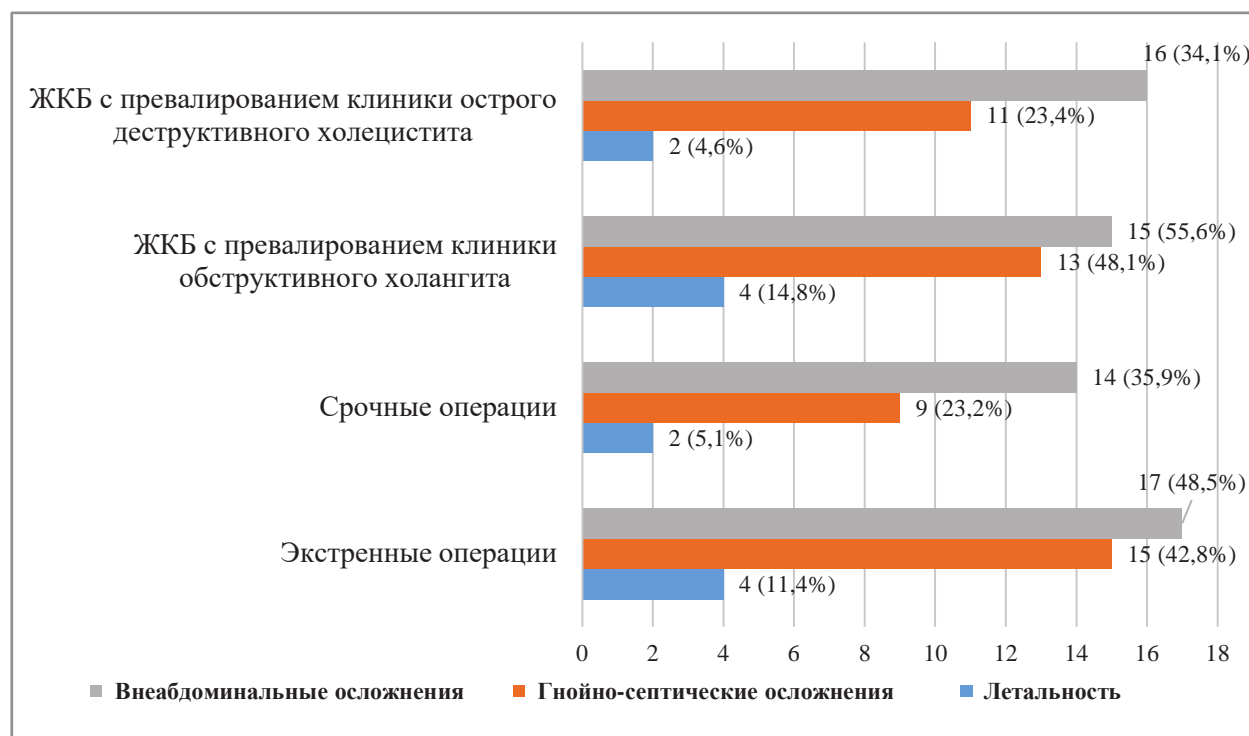


Рис. 1. Частота летальности и послеоперационных осложнений в зависимости от срочности операций и осложненной клиники ЖКБ в гр. сравнения у больных пожилого и старческого возраста

Таблица 1. Хирургические вмешательства у больных пожилого и старческого возраста с тяжелой степенью состояния и прогнозируемым высоким риском развития послеоперационных осложнений (n = 64)

Клиника болезни	Вид операции		К-во больных	
ЖКБ с превалированием клиники острого деструктивного холецистита (n = 39)	ЧЧМХС →	ЛХЭ	6	17
	ЧЧМХС →	МЛХЭ	2	
	ЧЧМХС + пункция биломы →	МЛХЭ	6	
	только ЧЧМХС		3	
	МЛХЭ		14	22
	МЛХЭ, вскрытие перивезикального абсцесса		3	
	Лапаротомия, ХЭ и санация брюшной полости		5	
ЖКБ с превалированием клиники обструктивного холангита (n = 25)	ЭПСТ и НБД →	ЛХЭ	4	20
	ЭПСТ и НБД →	МЛХЭ	7	
	только ЭПСТ		5	
	ЭПСТ и ЧЧМХС →	МЛХЭ	2	
	только ЭПСТ и ЧЧМХС		2	
	МЛХЭ и холедохолитотомия (при безуспешности ЭПСТ)		5	5

Таблица 2. Хирургические вмешательства у больных пожилого и старческого возраста со средней степенью тяжести состояния и прогнозируемым невысоким риском развития послеоперационных осложнений (n = 33)

Клиника болезни	Вид операции		К-во больных	
ЖКБ с превалированием клиники острого деструктивного холецистита (n = 19)	ЧЧМХС →	ЛХЭ	2	4
	ЧЧМХС →	МЛХЭ	2	
	ЛХЭ		7	15
	МЛХЭ		8	
ЖКБ с превалированием клиники обструктивного холангита (n = 14)	МЛХЭ и холедохолитотомия		14	14

них констатирован желчный перитонит (разлитой у 5, у 6 отграниченный в виде сформировавшейся биломы).

Из-за тяжести состояния 17 больных 1-м этапом проведена чрескожно-чреспечёночная микрохолецистостомия (ЧЧМХС), из них у 6 также пунктированы и санированы отграниченные в подпечёночном пространстве биломы. 2-м этапом лечения на 10–14 сутки проведена холецистэктомия 14 больным, из них ЛХЭ — 6, ХЭ из минилапаротомного доступа — 8. Трое больных выписаны без проведения ХЭ с функционирующей холецистостомой. 22 больных оперированы одним этапом. 17 больным с острым деструктивным холециститом проведена

МЛХЭ, из которых у 3 вследствие расплавления стенки гангренозно изменённого желчного пузыря (проведено, по сути, вскрытие перивезикального абсцесса). Пяти больным с клиникой разлитого желчного перитонита проведена ХЭ с санацией брюшной полости из широкого лапаротомного доступа.

Из 19 больных с клиникой острого деструктивного холецистита со средней степенью тяжести состояния и прогнозируемым относительно невысоким риском развития послеоперационных осложнений 15 проведена операция холецистэктомия (7 — ЛХЭ, 8 — ХЭ из минидоступа). Двухэтапное лечение с предварительной холецистостомией

(ЧЧМХС) проведено четырём пациентам, причём двум — с пункционной санацией отграниченной перивезикальной биломы. Этим двум больным в последующем ХЭ проведена из минидоступа. Ещё двум пациентам после микрохолецистостомии проведена ЛХЭ.

В группе больных с превалированием клиники механической желтухи и обструктивного холангита ($n = 39$) с тяжёлым клиническим течением болезни и прогнозируемым высоким риском развития послеоперационных осложнений отнесены 25 пациентов. Из-за тяжести состояния 16 (64%) больным 1-м этапом лечения успешно выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с последующим назобилиарным дренированием (НБД). У 5 (20%) пациентов попытки ЭПСТ и установки НБД были безуспешны. Этим пяти больным с прогрессирующей клиникой механической желтухи и холангита произведена ХЭ и холедохолитотомия из минилапаротомного доступа в правом подреберье. Из 16 пациентов, которым успешно проведено ЭПСТ, 2-м этапом после улучшения состояния и купирования клиники холангиогенной интоксикации 11 произведена ХЭ, из них 4 — ЛХЭ, 7 пациентам — ХЭ из минилапаротомного доступа. Пять пациентов после успешной ЭПСТ от радикальной операции воздержались, и они также выписаны из стационара.

При сочетании клиники обструктивного холангита и острого холецистита 4 больным проведены миниинвазивные декомпрессивные трансдуоденальные вмешательства — ЭПСТ

с литоэкстракцией. Этим больным также проведена ЧЧМХС. В дальнейшем двум из них проведена МЛХЭ. Два пациента выписаны из стационара со значительным улучшением состояния.

14 пациентам со средней степени тяжести состояния выполнены одномоментные хирургические вмешательства в объёме ХЭ и холедохолитотомии с наружным дренированием холедоха из минидоступа в правом подреберье.

Таким образом, двухэтапное хирургическое лечение проведено 27 (42,2%) больным с тяжёлой степенью тяжести состояния и высоким риском развития послеоперационных осложнений. 10 (15,6%) больным ограничили миниинвазивным декомпрессионным вмешательством на желчных путях. Одноэтапная радикальная хирургическая операция проведена у 27 (42,2%) больных, причём у 13 (20,3%) вынужденно при наличии клиники перитонита (5 больных) или перивезикального абсцесса (3 больных) либо при безуспешности ЭПСТ.

Двухэтапные хирургические вмешательства у больных со средней степенью тяжести состояния и прогнозируемым невысоким риском развития послеоперационных осложнений ($n = 33$) проведены 4 (12,1%) больным, одноэтапная радикальная хирургическая операция выполнена 29 (87,9%) пациентам.

Результаты и их обсуждение

ЧЧМХС в хирургическом лечении больных с острым холециститом произвели 25 (25,8%) больным основной исследуемой



Рис. 2. Чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия под контролем ультразвукового сканирования

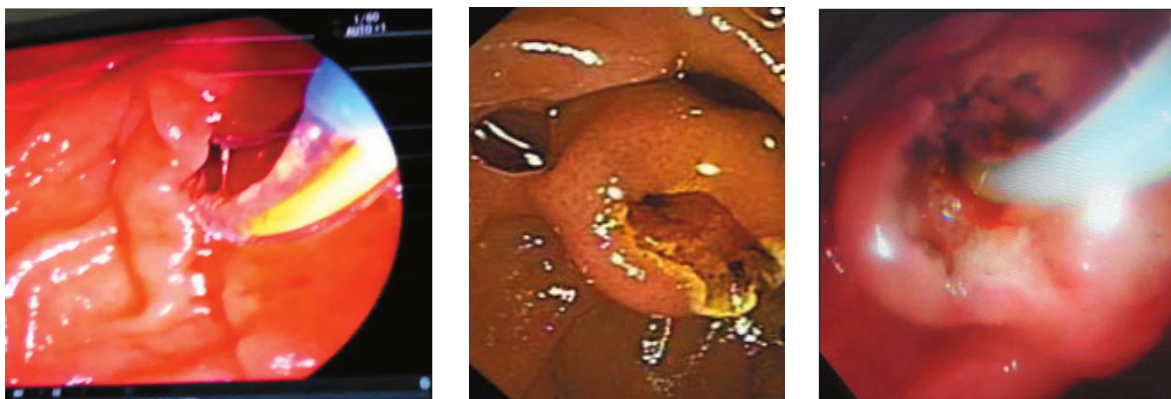


Рис. 3. Эндоскопическая папилосфинктеротомия и установка назобилиарного дренажа

группы. Дренирование желчного пузыря под контролем УЗИ проводили через участок паренхимы печени с целью герметизации канала и профилактики подтекания желчи в брюшную полость. Дренирование во всех случаях проводили «зонтичным» стилет-катетером с «корзинкой» на конце, диаметром катетера 4F и 9F (рис. 2).

В группе больных пожилого и старческого возраста при превалировании клиники острого обструктивного холангита эндоскопическая папилосфинктеротомия выполнена всего 20 (20,6%) больным. ЭПСТ выполняли в эндоскопической операционной клинике при помощи дуоденоскопа, электрохирургического блока и сфинктеротома. Вместе с тем следует отметить, что у пяти больных попытки

ЭПСТ и установки НБД были безуспешны, в одном случае у пациентки развился острый панкреатит с летальным исходом, ещё в одном наблюдении дуоденальное кровотечение, которое излечено консервативно (рис.3).

Таким образом, двухэтапное хирургическое лечение проведено 31 больному основной группы, что составило 31,9%. Этим больным после предварительной миниинвазивной декомпрессии желчных путей вторым этапом на 7–14 сутки произведено ХЭ, причем 12 — ЛХЭ, 19 — МЛХЭ.

61 (62,9%) больному основной исследуемой группы одноэтапная радикальная операция — холецистэктомия произведена из широкого лапаротомного доступа, у 5 больных при осложнении перитонитом, 49 —

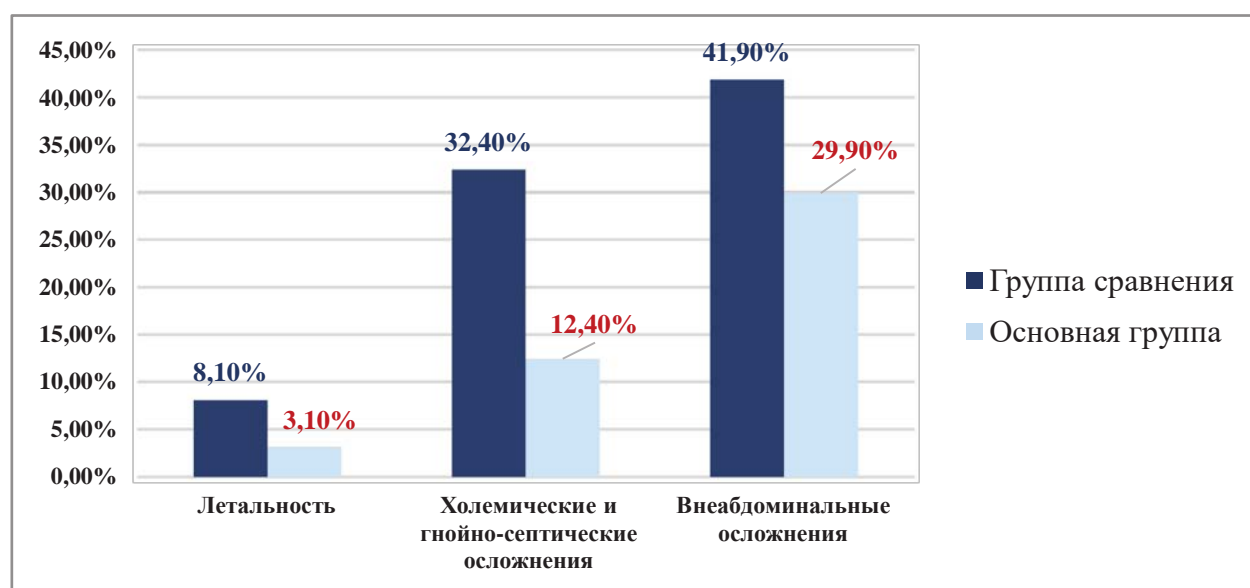


Рис. 4. Результаты хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с осложнёнными формами ЖКБ в группах сравнения

из минилапаротомного доступа (причём в сочетании с холедохолитотомией 19 больным), ЛХЭ выполнено 7 больным.

Всего ЛХЭ проведено 19 (19,6%) больным, ХЭ из минидоступа — 63 (64,9%), из широкого лапаротомного доступа — 5 (5,1%). Следует отметить, что 10 больным из-за тяжести состояния ХЭ не проведено.

ЛХЭ проводилось с использованием инструментов фирмы *Karl Storz*, ХЭ из минидоступа — инструментами фирмы *САН*.

Сравнительный анализ результатов лечения в исследуемых группах показал снижение летальности и послеоперационных осложнений в основной исследуемой группе больных (рис. 4).

Наиболее грозным осложнениями в контрольной исследуемой группе больных были холангиогенные абсцессы печени и билиарный сепсис, что явилось причиной летальных исходов у двух больных. Продолжающийся перитонит ещё в одном наблюдении также привёл к неблагоприятному исходу. Вместе с тем у трёх больных причиной смерти явились осложнения со стороны имеющейся конкурирующей коморбидной патологии. В двух наблюдениях причиной летального исхода констатирован острый инфаркт миокарда. В одном наблюдении — тромбоз лёгочной артерии на фоне послеоперационной пневмонии. Таким образом, летальность в контрольной группе больных ($n = 74$) составила 8,1% — умерло 6 больных. Из них у 3 причиной смерти явились абдоминальные осложнения — билиарный сепсис — у 2, абдоминальный сепсис, у 3 летальный исход наступил вследствие сердечно-сосудистых и лёгочных осложнений от имеющейся коморбидной патологии.

При этом в основной группе умерло 3 из 97 оперированных больных, летальность составила 3,1%. Причиной неблагоприятного исхода явились острый панкреатит как осложнение трансдуоденального эндоскопического вмешательства — у 1 пациентки, и продолжающийся перитонит — в 1 наблюдении. Ещё в 1 наблюдении причина смерти — острая сердечно-сосудистая недостаточность вследствие инфаркта миокарда

Различные холемические и гнойно-септические осложнения наблюдались у 24 больных группы сравнения, что составило

32,4%. При этом у 3 (4,1%) образовались биломы в подпечёночной области, которые дренированы реканализацией контрапертур. У 5 (6,7%) больных наблюдалось желчеистечение из дренажных трубок, установленных в подпечёночном пространстве, 5 (6,7%) пациентам проведены повторные операции по вскрытию и дренированию подпечёночных и/или поддиафрагмальных абсцессов, 2 (2,7%) проведена релапаротомия вследствие желчного перитонита. Также 4 (5,4%) пациентки повторно оперированы по поводу холемического внутрибрюшного кровотечения. У 12 (16,2%) больных наблюдалось нагноение послеоперационной раны.

В основной исследуемой группе послеоперационные осложнения развились у 12 больных, что составило 12,4%. При этом биломы подпечёночной области сформировались у 3 (3,1%) пациентов, которые успешно санированы пункциями под контролем УЗИ.

У 3 (3,1%) пациентов наблюдалось холемическое кровотечение из печени с области чрезпечёночной пункции желчного пузыря. Наружное желчеистечение наблюдалось у 3 пациентов, при релапароскопии в одном случае выявлена несостоятельность культи пузырного протока, которая повторно клипирована, ещё в двух наблюдениях произведена коагуляция ложа желчного пузыря как источника желчеистечения в брюшной полости.

Дуоденальное кровотечение отмечено у одной больной после ЭПСТ, кровотечение остановлено консервативно-гемостатической терапией. У второго больного сформировался поддиафрагмальный абсцесс, санированный повторными пункциями под контролем УЗИ. У 4 (4,1%) больных наблюдалось нагноение послеоперационной раны.

Выводы

1. Факторным анализом установлено, что наиболее высокий процент летальности гнойно-септических и внеабдоминальных осложнений (14,8, 48,1 и 55,6 % соответственно) у больных пожилого и старческого возраста наблюдался после попыток одномоментной радикальной хирургической коррекции острого деструктивного холецистита либо

обструктивного холангита. Причиной летальности в равной степени явились как билиарный и абдоминальный сепсис, так и сердечно-сосудистые и лёгочные осложнения.

2. Этапное хирургическое лечение с учётом разработанных критериев оценки степени тяжести состояния больных и прогнозируемым риском развития послеоперационных осложнений с применением предварительных миниинвазивных декомпрессионных вмешательств на желчных путях, выполненных у 42,2% больных основной группы, позволило купировать гнойно-холемическую интоксикацию, улучшить результаты последующих радикальных операций. У 15,6% больных эти вмешательства явились окончательным методом лечения.

3. Разработанный лечебно-диагностический алгоритм этапного хирургического лечения в зависимости от превалирования клиники деструктивного холецистита или обструктивного холангита с использованием ЧЧМХС под УЗИ-наведением, ЭПСТ или их сочетания позволили на последующем этапе лечения выполнить холецистэктомию лапароскопическим способом — у 19,6% и из минилапаротомного доступа — у 64,9%.

4. Оптимизация тактико-технических аспектов хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста осложнёнными формами ЖКБ с учётом степени тяжести состояния больных и прогнозируемым риском развития послеоперационных осложнений с приоритетным этапным использованием миниинвазивных вмешательств позволило значительно снизить летальность, послеоперационные гнойно-септические и внеабдоминальные осложнения (3,1, 12,4 и 29,9 % соответственно), тогда как в группе сравнения эти показатели составили 8,1, 32,4 и 41,9 %.

Литература

1. Дибиров М. Д. и др. Алгоритм диагностики и лечения больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом, холедохолитиазом и механической желтухой // Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». 2017. Т. 6. № 2. С. 145–148.
2. Кабанов М.Ю. и др. Подходы к диагностике и лечению холедохолитиаза у пациентов пожилого

и старческого возраста // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. 2022. Т. 17. №. 1. С. 107–115.

3. Корольков А.Ю., Попов Д.Н., Китаева М.А., Танцев А.О., Теплов В.М., Багненко С.Ф. Холангит и билиарный сепсис на фоне холецистохоледохолитиаза. Критерии диагностики, лечебная тактика в стационарном отделении скорой медицинской помощи // Скорая медицинская помощь. 2018. Т. 19. №. 1. С. 31–35.

4. Кульчиев А. А. и др. Лечение малоинвазивными методами осложнённых форм желчекаменной болезни у лиц пожилого и старческого возраста // Альманах мировой науки. 2016. № 1-1. С. 47–51.

5. Назиров Ф.Г., Бабаджанов А.Х., Абдуллажанов Б.Р., Байбеков Р.Р. Особенности течения острого билиарного панкреатита // Хирургия Узбекистана. 2019. № 1. С. 326.

6. Шулуток А.М., Агаджанов В.Г., Натрошвили А.Г., Натрошвили И.Г. Минимально инвазивные операции при холецистохоледохолитиазе // Анналы хирургической гепатологии. 2013. № 1 (18). С. 38–41.

7. Anand G. et al. Factors and Outcomes Associated with MRCP Use prior to ERCP in Patients at High Risk for Choledocholithiasis // Canadian journal of gastroenterology & hepatology. 2016. DOI:10.1155/2016/5132052

8. Budipramana V.S., Meilita M. Obstructive-type jaundice without bile duct dilatation in generalized peritonitis is a specific sign of spontaneous gall bladder perforation // Case Reports in Medicine. 2020. Т. 2020.

9. Cao J., Peng X, Ding C. et al. Risk factors for post-ERCP cholecystitis: a single-center retrospective study // BMC Gastroenterol. 2018. № 18 (1). P. 128.

10. Gomi H., Solomkin J., Schlossberg D., Okamoto K., Takada T., Strasberg S., Yamamoto M. Tokyo Guidelines 2018: antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis // Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences. 2018. № 25 (1). P. 3–16.

11. Wang D., Portincasa P. Gallstones: recent advance in epidemiology, pathogenesis, diagnosis and management. New York: Nova Biomedical, 2017. P. 1–676.

12. Younossi Z.M., Stepanova M., Golabi P., Epstein R.S., Strauss M.E., Nader F., Racila A. Factors Associated with Potential Progressive Course of Primary Biliary Cholangitis: Data from Real-world US Database. // J Clin Gastroenterol. 2019. № 53 (9). P. 693–698.

УДК 614.25-340.6

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАНИЙ ПОТЕРПЕВШИХ, МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ДРУГИХ ЛИЦ ИЗ МАТЕРИАЛОВ УГОЛОВНЫХ И ГРАЖДАНСКИХ ДЕЛ В СВЯЗИ С НЕНАДЛЕЖАЩИМ ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Р.Э. Калинин¹, Е.Х. Баринов^{1,2},
А.Е. Баринов², А.К. Иорданшвили³

¹ ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Министерства образования и науки Российской Федерации, г. Москва, Россия

² ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия

³ ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Судебно-медицинская экспертиза представляет собой одновременно судебно-экспертную и медицинскую деятельность, в связи с чем пути её развития диктуются не только задачами системы здравоохранения, но в не меньшей мере — интересами правоохранительной и судебной систем. Потребности правовых процедур предварительного расследования и судебного разбирательства накладывают отпечаток на работу судебно-медицинских экспертов, при этом влияние юридических процессов на судебно-медицинскую экспертизу особенно заметно в сфере так называемых «врачебных» дел. Целью исследования явилось повышение качества заключений комиссионных и комплексных судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных и гражданских «врачебных» дел, связанных с предположительно ненадлежащим оказанием медицинской помощи; совершенствование экспертного процесса и методики проведения экспертиз данного вида.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, постановление, заключение эксперта, показания, потерпевшие, медицинские работники, медицинская

INVESTIGATION OF TESTIMONIES OF VICTIMS, MEDICAL PROFESSIONALS AND OTHER PERSONS FROM MATERIALS OF CRIMINAL AND CIVIL CASES IN CONNECTION WITH IMPROPER MEDICAL CARE

R.E. Kalinin¹, E.H. Barinov^{1,2}, A.E. Barinov²,
A.K. Iordanishvili³

¹ Peoples' Friendship University of the Russia, Moscow, Russia

² Moscow State Medical and Dental University named after A.I. Evdokimov, Moscow, Russia

³ Military Medical Academy named after S.M. Kirov, St. Petersburg, Russia

Abstract

Forensic medical examination is both forensic and medical activities, in connection with which the ways of its development are dictated not only by the tasks of the health care system, but not to a lesser extent by the interests of the law enforcement and judicial systems. The needs of legal procedures for preliminary investigation and trial leave an imprint on the work of forensic medical experts, while the influence of legal processes on forensic medical examination is especially noticeable in the field of so-called “medical” cases. The purpose of the study was to improve the quality of the conclusions of commission and comprehensive forensic medical examinations on the materials of criminal and civil “medical” cases related to allegedly improper provision of medical care; improvement of the expert process and procedure for conducting examinations of this type.

Key words: forensic medical examination, resolution, expert opinion, testimony, victims, medical professionals, medical care, improper provision, low informativity, circumstances of the case, conclusions.

For citation: Kalinin R.E., Barinov E.H., Barinov A.E., Iordanishvili A.K. Investigation of testimonies of victims, medical professionals and

помощь, ненадлежащее оказание, малая информативность, обстоятельства дела, выводы.

Для цитирования: Калинин Р.Э., Баринов Е.Х., Баринов А.Е., Иорданишвили А.К. Исследование показаний потерпевших, медицинских работников и других лиц из материалов уголовных и гражданских дел в связи с ненадлежащим оказанием медицинской помощи // Медицина и образование. 2023. №1(13). С. 18–24.

other persons from materials of criminal and civil cases in connection with improper medical care. 2023. №1(13). P. 18–24.

Введение. При определении меры ответственности медицинских работников важным является точное установление характера дефекта оказания медицинской помощи и профессиональных ошибок. При рассмотрении указанных понятий в уголовном и гражданском судопроизводстве возникают большие затруднения, поскольку до настоящего времени нет единого мнения, ни с медицинской, ни с юридической точки зрения, как правильно их расшифровать (1, 2, 8, 9, 10, 11).

Актуальность. Проблемную область судебно-медицинской экспертизы (СМЭ) по делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинской помощи составляют отсутствие обоснования экспертных выводов; попытка дать правовую оценку исследуемым фактам; дача ответов на поставленные перед экспертом вопросы при недостаточности представленных на экспертизу материалов; противоречия выводов экспертов материалам дела; краткость экспертных заключений, следствием которой становится широкое использование медицинской терминологии (обобщающих оценочных суждений), что не позволяет оценить обоснованность выводов; использование в выводах некорректных формулировок, допускающих возможность принятия различных правовых решений по делу и др. (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15).

Цель исследования: повышение качества заключений комиссионных и комплексных судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных и гражданских «врачебных» дел, связанных с предположительно ненадлежащим оказанием медицинской помощи; совершенствование

экспертного процесса и методики проведения экспертиз данного вида.

Материалы и методы исследования. Эмпирическую основу исследования составили материалы 89 уголовных дел, возбуждённых по фактам неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи в 2016–2018 годах, 11 гражданских дел и 128 заключений комиссионной (комплексной) СМЭ по гражданским делам по искам пациентов о компенсации вреда здоровью и морального вреда, причинённого при оказании медицинских услуг, за 2008–2010 гг. Методика исследования была разработана таким образом, чтобы обеспечить преобразование текстовой информации из письменных документов в числовую форму, доступную статистической обработке. Для этого применялись следующие методы:

1. Количественный (содержательный) контент-анализ

В качестве единиц анализа использовались слова и темы, при этом к единицам анализа предъявлялся ряд обязательных требований:

- достаточное большое содержание, выражающее значение;
- достаточно малое содержание, не выражающее много значений;
- лёгкость распознавания единицы в тексте;
- частота встречаемости, позволяющая наполнить выборку достаточного объёма.

2. Экспертно-клинический анализ

Данный метод применялся при изучении всех материалов исследования, в том числе заключений комиссионной СМЭ и актов внепроцессуального контроля (актов проверок органами здравоохранения, страховыми

компаниями, протоколов заседаний врачебной комиссии по изучению летальных исходов).

3. Медико-юридический анализ

Метод медико-правового анализа использовался в целях обоснования и проверки суждений о наличии либо отсутствии дефектов оказания медицинской помощи, имеющихся в протоколах допросов, судебных заседаний, заключениях КИЛИ, актах экспертизы качества медицинской помощи, проведённой страховой медицинской организацией, и других материалах.

4. Метод компьютерных технологий

Работа выполнена при помощи персонального компьютера на базе процессора Intel® Core™ i7-2600 CPU 3.40 GHz с операционной системой Windows 7 Ultimate © Корпорация Майкрософт, 2009.

5. Статистический анализ медицинских данных

Работа выполнена с позиций доказательной медицины. Результаты контент-анализа, экспертно-клинического и медико-правового анализа были подвергнуты статистической обработке, в том числе с проверкой конкретных статистических гипотез, выдвинутых при обсуждении результатов.

Результаты исследования.

Проанализированы тексты письменных обращений граждан, а также протоколы получения объяснений и допросов потерпевших, в том числе пациентов, их родственников, супругов, друзей и знакомых. По результатам анализа текста документов были выявлены данные о дефектах оказания медицинской помощи и причинно-следственной связи, как подтверждающие, так и опровергающие их наличие. В 67 из 89 дел (75%) имелось одно или несколько письменных обращений граждан. Подавляющее большинство дел (85, т. е. 95,5%) содержали как минимум 1 протокол получения объяснений или допроса лица не из числа медработников. В тексте 16 обращений (24% дел, содержащих обращения) имелись данные о дефектах оказания медицинской помощи, при этом лишь в 1 случае был выявлен факт, исключающий дефект оказания медицинской помощи. Обстоятельства, указывающие на наличие дефектов, в общем виде сводились к следующим фактам:

- не назначено обязательное обследование (КТ головного мозга при ОНМК);

- пациентом описана специфическая симптоматика ятрогенного осложнения (например, острая, резкая, внезапно возникшая боль во время гинекологической манипуляции с последующим истечением мочи из влагалища);

- введён противопоказанный лекарственный препарат;

- превышено предельно допустимое время доезда бригады скорой помощи к пациенту;

- преждевременная выписка из стационара;

- необоснованная отсрочка хирургической операции;

- наличие инородного тела в брюшной полости (марлевая салфетка);

- не предложена экстренная госпитализация в стационар;

- пациент не обеспечен лекарственным средством по льготе;

- не проведён врачебный осмотр;

- не проведена экстренная операция из-за отказа родственника взрослого дееспособного пациента при отсутствии отказа самого пациента.

Обстоятельство, исключающее дефект оказания медицинской помощи, заключалось в том, что после введения лекарственных средств был зафиксирован гипертонический криз (систолическое артериальное давление до 180 мм рт. ст.), что позволило отвергнуть версию анафилактического шока в данный конкретный момент времени.

В 9 обращениях (13% от всех дел с обращениями) содержались данные, характеризующие причинную связь, причём во всех 9 случаях эти данные были отнесены к группе прерывающих связь признаков, т. е. указывали на отсутствие причинно-следственной связи. В унифицированном виде эти данные заключались в следующем:

- отказ пациента от госпитализации в стационар;

- самостоятельный приём лекарственных средств без назначения врача;

- специфическая симптоматика молниеносной инфекции (появление кожной сыпи во время транспортировки больного машиной скорой медицинской помощи);

- запоздалое обращение за медицинской помощью в финальной, необратимой стадии болезни.

В общей сложности в материалах 24 дел ($36\% \pm 13\%$ при $p \leq 0,05$ от числа дел с обращениями и 27% от всех дел) были выявлены данные о дефектах оказания медицинской помощи и/или причинно-следственной связи, содержащиеся в тексте письменных обращений граждан. Дальнейшее исследование данной группы было проведено по признаку количества обращений, содержащихся в каждом деле. В исследуемой группе дела содержали от 1 до 9 письменных обращений граждан. Распределение числа обращений отличалось от нормального (критерий Шапиро-Уилка, $p < 0,01$). Медиана составила 1 (ДИ = 1; 2, $p \leq 0,01$), интерквартильный размах = 1,5 (25-й процентиль = 1, 75-й процентиль = 2,5).

Контрольную группу составили 43 дела, в которых имелись письменные обращения граждан, но в них отсутствовали данные о дефектах и причинной связи. Распределение количества обращений также отличалось от нормального (критерий Шапиро-Уилка, $p < 0,01$). В материалах дел контрольной группы имелось от 1 до 7 обращений, медиана составила 1 (ДИ = 1; 2, $p \leq 0,01$), интерквартильный размах = 1 (25-й процентиль = 1, 75-й процентиль = 2). Сравнение двух групп показало отсутствие статистически значимых различий (U-критерий Манна-Уитни, $p = 0,91$). Зависимость между числом письменных обращений в деле и шансом выявления в них обстоятельств, имеющих существенное значение для судебно-медицинского экспертного анализа, не установлена.

В материалах 36 дел ($42\% \pm 12\%$, $p \leq 0,05$ от всех дел, содержащих показания лиц не из числа медперсонала) имелись данные о дефектах оказания медицинской помощи. При этом в 27 случаях ($32\% \pm 11\%$, $p \leq 0,05$) данные указывали на наличие, а в 9 случаях (11%) — на отсутствие дефекта.

В показаниях отмечались такие же факты, предположительно указывавшие на дефект (недостаток) оказания медицинской помощи, как и в письменных обращениях граждан, однако встречались и новые, например:

- отказано в выезде бригады скорой медицинской помощи;
- нарушение условий проведения медицинского вмешательства (пункция подключичной вены на дому).

На отсутствие дефектов указывали обстоятельства иного рода:

- самовольное выполнение внутримышечных инъекций без назначения врача;
- соблюдение времени доезда бригады скорой помощи;
- отсутствие родителей на месте вызова скорой помощи к ребёнку младше 15 лет (невозможность получить согласие на госпитализацию);
- атипичная клиническая картина заболевания;
- родоразрешение в положенный срок;
- симптоматика, исключающая конкретное ятрогенное осложнение.

Материалы 27 дел ($32\% \pm 11\%$, $p \leq 0,05$) содержали протоколы с данными, характеризующими причинную связь, из них в материалах 20 дел (23,5%) имелись данные, указывающие на её отсутствие, а в 7 случаях (8%) данные подтверждали наличие причинной связи.

Об отсутствии причинной связи говорили следующие сведения:

- самовольный уход больного из стационара;
- самолечение;
- отказ от госпитализации;
- специфическая клиника молниеносной инфекции;
- отказ от экстренной хирургической операции;
- бессимптомное течение заболевания;
- отказ от наблюдения в поликлинике;
- сокрытие инфекционного анамнеза (ВИЧ-инфекции);
- запоздалое обращение за медицинской помощью;
- несоблюдение врачебных рекомендаций.

На наличие прямой причинной связи указывали другие данные:

- аспирация рвотных масс в дыхательные пути;
- не предложена госпитализация в стационар;
- аллергологический анамнез.

Итого, 55 дел (65%) содержали хотя бы 1 протокол с данными о дефектах оказания медицинской помощи или о причинно-следственной связи. Контрольную группу составили 30 дел с протоколами,

не содержащими указанных данных. Распределение количества протоколов в обеих группах отличалось от нормального, при этом в контрольной группе оно стремилось к нормальному (критерий Шапиро-Уилка, $p = 0,04648$), однако не было достаточно близким к Гауссову распределению, чтобы приближённо считать его таковым в расчётах, в связи с чем в целях статистической обработки и анализа использовались непараметрические критерии.

В исследуемой группе количество протоколов варьировалось от 1 до 6 с медианой 3 (ДИ = 2; 4, $p \leq 0,01$) и интерквартильным размахом 2 от 2 (25-й перцентиль) до 4 (75-й перцентиль). В контрольной группе при расчётах были получены целиком и полностью идентичные показатели. Статистически достоверные различия в группах не выявлены (U-критерий Манна-Уитни, $p = 0,71$). Учитывая сравнительно небольшой объём контрольной выборки, было также проведено сравнение каждой подгруппы (протоколы с данными о дефектах и протоколы с данными о причинной связи) с контрольной группой в отдельности. Статистически значимые различия не обнаружены. Вероятность установления важных обстоятельств, подлежащих судебно-медицинской оценке, не зависела от количества исследованных экспертами протоколов.

В исследованной выборке уголовных дел жалобы граждан в 1,5 раза чаще отражали претензии к конкретным действиям или бездействию медицинских работников, чем общую неудовлетворённость лечением и его исходом, при этом претензии к конкретному лицу из числа медперсонала и претензии к неопределённому кругу лиц встречались с одинаковой частотой. В показаниях потерпевших и иных лиц конкретика в претензиях встречалась в 2,3 раза чаще, чем абстрактное недовольство, а указания на конкретных медицинских работников наблюдались в 1,5 раза чаще, чем на неопределённый круг лиц.

Показания медицинского персонала также нередко содержат полноценные версии событий, связанных с наступлением неблагоприятного исхода медицинской помощи, которые могут быть проверены экспертной комиссией, причём наличие медицинского образования у допрашиваемых

лиц может способствовать как более подробному изложению обстоятельств, так и частичному их искажению, что делает экспертную оценку этих версий особенно ценной.

В исследование вошли протоколы с показаниями медработников, среди которых:

- 578 врачей – 82,5% от общего числа медиков;

- 123 сотрудника (17,5%) из числа среднего медперсонала.

Изучено распределение медперсонала по местам осуществления трудовой деятельности. Среди сотрудников лечебных учреждений, давших показания в ходе расследования уголовных дел, наблюдалась следующая структура:

- 87 человек (12,4%) являлись работниками поликлиник;

- 91 человек (13%) работал в учреждениях скорой медицинской помощи;

- 523 человека (74,6%) осуществляли профессиональную деятельность в круглосуточных стационарах (больницах).

В 98 случаях (14% от общего числа показаний) допрос проводился с предоставлением на обозрение медработнику медицинской документации.

603 допроса (86%) были проведены без ознакомления допрашиваемого лица с медицинской документацией. Примечательно, что при этом 624 человека (89%) показали, что хорошо помнят события, интересующие следствие, и только 77 человек (11%) сообщили, что не помнят либо не знают обстоятельств оказания медицинской помощи.

Среди допрошенных медицинских работников почти половина — 348 человек (49,6%) — были лечащими врачами клинических специальностей. Кроме того, были допрошены:

- 114 заведующих отделениями (16%);

- 27 заместителей главного врача (3,9%);

- 22 главных врачей (3,1%).

В приоритете у следствия находится допрос лечащего врача, при этом нужно отметить малое число допрошенных врачей параклинических специальностей (рентгенологи, эндоскописты, специалисты по ультразвуковой и функциональной диагностике и др.) — всего 27 человек (3,9%), что свидетельствует об упущениях следователей в этой части.

Тщательный анализ информации, имевшейся в письменных показаниях медработников, показал, что в протоколах допросов (объяснений) содержались следующие данные:

- жалобы пациентов на определённый момент времени (38% протоколов);
- анамнез заболевания и/или жизни больного (29%);
- общее состояние больного при осмотре (35,5%);
- состояние кожного покрова: цвет, влажность, тургор, сыпь (20%);
- результаты объективного обследования, т. е. данные осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации (20%);
- характер стула и диуреза (11%);
- результаты лабораторного обследования (16%);
- результаты инструментального обследования (24%);
- диагноз (38%);
- консервативная терапия с указанием конкретных наименований, путей введения и точных дозировок лекарственных средств (36%);
- хирургическое лечение с подробным описанием оперативных доступов, приёмов и особенностей техники выполнения конкретных вмешательств (9%).

Кроме того, 129 протоколов (18%) содержали данные о дефектах оказания медицинской помощи (например, неполный состав бригады скорой медицинской помощи, направленной на вызов к больному), а в 62 протоколах (9%) были найдены данные, влияющие на суждение о наличии и характере причинной связи дефектов (недостатков) с исходом (например, отказ от госпитализации, исключающий причинную связь).

Обсуждение и выводы. Анализ результатов исследования на данном этапе позволил сделать ряд практически значимых выводов:

1. В показаниях медработников встречаются фактические данные, доступные судебно-медицинской оценке и проверке членами экспертной комиссии.
2. Исследование протоколов допросов и объяснений медперсонала входит в компетенцию СМЭ в той мере, в какой для этого необходимо использование специальных знаний экспертов.

3. Протоколы допросов медицинских работников могут служить объектом экспертного исследования, причём иногда их ценность не уступает, а в отдельных случаях и превосходит ценность медицинских карт пациента.

Литература

1. *Акопов В.И., Маслов Е.Н.* О несовершенстве законодательства при доказательстве нарушения порядка медицинской деятельности (на примере случая из практики) // *Медицинское право.* 2017. № 1. С. 49–55.
2. *Багмет А.М.* Тактика допроса при расследовании преступлений, совершенных медицинскими работниками // *Расследование преступлений: проблемы и пути их решения.* 2017. № 1 (15). С. 25–30.
3. *Баринов Е.Х., Иорданишвили А.К., Шарангин Н.М.* Клинический случай ошибочной диагностики химической травмы слизистой оболочки полости рта // *Медицинский вестник МВД.* 2020. № 4 (107). С. 77–79.
4. *Баринов Е.Х., Ромодановский П.О., Черкалина Е.Н.* О недостатках безопасности медицинской помощи // *Судебная медицина: вопросы, проблемы, экспертная практика: материалы конференции.* Новосибирск, 2017. С. 14–18.
5. *Баринов Е.Х., Косухина О.И., Ромодановский П.О.* Об уголовной ответственности медицинских работников за преступления, связанные с профессиональной деятельностью // *Декабрьские чтения по судебной медицине: сборник материалов международной научно-практической конференции.* Российский университет дружбы народов. М., 2017. С. 19–22.
6. *Баринов Е.Х., Косухина О.И., Ромодановский П.О.* Письменные доказательства в судебном процессе о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг // *Медицинское право: теория и практика.* 2017. Т. 3, № 1 (5). С. 184–190.
7. *Баринов Е.Х., Ромодановский П.О., Косухина О.И.* Правовая оценка выводов судебно-медицинской экспертизы по делам, связанным с оказанием медицинской помощи // *Судебная медицина.* 2016. Т. 2, № 2. С. 101–103.
8. *Баринов Е.Х.* Судебно-медицинская экспертиза в гражданском процессе по медицинским делам: дис. ... д-ра. мед. наук: 14.03.05. М., 2015. 261 с.
9. *Баринов Е.Х.* Судебно-медицинская экспертиза в гражданском судопроизводстве по медицинским делам. М.: Юрайт, 2019. 181 с.
10. *Баринов Е.Х., Ромодановский П.О., Михеева Н.А.* Судебно-медицинская экспертиза

профессиональных ошибок в стоматологии и пластической хирургии: учебное пособие. М.: Юрайт, 2019. 294 с.

11. *Вакуленко И.В.* Экспертная и правовая оценка дефектов оказания медицинской помощи: дис. ... канд. мед. наук: 14.03.05. Астрахань, 2017. 125 с.

12. *Воеводина С.Г., Баринов Е.Х.* Сравнение диагностических и лечебно-тактических дефектов у врачебных и фельдшерских бригад скорой медицинской помощи ССИНМП им. А.С. Пучкова г. Москвы с выделением ведущих нозологий // Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы: сборник статей. Хабаровск, 2020. С. 32–37.

13. *Ерофеев С.В., Эделев Н.С.* Экспертно-правовая оценка неблагоприятного исхода медицинской помощи: прошлое и настоящее // Медицинское право: теория и практика. 2017. Т. 3, № 2 (6). С. 181–189.

14. *Каменева К.Ю., Тихомиров А.В.* Иск и заключение судебно-медицинской экспертизы в «медицинских» спорах // Медицинская экспертиза и право. 2017. № 1. С. 6–11.

15. *Михеева Н.А., Баринов Е.Х.* Компетенции в практике врача – судебно-медицинского эксперта отдела комиссионных экспертиз // Медицинское право: теория и практика. 2017. Т. 3, № 2 (6). С. 241–246.

УДК 378

СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ КОРРУПЦИИ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ПУТЁМ ФОРМИРОВАНИЯ НЕТЕРПИМОГО ОТНОШЕНИЯ К КОРРУПЦИОННОМУ ПОВЕДЕНИЮ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

А.Н. Соловьёв¹, А.В. Козлов¹, А.А. Ефремов¹¹ ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова», г. Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Несмотря на принимаемые меры, уровень коррупции в медицинских учреждениях остаётся на высоком уровне, оказывая крайне негативное влияние на качество получения гражданами медицинских услуг. Одним из способов существенного влияния на его снижение является достижение обучающимися медицинских образовательных организаций универсальной компетенции «Способен формировать нетерпимое отношение к коррупционному поведению». На основании изученной научной литературы и практического опыта преподавания учебной дисциплины «Основы противодействия коррупции» в Военно-медицинской академии обосновывается содержание и методика формирования указанной компетенции. Изменение отношения обучающихся к коррупции от нейтрального к отрицательному в ходе изучения указанной дисциплины подтверждается представленными результатами проведённого анонимного анкетирования.

Ключевые слова: коррупция, универсальная компетенция, формирование нетерпимого отношения к коррупционному поведению, содержание и методика проведения занятий, изменение антикоррупционного мировоззрения.

Для цитирования: Соловьёв А.Н., Козлов А.В., Ефремов А.А. Снижение уровня коррупции в медицинских учреждениях путём формирования нетерпимого отношения к коррупционному поведению у студентов медицинских специальностей // Медицина и образование. 2023. №1(13). С. 25–29.

REDUCING THE LEVEL OF CORRUPTION IN MEDICAL INSTITUTIONS BY CREATING AN INTOLERANT ATTITUDE TOWARDS THE CORRUPT BEHAVIOR OF MEDICAL STUDENTS

A.N. Soloviev¹, A.V. Kozlov¹, A.A. Efremov¹¹ Military Medical Academy named after S.M. Kirov, St. Petersburg, Russia

Abstract

Despite the measures taken, the level of corruption in medical institutions remains at a high level, having an extremely negative impact on the quality of medical services received by citizens. One of the ways to significantly influence its reduction is the achievement by students of medical educational organizations of universal competence “is able to form an intolerant attitude towards corruption behavior”. Based on the studied scientific literature and practical experience of teaching the educational discipline “Fundamentals of Combating Corruption” in the Military Medical Academy, the content and methodology of the formation of this competence is justified. The change in the attitude of students to corruption from neutral to negative during the study of this discipline is confirmed by the presented results of an anonymous questionnaire.

Key words: corruption, universal competence, the formation of an intolerant attitude to corruption behavior, the content and methodology of classes, a change in the anti-corruption worldview.

For citation: Soloviev A.N., Kozlov A.V., Efremov A.A. Reducing the level of corruption in medical institutions by creating an intolerant attitude towards the corrupt behavior of medical students // Medicine and education. 2023. №1(13). P. 25–29.

Введение. Коррупция в России, как, впрочем, и в других странах мира, существует с древнейших времен, поражая как отдельные сферы государственного управления, так и общество целиком. Коррупция в России сегодня наносит непоправимый вред как государству и обществу, так и каждому из нас. Она, поглощая ресурсы и богатства страны, не позволяет в должной мере развиваться государству.

К сожалению, до сих пор не искоренена коррупция и в медицинской среде. И если в целом сфера здравоохранения и социального обеспечения занимает почётное пятое место по уровню коррупции, то в плане бытовой коррупции здравоохранение на протяжении многих лет входит в тройку самых коррумпированных сфер, а, согласно опросам ВЦИОМ, 23% россиян признают здравоохранение самой коррумпированной сферой в нашем государстве [2, 3, 5].

Есть множество позиций и мнений, как искоренить (значительно снизить) коррупцию, однако, как показывает мировой опыт, без изменения отношения общества к коррупционным правонарушениям любые попытки противостоять коррупции являются безрезультатными. Сегодня ведущая роль в привитии молодежи антикоррупционных убеждений, нравственных норм и общекультурных качеств отводится системе высшего образования [6, 8].

Совершение коррупционных правонарушений крайне негативно влияет на возможности системы здравоохранения и снижает качество оказываемых медицинских услуг. Взятки, вымогательство и другие злоупотребления коррупционного характера в сфере здравоохранения наиболее болезненно воспринимаются гражданами, потому что в массовом сознании профессия врача ассоциируется с бескорыстным и самоотверженным служением людям, а здоровье является фундаментальным человеческим благом, без которого многие иные ценности утрачивают свой смысл. Значение сферы здравоохранения трудно переоценить: она позволяет обеспечить достижение таких целей, как естественный прирост населения, высокий уровень жизни всех представителей общества, равные возможности для удовлетворения бытовых условий жизни и трудовой деятельности

разных социальных слоев. При этом поражённость здравоохранения коррупцией препятствует реализации этих задач, приоритетных для социально-экономической политики любого государства [1].

Коррупция — понятие многоплановое, и противодействие ей включает целый комплекс мероприятий. При этом одним из принципов Федерального закона 2008 года «О противодействии коррупции» является приоритетное применение мер по предупреждению коррупции, основу которого составляет формирование в обществе нетерпимости к коррупционному поведению. Действительно, пока не изменится отношение медицинских работников к коррупционным правонарушениям, любые попытки государства противостоять коррупции окажутся безрезультатными.

Цель исследования — обоснование методики достижения универсальной компетенции «Способен формировать нетерпимое отношение к коррупционному поведению» у студентов медицинских образовательных организаций.

Результаты и обсуждение. В целях формирования среди молодёжи нетерпимости к коррупционному поведению во все Федеральные государственные образовательные стандарты высшего образования стала включаться универсальная компетенция «Способен формировать нетерпимое отношение к коррупционному поведению». Так, в ФГОС основных медицинских специальностей («Лечебное дело», «Медико-профилактическое дело», «Стоматология», «Фармация») указанная компетенция была включена во второй половине 2020 года.

В целях достижения указанной компетенции в основную профессиональную образовательную программу обучения студентов Военно-медицинской академии была включена отдельная дисциплина «Основы противодействия коррупции» общей трудоёмкостью 2 зачетные единицы.

В содержательном плане в ней были учтены мнения ряда специалистов по преподаванию дисциплин антикоррупционной направленности, изложенные в научной литературе, и её основу составила следующая тематика: история зарождения, становления и борьбы с коррупцией,

её понятие, сущность и негативные последствия; зарубежный и отечественный опыт противодействия коррупции, содержание антикоррупционной политики в Российской Федерации; коррупционные правонарушения и преступления, меры юридической ответственности за их совершение (дисциплинарная, административная, гражданско-правовая, уголовная ответственность); сущность, распространённость, негативные последствия бытовой коррупции и меры по её противодействию; особенности бытовой коррупции в здравоохранении и образовательных организациях высшего образования; морально-этическая, духовная и психологическая сторона коррупции; сообщение гражданами о коррупционных правонарушениях и преступлениях — гражданский долг или доносительство, виктимность и коррупция. Вышеперечисленная тематика была разобрана в ходе 6 лекций.

Разбор наиболее сложных вопросов и проверка усвоенных знаний осуществлялись в ходе проведения 3 семинарских занятий.

Многие специалисты считают, что преподавание вопросов противодействия коррупции должно быть направлено в первую очередь на привитие норм морали и этики, формирование антикоррупционного мировоззрения, обеспечивающих правильное поведение обучающихся в дальнейшем. При этом вопрос получения определённых знаний ими ставится на второй план. Увеличение количества лекций и семинарских занятий по коррупционным проблемам, возможно, привело бы к повышению знаний обучающихся о данном феномене, но при этом не оказывало бы существенного влияния на отказ от коррупционных действий в будущем [4]. Только проведение практических занятий с использованием активных методик преподавания способно повлиять на отношение обучающихся к проблеме коррупции.

Поэтому основу дисциплины «Основы противодействия коррупции» в Военно-медицинской академии составляют практические занятия (13 занятий). В ходе практических занятий были:

- проведены анонимные анкетирования на предмет отношения к коррупции (на первом

и последнем занятиях). Цель и результаты анкетирования будут изложены далее;

- обсуждены представленные обучающимися эссе (на первых занятиях). Написание и обсуждение эссе, в котором обучающиеся показывают своё мнение относительно отдельных аспектов коррупции, позволяет заинтересовать их данной тематикой и включить в мыслительный процесс. Результаты эссе также помогают преподавателю оценить отношение обучаемых к данной проблеме, выявить наиболее характерные стереотипы мышления и, следовательно, скорректировать последующий диалог;

- защищены написанные рефераты (на последних занятиях). Написание реферата требует от обучающихся досконального изучения заинтересовавшего их аспекта коррупции и формулирования своего отношения к нему, обсуждение рефератов позволяет погрузить в исследованную проблематику всех студентов группы;

- разобраны ситуационные задачи, в том числе: подчёркивающие сущность и вред коррупции; определяющие меры ответственности за совершение коррупционных правонарушений и преступлений; определяющие законные пути разрешения ситуаций, связанных с бытовой коррупцией;

- проведены обсуждения проблем, связанных с коррупцией и её проявлениями, с использованием активных и интерактивных методов обучения (основа всех практических занятий).

Приведём примеры указанных занятий:

1. Обучающиеся разделяются на небольшие группы и доказывают диаметрально противоположные утверждения, касающиеся коррупции, такие, например, как:

а) приведите доводы в пользу того, что жёсткие репрессивные меры в борьбе с коррупцией являются наиболее эффективными;

б) приведите доводы в пользу того, что репрессивные меры в борьбе с коррупцией далеко не всегда являются эффективными. Какие меры по борьбе с коррупцией являются наиболее эффективными на ваш взгляд;

а) приведите доводы в пользу того, что в нашей стране невозможно значительно снизить уровень коррупции;

б) приведите доводы в пользу того, что в нашей стране возможно значительно снизить уровень коррупции;

а) кому, как и какую пользу приносят коррупционные нарушения;

б) какой вред наносят коррупционные правонарушения, кто страдает от них в первую очередь.

2. Проведение дискуссий, например на тему «Двойной моральный стандарт: осуждение верхушечной коррупции и принятие низовой коррупции как части быта и определённых устоев».

3 Деловые игры. Например, предлагается нескольким обучающимся представить себя в роли Президента Российской Федерации и в часы самостоятельной подготовки продумать, какие дополнительные меры противодействия коррупции можно принять в нашей стране. На занятии обучающиеся предлагают свои меры борьбы с коррупцией и приводят их аргументацию, остальная группа выступает в роли арбитров, соглашается с предложенными мерами или приводит контрдоводы их неэффективности. Многие люди часто высказываются, что государство ничего не делает для борьбы с коррупцией, — данная игра заставит обучающихся, имеющих сходную позицию, пересмотреть её.

4. Проведение практикумов, как противостоять коррупции в бытовых условиях. Студентам предлагаются реальные жизненные ситуации, связанные с коррупцией, а они предлагают законные пути выхода из них.

Активность обучающихся во время практических занятий была крайне высокой, при этом им приходилось не слушать мнение преподавателя, а самим формулировать своё мнение, приводить доводы в поддержку утверждения, выслушивать мнение и доводы противоположного утверждения, высказывать контрдоводы. Главное преимущество данных занятий в том, что обучающиеся самостоятельно, без видимого давления со стороны преподавателя, формируют своё отношение к коррупции, пусть не значительно, но самостоятельно корректируют мировоззрение — своё и своих товарищей.

Формы и методы проведения практических занятий разнообразны, но все они должны отвечать следующим требованиям:

- проводить активизацию самостоятельной познавательной деятельности студентов;

- в первую очередь быть направленными на формирование антикоррупционного

мировоззрения и корректировку ложных стереотипов, касающихся коррупции;

- иметь практико-ориентированную направленность;

- учитывать возраст и направление подготовки студентов;

- характер занятий должен быть проблемным, необходимо уходить от абстрактности изучаемого материала, привязывая его к личному опыту обучающихся;

- не стоит навязывать позицию педагога как «истину в последней инстанции», потому что при рассмотрении коррупции как социального явления предпочтителен равноправный, интерактивный диалог, который способен развить дискуссию, способствовать самостоятельному осмыслению обучающимися всей глубины и опасности коррупции [7].

Формами контроля в конце изучения дисциплины были тестирование с использованием Электронной образовательной среды и зачёт в устной форме.

Основной целью преподавания дисциплины «Основы противодействия коррупции» было не получение конкретных знаний, а оказание влияния на отношение обучающихся к проблеме коррупции, корректировка его от положительного и нейтрального к негативному. И если для оценки полученных знаний традиционных методик (опрос в ходе семинаров и практических занятий, тестирование, зачёт) было вполне достаточно, то оценка влияния на отношение к коррупции представляла определённую проблему. В целях её возможного решения в начале и в конце изучения дисциплины было проведено анонимное анкетирование обучающихся.

Для анкетирования были разработаны 16 вопросов с предложенными вариантами возможных ответов, направленные на определение отношения обучающихся к коррупции и возможности совершения ими коррупционных правонарушений. Все вопросы были простыми, не предусматривающими двойного толкования. Результаты анонимного анкетирования были внесены в таблицу путём регистрации полученных ответов единицей.

В целях математического анализа результатов анонимного анкетирования всем полученным ответам были выставлены баллы

от 0 до 2. Если ответ отражал негативное отношение к коррупции, ему присваивалось 2 балла, нейтральное отношение — 1 балл, положительное отношение к коррупции — 0 баллов. Единицы, выставленные по каждому полученному ответу, были перемножены на присвоенные баллы от 0 до 2 и суммированы по каждому обучающемуся. Максимальное количество баллов свидетельствовало о негативном отношении обучающегося к коррупции, минимальное — о положительном восприятии коррупции. Путём суммирования всех полученных баллов и деления их на количество респондентов был получен средний балл анкетирования. В первом анкетировании приняло участие 307 обучающихся, во втором — 298 (ряд обучающихся были отчислены).

Так, в ходе начального анкетирования средний балл составил 19,6, что свидетельствует о в основном нейтральном отношении обучающихся к коррупции и её последствиям. При повторном анкетировании средний балл увеличился до 25,4, что свидетельствует о существенном увеличении негативного отношения обучающихся к коррупции.

Заключение. Сегодня у руководства страны есть осознанное понимание необходимости проведения молодёжной антикоррупционной политики, являющейся эффективной инвестицией в будущее страны. Проводимая государственными органами политика направлена на привитие студенческой молодёжи нетерпимого отношения к любым фактам проявления коррупции.

Многие специалисты сходятся во мнении, что вектор преподавания должен быть направлен в первую очередь не на получение конкретных знаний, а на привитие норм морали, которые обеспечат в будущем правильное поведение обучающихся. Реализуемая в Военно-медицинской академии программа дисциплины «Основы противодействия коррупции» направлена прежде всего на формирование антикоррупционного мировоззрения обучающихся. Её основу составляют практические занятия, выстроенные в логически взаимосвязанную систему, проводимые с использованием активных и интерактивных методов обучения, с

обязательным вовлечением студентов в образовательный процесс, исключая возможность превращения занятий в простую констатацию факта проблемы коррупции.

Результаты проведённого анкетирования свидетельствует о том, что изучение указанной дисциплины позволяет повлиять на отношение обучающихся к коррупции, изменить его с нейтрального на негативное, что в будущем должно положительно повлиять на количество коррупционных правонарушений в системе здравоохранения и соответственно повысить качество оказываемой гражданам медицинской помощи.

Литература

1. *Ананьева С.* К вопросу о коррупции в здравоохранении и борьбе с ней // Финансирование здравоохранения: проблемы и перспективы: материалы круглого стола. Тамбов, 2017. С. 4–14.
2. Бастрыкин назвал наиболее коррумпированные сферы // NEWS.ru. 08.12.22. Режим доступа: <https://news.ru/vlast/bastrykin-nazval-naibolee-korruptirovannye-sfery/?ysclid=lg9qswzkn8678084943> (дата обращения: 09.04.2023).
3. ВЦИОМ: россияне называют медицину, ГИБДД, полицию и ЖКХ самыми коррумпированными сферами // TASS.ru. 01.06.2023. Режим доступа: <https://tass.ru/obschestvo/5254851?ysclid=lg9qx83rrq448706621> (дата обращения: 09.04.2023).
4. *Гоноченко О. А.* Социальное воспитание молодежи как фактор стандарта антикоррупционного поведения личности // Материалы региональной научно-практической конференции по теме: «Роль образовательных и общественных организаций в формировании антикоррупционного стандарта поведения молодежи». Ставрополь, 2014. С. 8–13.
5. *Меджидов И.С.* Специфика проявления бытовой коррупции // Пробелы в российском законодательстве. 2016. № 2. С. 151–153.
6. *Пустовалова И.Н.* Антикоррупционная составляющая образовательного процесса в вузе // Ярославский педагогический вестник. 2011. № 4. С. 62–65.
7. *Соловьев А.Н., Ефремов А.А.* Правовая подготовка медицинских специалистов как элемент профилактики коррупционных правонарушений в здравоохранении // Научное мнение. 2018. № 12. С.112–116.
8. *Фалиев В.А.* Правовое просвещение как средство предупреждения коррупции в регионе // Государственная власть и местное самоуправление. 2012. № 10. С. 3–5.

УДК 612.397.3

**КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ
ЛИПОЛИТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ
ПРЕПАРАТА «МЕЗИМ»****Н.М. Муста Оглы¹, Г.Г. Халирбагинова^{1,2},
А.Н. Бландов¹, М.А. Гейда¹, К.П. Чуглова¹**¹ ЧОУВО «СПБМСИ», г. Санкт-Петербург, Россия² ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им.
С.М. Кирова», г. Санкт-Петербург, Россия**Аннотация**

В статье приведены данные по исследованию ферментативной активности пищеварительного ферментного препарата «Мезим» 20000, проявляющего протеолитическое, липолитическое (20000 ЕД активности липазы) и амилолитическое действия. Липаза — простой фермент из класса гидролаз, катализирующий последовательное отщепление остатков жирных кислот от триацилглицеридов с образованием глицерина и свободных жирных кислот, используемых организмом в качестве источников АТФ.

В практике врачей все чаще появляются пациенты с недостаточностью функции поджелудочной железы, вырабатывающей протеолитические и гидролитические ферменты, среди которых и липаза. При гипофункции поджелудочной железы наблюдаются проблемы с перевариванием белков, жиров и углеводов, выражающиеся тяжестью после приёма пищи и диареей. В таких случаях приём пищеварительных ферментных препаратов по типу «Мезим» является обоснованной рекомендацией.

В данной работе было исследовано влияние печёночной человеческой желчи на активацию липазы и скорость гидролиза жиров. В результате работы были сделаны следующие выводы:

1. Внесение желчи в исследованные образцы ускоряет скорость гидролиза молочного жира липазой примерно на порядок.

2. Однако активирующего действия желчных кислот в составе желчи на работу липазы в работе не наблюдалось.

Ключевые слова: Мезим, жирные кислоты, пищеварение, ферменты гидролиза, желчные кислоты, триглицериды, гидролиз жиров, липаза.

**QUANTITATIVE DETERMINATION
OF THE LIPOLYTIC ACTIVITY
OF MEZIM DRUG'S****N.M. Musta Ogly¹, G.G. Halirbaginova^{1,2},
A.N. Blandov¹, M.A. Geyda¹, K.P. Chuglova¹**¹ Saint-Petersburg Medico-Social Institute,
St. Petersburg, Russia² Military Medical Academy named after S.M. Kirov,
St. Petersburg, Russia**Abstract**

The article presents data on the study of the enzymatic activity of the digestive enzyme preparation Mezim 20000, which exhibits proteolytic, lipolytic (20,000 U of lipase activity) and amylolytic effects. Lipase is a simple enzyme from the class of hydrolases that catalyzes the sequential cleavage of fatty acid residues from triglycerides with the formation of glycerol and free fatty acids used by the body as sources of ATP.

In the practice of doctors, patients with insufficiency of the pancreas function, which produces proteolytic and hydrolytic enzymes, including lipase, are increasingly appearing. With hypofunction of the pancreas, there are problems with the digestion of proteins, fats and carbohydrates, expressed by heaviness after eating and diarrhea. In such cases, the intake of digestive enzyme preparations of the Mezim type is a reasonable recommendation.

In this work, the effect of human hepatic bile on lipase activation and the rate of fat hydrolysis was investigated. As a result of the work, the following conclusions were made:

1. The introduction of bile into the studied samples accelerates the rate of hydrolysis of milk fat by lipase by about an order of magnitude.

2. However, the activating effect of bile acids in the composition of bile on the work of lipase wasn't observed in the work.

Key words: Mezim, fatty acids, digestion, hydrolysis enzymes, bile acids, triglycerides, fat hydrolysis, lipase.

For citation: Musta Ogly N.M., Halirbaginova G.G., Blandov A.N., Geyda M.A., Chuglova K.P. Quantitative determination of the lipolytic activity of mezim drug's // Medicine and education. 2023. №1(13). P. 30–33.

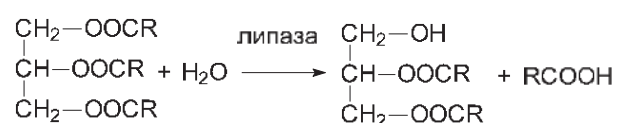
Для цитирования: Муста Оглы Н.М., Халирбагинова Г.Г., Бландов А.Н., Гейда М.А., Чуглова К.П. Количественное определение липолитической активности препарата «мезим» // Медицина и образование. 2023. №1(13). С. 30–33.

Введение. Липаза — гидролаза, которая синтезируется поджелудочной железой, далее фермент секретируется в 12-перстную и тонкую кишку для расщепления триацилглицеридов на глицерин и свободные жирные кислоты, используемые в качестве источников АТФ. В активации липазы участвуют желчные кислоты, секретируемые печенью в составе желчи [1]. Соли желчных кислот обладают мощным эмульгирующим действием на жиры благодаря наличию в их составе гидрофильных и гидрофобных групп, в результате чего крупные капли жира становятся неустойчивыми и распадаются на более мелкие, подвергающиеся гидролизу панкреатической липазой [2]. Важную роль выполняют желчные кислоты в солюбилизации продуктов гидролиза липидов в мицеллярную форму, что приводит к увеличению поверхности соприкосновения жира с липазой, облегчая их всасывание через клеточную мембрану кишечника [3].

В практике врачей всё чаще появляются пациенты с недостаточностью функции поджелудочной железы, вырабатывающей протеолитические и гидролитические ферменты, среди которых и липаза. При гипофункции поджелудочной железы наблюдаются проблемы с перевариванием белков, жиров и углеводов, выражающиеся тяжестью после приёма пищи. В таких случаях приём пищеварительных ферментных препаратов по типу «Мезим» является обоснованной рекомендацией.

Цель исследования. В данной работе, с учётом роли желчных кислот в активации липазы (исходя из литературных данных), было исследовано влияние печёночной человеческой желчи на активацию липазы из пищеварительного ферментного препарата «Мезим» с активностью липазы, равной 20 000 ЕД, и способность желчи ускорять гидролиз жира в молочных продуктах различной степени жирности. Ниже представлена

реакция последовательного отщепления жирных кислот липазой.



Материалы и методы исследования.

Поскольку человеческая желчь имеет темно-зелёный оттенок, то для титрования едким натром до видимой слабо-розовой окраски в присутствии фенолфталеина перед использованием желчь разводили водой (1:3). Брали равное количество молочных продуктов и разведённой желчи. Препарат «Мезим» готовили растиранием пяти таблеток и смешиванием с водой (50 мл) и глицерином (50 мл). До внесения раствора, содержащего липазу, исследуемые образцы нейтрализовали NaOH (0,1 н) в присутствии фенолфталеина. Далее образцы нагревали в течение 5–7 минут в термостате при 37–40 °С. Количество вносимого раствора с липазой составляло 1 мл. Далее инкубировали при 37–40 °С в течение 30, 60 и 90 минут в термостате ТС-1/20 СПУ. Контрольное титрование по умолчанию принимали за 0.

Результаты исследования. В работе [4] авторами представлены результаты похожего сравнительного анализа изучения влияния желчи на активность панкреатической липазы. Авторами было выявлено, что желчные кислоты оказывают активирующее действие на панкреатическую липазу и с увеличением времени инкубирования активность липазы увеличивается.

В табл. 1 внесены данные по титрованию молочных продуктов с внесением желчи и без неё как контрольного образца в результате гидролиза молочного жира.

На рис. 1 представлены результаты нашего исследования активности липазы препарата «Мезим» 20000 в молочных продуктах различной степени жирности с

Табл. 1. Результаты исследования липазной активности препарата «Мезим»

Образцы с внесенной желчью	V_{NaOH} , мл			Образцы без желчи		
Наименование молочного продукта и % жирности	V_{NaOH} , мл			V_{NaOH} , мл		
	V_1	V_2	V_3	V_1	V_2	V_3
Молоко «Домик в деревне» 3,7%	0,5	1,9	2,2	0,1	0,1	0,2
Молоко фермерское 4,0%	0,6	0,9	2,0	0,1	0,2	0,3
Молоко «Молочный терем» 3,2%	1,1	3,2	3,7	0,2	0,3	0,4
Молоко «Софійка» 2,5%	0,7	1,6	2,3	0,1	0,2	0,3
Сливки «Клевер» 10%	0,9	1,2	2,3	0,1	0,3	0,4
Сливки «Клевер» 20%	1,6	3,5	5,1	0,2	0,3	0,4
Сливки «Клевер» 30%	0,6	1,9	6,3	0,3	0,4	0,5



Рис. 1. Активность липазы из препарата «Мезим» 20000

внесением разведённой в три раза желчи и без неё.

Заключение и выводы. Авторами [4] выявлено, что желчные кислоты оказывают активирующее действие на панкреатическую липазу. При добавлении в пробирку желчи идёт активация фермента и гидролиз жиров молока протекает с большей скоростью, чем в пробирке без желчи, однако с увеличением времени инкубирования активность липазы не увеличивается. Также авторами в работах [5–8] установлено, что при использовании чистых препаратов панкреатической липазы желчные

кислоты скорее ингибируют этот фермент, нежели активируют. Торможение активности начиналось уже при низких концентрациях и становилось полным при максимальных. Авторами [5–8] предполагается, что желчные кислоты, присутствующие в кишечном содержимом у всех позвоночных, не подавляют активности липазы в связи с наличием колипазы — фактора, способного реактивировать липазу. В конечном счёте желчные кислоты стабилизируют липазу и предохраняют её от инактивации на поверхности субстрата.

Таким образом следует, что внесение желчи в исследованные образцы ускоряет скорость гидролиза молочного жира липазой. Однако активирующего действия желчных кислот в составе желчи в работе не наблюдалось.

Литература

1. *Reis P, Miller R, Leser M, Watzke H.* Lipase-catalyzed reactions at interfaces of two-phase systems and microemulsions // *Appl Biochem Biotechnol.* 2009 Sep. № 158 (3). Pp. 706–721. DOI: 10.1007/s12010-008-8354-5. Epub 2008 Sep 16. PMID: 18795240; PMCID: PMC2847170.
2. *Rusli S., Grabowski J., Drews A., Kraume M.A.* Multi-Scale Approach to Modeling the Interfacial Reaction Kinetics of Lipases with Emphasis on Enzyme Adsorption at Water-Oil Interfaces // *Processes.* 2020. № 8. P. 1082. DOI: 10.3390/pr8091082.
3. *Можейко Л.А.* К вопросу о роли желчных кислот и их взаимосвязях с секрецией поджелудочной железы // *Журнал Гродненского государственного медицинского университета.* 2010. № 2 (30). С. 20–23.
4. *Сапожникова Е.Ю., Ажмуратова К.Б.* Изучение влияния желчи на активность панкреатической липазы при гидролизе молочных жиров // *Материалы XI Международной студенческой научной конференции «Студенческий научный форум».* URL: <https://scienceforum.ru/2019/article/2018011613>.
5. *Borgstom B., Erlanson C.* Pancreatic lipase and co-lipase. Interactions and effects of bile salts and other detergents // *Europ. Journ. Biochem.* 1973. Vol. 37. P. 60–68.
6. *Fujio I. et al.* Pancreatic hypersecretion in dogs with obstructive jaundice // *Jap. J. Pharmacol.* 1986. Vol. 40, № 4. P. 533–539.
7. *Matheus H.M., Avelar, Débora M.J., Cassimiro, Kádima C., Santos, Rui C.C., Domingues, Heizir F. de Castro, Adriano A. Mendes.* Hydrolysis of vegetable oils catalyzed by lipase extract powder from dormant castor bean seeds // *Industrial Crops and Products.* 2013. Vol. 44. P. 452–458. DOI: 10.1016/j.indcrop.2012.10.011.
8. *Chandra P., Enesp, Sing, R. et al.* Microbial lipases and their industrial applications: a comprehensive review // *Microb Cell Fact.* 2020. № 19. P. 169. DOI: 10.1186/s12934-020-01428-8.

УДК 616.624-06

**ХИРУРГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ
УСТРАНЕНИЯ РЕЦЕССИЙ ДЕСНЫ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)****В.С. Солдатов**

Стоматологический центр «Альфа-Дент», г. Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

В работе даны основные понятия патологических процессов в мягких тканях пародонта, классификация биотипов пародонта, раскрыты основные и наиболее частые причины, приводящие к возникновению мукогингивальных проблем, а также особенности диагностики по данным литературных источников. Приведены наиболее эффективные способы их лечения и методики восстановления объёма тканей вокруг естественных зубов.

Ключевые слова: пародонт, рецессия десны, мукогингивальная хирургия, биотип, вестибулярная пластинка, кератинизированная десна.

Для цитирования: Солдатов В.С. Хирургический аспект устранения рецессий десны (обзор литературы) // Медицина и образование. 2023. №1(13). С. 34–39.

**SURGICAL ASPECT OF RECEDING
GUMS ELIMINATION
(LITERATURE REVIEW)****V.S. Soldatov**

Head dentist of “Alfa-Dent”, St. Petersburg, Russia

Abstract

The paper gives the basic concepts of pathological processes in periodontal soft tissues, the classification of periodontal biotypes, reveals the main and most common causes leading to mucogingival problems, also diagnostic features according to literary sources. The most effective methods of their treatment and methods of restoring the volume of tissues around natural teeth are given.

Key words: parodontium, receding gum, mucogingival surgery, biotype, vestibular plate, keratinized gum.

For citation: Soldatov V.S. Surgical aspect of receding gums elimination (literature review) // Medicine and education. 2023. №1(13). P. 34–39.

Введение. На сегодняшний день заболевания пародонта достаточно широко распространены и весьма разнообразны. Гингивит, пародонтит и рецессия десны распространены повсеместно и охватывают, в большей или меньшей степени, почти всё население планеты [2, 8, 19]. Среди взрослых людей Российской Федерации рецессия десны встречается в 12,1% случаев и чаще выявляется у женщин (15,2%), чем у мужчин (9,4%). Наиболее часто рецессия десны встречается у лиц среднего (12,4%), пожилого (19,4%) и старческого (15,4%) возраста. У лиц молодого возраста рецессия встречается сравнительно редко — в 6,3% случаев. Во всех возрастных группах чаще встречается локализованная форма рецессии

десны. Генерализованная форма рецессии десны выявляется крайне редко, главным образом у лиц пожилого и старческого возраста [7, 10, 13]. Рецессию десны относят к морфологически обусловленным изменениям, спровоцированным различными внешними причинами — как, например, неправильной гигиеной полости рта или функциональной перегрузкой [2, 9, 20]. Потери зубов из-за рецессии десны, как правило, не происходит, однако пациентов могут беспокоить гиперчувствительность зубов и нарушение эстетики. При увеличении объёма рецессии до уровня подвижной слизистой оболочки становится затруднительной полноценная гигиена полости рта, что приводит к развитию воспаления [3, 5, 22]. Рецессиям десны и

развивающимся в результате эстетическим недостаткам на протяжении многих лет не уделялось должного внимания в научной литературе, а их лечением практически не занимались [4, 121, 24]. В последние десятилетия рецессия десны становится всё более распространённым явлением. Для современного человека понятие красоты включает в себя и безупречную улыбку [2, 14, 21]. Повысился спрос на эстетические процедуры в стоматологии, что привело к появлению множества новых методик для устранения мукогингивальных проблем. Ожидается что встречаемость этой патологии в будущем только увеличится, особенно у людей молодого возраста [6, 9, 16].

Цель работы — анализ научных публикаций, посвящённых результатам хирургического лечения пациентов с рецессией десны.

Материалы и методы. Данные отечественных и зарубежных литературных источников за последние более чем двадцать лет.

Результаты исследования. Рецессия десны — потеря уровня десны без клинически видимых признаков воспаления, сопровождающаяся уменьшением её объема в апикальном направлении [ВОЗ, 2000; Ланге, 1998; Newman, 1996 и др.]. Говоря простым языком, рецессия десны — это уменьшение объёма мягких тканей в области одного или нескольких зубов, сопровождающееся оголением шеек и корней зубов. Она может возникать в области одного зуба и носить локальный характер, а может быть в области многих зубов или всего зубного ряда. Десневая рецессия не является отдельным заболеванием, а скорее симптомом, морфологическим проявлением (или исходом) других патологических процессов или состояний. Частота ее возникновения у детей не превышает 8%, а у людей после 50 лет приближается к 100%, что позволяет говорить о важной роли физиологических процессов старения в этиологии рецессий. Увеличивается регистрация рецессий в индустриально развитых странах, что можно объяснить более частым обращением за стоматологической помощью, в том числе ортодонтической, и заинтересованностью пациентов в устранении дефекта [7, 17].

Факторы, влияющие на возникновение рецессий, делятся на несколько групп:

анатомо-топографические факторы (тонкая вестибулярная пластинка и выраженная проминенция корней зубов; мелкое преддверие полости рта, дефицит зоны прикреплённой кератинизированной десны и её тонкий биотип). Исследованиями Е.А. Горбатовой показано, что большое значение в возникновении рецессии десны имеет не собственно ширина прикреплённой десны, а соотношение величин прикреплённой и свободной десны;

травматические факторы (хроническая механическая травма, в частности средствами гигиены полости рта при их неправильном использовании, вредные привычки, неправильное использование зубочисток, сосание языка, а также его переднее положение (инфантильный тип глотания), жевание табака и других агрессивных для слизистой субстанций (бетель, наст и др.). В последнее время возросла травмирующая роль пирсинга (губы, язык);

окклюзионные факторы (окклюзионная перегрузка зубов, неправильное положение зуба в зубном ряду, патологии прикуса, деформации зубных рядов в результате частичной потери зубов). При хронической травме происходит воронкообразное расширение периодонтальной связки, резорбция краевой кости и формирование дегисценции. Таким образом, окклюзионные факторы — это опосредованные травматические;

воспалительные факторы (длительное вялотекущее воспаление или агрессивные быстро прогрессирующие (особенно ювенильная форма) пародонтиты);

ятрогенные факторы (травматическое удаление соседних зубов, ожоги мышьяковистой пастой, травмы борами, формирование нависающего края коронки или пломбы, ретракция десны, ортопедическое лечение с использованием штифтов и культевых вкладок, операции на пародонте и ортодонтическое лечение). Стоит сказать, что ятрогенными все эти факторы называются условно, а по своей сути являются травматическими.

Исходя из всего вышесказанного, можно заключить, что рецессия десны — полиэтиологическое состояние. Поэтому нельзя пренебрегать ни одним из указанных факторов и определять этиологию заболевания

нужно, последовательно исключая каждый из них во время диагностики [11, 18, 25].

В 1985 году P.D. Miller сформулировал классификацию рецессий десны, используемую до сих пор:

I класс — рецессия в пределах свободной десны. Потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует (подкласс А — узкая, подкласс Б — широкая).

II класс — рецессия в пределах прикреплённой десны. Потеря кости и/или десны в межзубных промежутках отсутствует (подкласс А — узкая, подкласс Б — широкая).

III класс — рецессия II класса сочетается с поражением апроксимальных поверхностей (подкласс А — без вовлечения соседних зубов, подкласс Б — с вовлечением соседних зубов). При этом десна в межзубных промежутках находится апикальнее цементно-эмалевого соединения, но корональное десневого края с вестибулярной поверхности зуба.

IV класс — потеря десны и кости в межзубных промежутках — циркулярная (подкласс А — у ограниченного количества зубов, подкласс Б — генерализованная горизонтальная потеря десны) [21].

Леус П.А. и Казеко Л.А. определяют рецессию как прогрессирующее смещение десневого края в апикальном направлении с одновременным оголением шейки и корня зуба. В 1993 году авторы предложили клиническую классификацию рецессии десны. При этом выделяется 3 типа рецессий: травматическая рецессия (локализованная, генерализованная); симптоматическая рецессия (локализованная, генерализованная, системная); физиологическая рецессия (системная).

По степени тяжести выделяются: лёгкая (до 3 мм); средней тяжести (3–5 мм); тяжёлая (6 мм и более). Также рекомендовано различать 2 типа рецессии: видимую и скрытую. Видимая рецессия может быть определена врачом как расстояние от эмалево-цементной границы до десневого края (высота рецессии) и расстояние между вертикальными краями рецессии на уровне эмалево-цементной границы (ширина рецессии). Скрытая рецессия обнаруживается только при зондировании [1, 23].

Наличие рецессии не является прямым показанием к её устранению. Только косметические требования пациента или сочетание с другими проблемами

определяет необходимость хирургического вмешательства. Показаниями для устранения рецессии являются: эстетические требования пациента, гиперчувствительность зубов, подготовка к ортопедическому и ортодонтическому лечению, высокий риск развития кариеса корня, прогрессирующие рецессии.

Локально исследование рецессии включает в себя ряд параметров, которые необходимо заносить в историю болезни пациента или специальную форму. Глубина рецессии измеряется от эмалево-цементной границы до десневого края. Ширину рецессии измеряют по наиболее широкой её части в области эмалево-цементной границы. Высота межзубного сосочка определяется по заполненности межзубного промежутка. Состояние костной ткани определяется по прицельному снимку. Определяющим фактором при планировании операции является зона кератинизированной десны вокруг рецессии. Различают толстый и тонкий десневой биотипы. Тонкий биотип — 1,75 мм и менее. При таком биотипе требуется не только закрыть рецессию, но и увеличить толщину тканей. Во фронтальном отделе надо помнить не только об устранении рецессии, но и воссоздании эстетики мягких тканей. В области премоляров и моляров нельзя недооценивать натяжение тканей мышцами щеки и небольшую ширину кератинизированной десны.

После проведённого лечения возможны два результата — репарация и регенерация периодонтальной связки и костной ткани. Регенерация — полное или частичное восстановление периодонтальной связки и костной ткани на оголённой поверхности корня. Наиболее желательными исходами операции считаются регенерация и образование соединительнотканного прикрепления. Формирование длинного эпителиального прикрепления — самый нестабильный во времени вид репарации, обычно возникает при осложнённом заживлении. Спонтанное полное или частичное закрытие неглубоких (до 2 мм) рецессий первого класса можно наблюдать при создании зоны кератинизированной десны. На сегодняшний день это явление объясняется корональной миграцией эпителия. В зарубежной литературе этот феномен

описывается как *greeping attachment*, что дословно переводится как «наползающее прикрепление» [23, 25].

Все методы лечения подразделяются на хирургические и консервативные [Н. Egenstein, R. Borchard (2006)]. Хирургическое лечение: однослойные методы, двухслойные методы, направленная тканевая регенерация, дополнительные методики. Полнота закрытия оголённой поверхности корня будет зависеть от уровня костной ткани межзубных перегородок, а также характеристик самой рецессии. Играет роль и ширина рецессии: при значении до 4 мм возможно применение любого метода. Если таковая более 4 мм, устранить её возможно только с применением направленной тканевой регенерации.

Контроль гигиены — основное условие, которое должно неукоснительно соблюдаться. Это касается любого метода лечения рецессии. Первым признаком травмы щёткой может быть *Stillman's cleft* —дефект десны в виде расщелины. Глубина расщелин порой бывает значительная, поэтому вначале рекомендуется провести консервативное лечение для их закрытия [18, 22].

Хирургические методы закрытия рецессий

1. *Однослойные методики* (для закрытия корневой поверхности используют мягкие ткани, располагающиеся апикальнее или апроксимальнее рецессии. Существуют несколько основных техник:

1. Коронально-позиционированный лоскут (КПЛ). Слизистонадкостничный лоскут формируют спомощью двух параллельных вертикальных разрезов, ограничивающих область операции. Эти разрезы ограничивают сосочки, которые будут смещены коронально. В области межзубных промежутков аккуратно стараются создать новые сосочки, так чтобы они соответствовали их будущей позиции. Оставшаяся часть сосочков подвергается деэпителизации. Затем лоскут позиционируют на 1 мм корональное цемента-эмалевого соединения. У основания лоскута надкостницу надсекают. Лоскут ушивают коронально обвивным швом вокруг шейки зуба, латерально используют одиночные швы. Условия проведения: ширина кератинизированной ткани апикальнее

рецессии 4 мм и более, достаточная толщина десны, узкие и широкие мелкие рецессии. Не показан при тонкой десне, мелком преддверии полости рта, возможно уменьшение ширины кератинизированной десны.

2. Латерально позиционированный лоскут (проводят V-образный разрез и создают скошенный край раны в принимающей области. Край лоскута (область наложения шва) должен располагаться над костью. Проводят вертикальный разрез на расстоянии, по меньшей мере в 1,5 раза превышающем ширину принимающей области. Разрез должен быть немного скошен по направлению к принимающему ложу. Аккуратно, стараясь не повредить основания (т. е. кровоснабжения) лоскута, формируют слизисто-надкостничный или слизистый лоскут. Рекомендуется сформировать комбинированный лоскут — слизистый в области десны и слизисто-надкостничный в области альвеолярной слизистой. Лоскут располагают так, чтобы он полностью перекрывал дефект. При наличии натяжения лоскута при оттягивании губы или щеки необходимо провести дополнительное отсечение и откидывание лоскута у основания. Далее лоскут фиксируется узловыми швами, для профилактики смещения накладывают обвивной шов. Существуют модификация по Poppel et al. — косой ротированный лоскут. Заключается в повороте лоскута на 90°. Условия проведения: на одном или двух зубах, узкие и мелкие рецессии первого и второго класса, глубокое преддверие полости рта, предпочтителен толстый десневой биотип. Недостатки: необходимо достаточно большое количество кератинизированных тканей, техническая сложность, трудно предсказуемый результат, необходимо закрытие донорской зоны при использовании полнослойных лоскутов, трудности при лабиальном положении корня.

3. Двойной сосочковый лоскут. С обеих сторон зуба проводят два горизонтальных разреза параллельно цемента-эмалевого соединению. Медиальный и дистальный вертикальные разрезы проводят по касательным соседних зубов и продлевают их за пределы слизисто-десневого соединения, не пересекая надкостницу. Выделенные сосочки перемещают к середине зуба. Суммарная ширина перемещаемых сосочков должна превышать ширину рецессии. Условия

проведения: одиночная рецессия, широкая зона кератинизированных тканей в области межзубных сосочков, высокие сосочки. Недостатки: ограниченное применение из-за технической сложности.

4. Полулунный лоскут. Разрез следует изгибу десневого контура, не доходя до уровня кости, затем проводится внутрибороздковый разрез и через него проводится отслойка слизистого лоскута до полулунного разреза. Среднюю часть лоскута смещают коронально до уровня эмалево-цементной границы и подвергают давлению в течение 5 минут. Операция заканчивается наложением пародонтологической повязки. Условия проведения: достаточное количество кератинизированной десны вокруг рецессии, мелкие рецессии (2–3 мм). Недостатки: ограниченное применение (только мелкие рецессии).

5. Э п и т е л и з и р о в а н н ы й соединительнотканый трансплантат. Горизонтальные сосочковые разрезы выполняют под прямым углом к сосочкам выше уровня цемента-эмалевого соединения с целью создания плотного сопоставления лоскутов. При невозможности — сосочки дезэпителизируют. Далее формируют надкостничное ложе, которое должно распространяться во все направления на 4–6 мм. Полученный трансплантат помещают над оголённым корнем на уровне цементно-эмалевой границы. Условия проведения: трансплантат должен быть толщиной 1,5–2 мм, толщина нёба — минимум 3 мм. Недостатки: цвет трансплантата светлее окружающих тканей, 2 хирургические зоны, заживление донорского участка вторичным натяжением, возможно развитие некроза трансплантата (из-за нарушения кровоснабжения при глубоких и широких рецессиях).

II. *Двухслойные методики* (между первичным лоскутом и поверхностью корня помещается второй слой — соединительная ткань, полученная, как правило, с области твёрдого нёба. Давно установлено, что подлежащая под слизистой соединительная ткань является хорошим источником клеток для репопуляции эпителия и надёжным источником для увеличения зоны кератинизированной десны. Забор ауто трансплантата проводится из зоны от первого моляра до резцов. В зависимости

от вида получаемого трансплантата (с эпителиальной полоской или без) используются различные техники разреза [11, 13, 26].

III. *Направленная тканевая регенерация.* Направленной тканевой регенерацией (НТР) называют вмешательство, направленное на регенерацию утраченных структур пародонта путём избирательного воздействия на ткани. При НТР используются резорбируемые или нерезорбируемые барьерные мембраны для предупреждения врастания эпителия и соединительной ткани в область устраняемого дефекта. Это способствует регенерации цемента, периодонта и альвеолярной кости. Вмешательство направлено на восстановление прикрепления, а не только на устранение дефекта. Наиболее распространёнными материалами, используемыми для изготовления мембран, являются расширенный политетрафторэтилен (рПТФЭ), полимер гликолевой кислоты, полимер молочной кислоты и коллаген. Нерезорбируемые мембраны также изготавливают из титана. Показания к применению НТР: умеренная или значительная рецессия десны; тонкая слизистая нёба; отказ пациента от использования дополнительного хирургического доступа. Методика проведения: поверхность корня тщательно очищается от зубных отложений, обрабатывается тетрациклиновой пастой. Проводятся два вертикальных разреза с сохранением сосочков, продолжающиеся за пределы слизисто-десневого соединения. Вертикальные разрезы соединяются внутрибороздковым, откидывается лоскут на 3 мм апикальнее края кости. Затем рассекают надкостницу и продолжают мобилизацию лоскута (расщеплённого). Лоскут должен без натяжения закрывать рецессию. Мембране придаётся форма, позволяющая полностью закрыть рецессию. Мембрану смещают коронально до уровня цементно-эмалевого соединения и фиксируют к зубу резорбируемой нитью, располагая шов с нёбной стороны. После фиксации мембраны щечный лоскут смещают коронально и фиксируют к сосочкам отдельными швами. Затем ушивают вертикальные разрезы. При *использовании* нерезорбируемых мембран через 6 недель их необходимо удалять [2, 14, 19].

IV. *Микрохирургические методики устранения рецессии десны.* В настоящее

время хирургическое устранение рецессии и оптимизация эстетики десневого контура получили новое клиническое развитие с применением микрохирургической техники. Основные способы применения микрохирургической техники — это внутрибороздковые разрезы с формированием карманов для соединительнотканых трансплантатов, получение самих трансплантатов, туннельные методики, высокоточное ушивание лоскутов без натяжения, обработка поверхности корня. Микрохирургический подход, по сравнению со стандартным, позволяет добиться лучшего эстетического результата, значительно сократить срок заживления и избежать таких обязательных хирургических осложнений, как отёк, гематома и боль.

Выводы. Таким образом, анализ доступных литературных источников показал, что имеющиеся на сегодняшний день в арсенале хирургов методики устранения рецессий десны не лишены недостатков, не являются универсальными, требуют высокой кооперации со стороны пациента и смежных специалистов. Подобное состояние проблемы даёт основание для проведения более детального исследования в этом направлении.

Литература

1. *Бернадский Ю.И.* Основы хирургической стоматологии. Киев, 1970. 316 с.
2. *Вольф Г.Ф.* Пародонтология. 2-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2014. 548 с.
3. *Грудянов А.И., Ерохин А.И., Безрукова И.В.* Тактика проведения операций по устранению рецессий десны // Пародонтология. 2002. № 1 (23). С. 12–16.
4. *Грудянов А.И., Ерохин А.И.* Хирургические методы лечения заболеваний пародонта. М.: МИА, 2006.
5. *Дмитриева Л.А., Максимовский Ю.М.* Терапевтическая стоматология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
6. *Заболевания пародонта.* М.: Поли Медиа Пресс, 2004. С. 341–343.
7. *Иорданишвили А.К.* Гиперестезия зубов: учебное пособие. СПб: Человек, 2020. 40 с.
8. *Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н., Орехова Л.Ю.* Терапевтическая стоматология. М.: Медицина, 2002. 428 с.
9. *Bernimoulin J.P.* Coronally repositioned periodontal flap // J. Clin. Periodontol. 1999. Vol. 2. P. 1–4.
10. *Перова М.Д., Дьяков В.Е., Федотова Л.М., Картунов Ю.В.* Оценка эффективности новой нерезорбируемой ПТФЭ-мембраны для направленной регенерации тканей пародонта // Новое в стоматологии. 2002. № 6. С. 47–57.
11. *Перова М.Д., Фомичева Е.А.* Результаты когортного ретроспективного исследования рецессии тканей пародонта // Кубанский научный медицинский вестник. 2005. № 3–4. С. 25–30.
12. *Перова М.Д., Фомичева Е.А., Фомичева А.В.* Рецессия тканей пародонта. Современное состояние вопроса (обзор литературы) // Новое в стоматологии. 2005. № 5. С. 38–45.
13. *Фомичева Е.А.* Профилактика и лечение рецессии тканей пародонта: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ставрополь, 2005. 22 с.
14. *Эрпеништейн Х., Боркхард Р.* Методы закрытия оголенного корня при локализованной рецессии десны // Perio. 2006. № 3. С. 139–152.
15. *Borghetti A.* Controlled clinical evaluation of the subpedicle connective tissue grafts for the coverage of gingival recession // J. Periodontol. 1994. Vol. 65. P. 1107–1112.
16. *Bouchard P.* Decision-making in aesthetics: Root coverage revisited // Periodontology 2000. 2001. Vol. 27. P. 97–120.
17. *Chambrone L.A.* Subepithelial connective tissue grafts in the treatment of multiple recession // J. Periodontol. 2006. Vol. 77. P. 909–916.
18. *Christensen G.* Desensitization of cervical tooth structure // J Am Dent Assoc. 1998. Vol. 129. P. 765–766.
19. *Dietrich M.W.* Пластическая хирургия пародонта (часть 2) // Новое в стоматологии. 2007. № 6. С. 14–34.
20. *Harris R.J.* The connective tissue partial thickness double pedicle graft: The results of 100 consecutively treated defects // J. Periodontol. 1994. Vol. 65. P. 448–451.
21. *Miller P.D. Jr.* A classification of marginal tissue recession // Int J Periodont Rest Dent. 1985. Vol. 5. P. 9–11.
22. *Zuhr O., Hurzeler M.* Plastic-Esthetic Periodontal and Implant Surgery М.: Азбука, 2014. 519 с.
23. *Sato N.* Пародонтальная хирургия: клинический атлас. Quintessence, 2000.
24. *Trombelli L.* Subpedicle connective tissue grafts versus guided tissue regeneration with bioabsorbable membranes in treatments of human gingival recession defects // J. Periodontol. 1998. Vol. 69. P. 138–145.
25. *Zucchelli G.* Integrated connective tissue in bioabsorbable barrier material and periodontal regeneration // J. Periodontol. 1997. Vol. 68. P. 996–1004.
26. *Zucchelli G.* Mucogingival esthetic surgery. Milan: Quintessenza Edizioni, cop. 2013. P. 257–610.

Хроника событий. Конгрессы, конференции, семинары

Chronicle of events. Congresses, conferences, seminars

НАШИ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

1–2 декабря 2022 г. в Санкт-Петербурге в главном офисе Международной академии наук экологии, безопасности человека и природы прошли **III Международные Комаровские чтения «Профилактика и лечение заболеваний, повреждений и опухолей»** и международный конкурс научных работ, организованные научной секцией «Охрана окружающей среды и здоровье населения» Международной академии наук экологии безопасности человека и природы (МАНЭБ), Военно-медицинской академией им. С.М. Кирова (ВМедА) и Санкт-Петербургским медико-социальным институтом (ЧОУВО «СПбМСИ»). Мероприятия были приурочены к 102-й годовщине со дня рождения выдающегося деятеля отечественной и мировой медицины, Героя Социалистического Труда, лауреата Государственной премии СССР, заслуженного деятеля науки России, академика Российской академии наук, доктора медицинских наук, профессора, генерал-полковника медицинской службы Федора Ивановича Комарова (1920–2020).



Академик РАН профессор Ф.И. Комаров (1920–2020)

В ходе Комаровских чтений состоялась научно-практическая конференция, а также заседание конкурсной комиссии по оценке научных работ, присланных в оргкомитет Комаровских чтений. В конкурсе научных работ первые два первых места заняли, соответственно, студентка Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова В.С. Солдатова с научной работой «Характеристика микрокристаллизации слюны и ее прикладное значение», а также студент Санкт-Петербургского Медико-социального института А.Г. Терешко с научной работой «Вопросы местного обезболивания в стоматологии». Два вторых места разделили клинический ординатор Санкт-Петербургского Медико-социального института Ш.З. Усмонкулов с научной работой «Детская стоматология — важный раздел подготовки студентов вуза» и врач стоматолог-ортопед ООО «МедИс» К.А. Керимханов (г. Санкт-Петербург) с научной работой «Стоматологическая патология у людей старших возрастных групп». Третье место разделили врач челюстно-лицевой хирург и хирург-стоматолог ОАО «МЕДИ» (г. Санкт-Петербург) М.М. Швецов с научной работой «Особенности мукозального иммунитета полости рта при постковидном синдроме и пути его оптимизации» и врач-стоматолог СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 29» А.А. Петров (г. Санкт-Петербург) с научной работой «Оценка эффективности пародонтологических зубных щеток».

Дипломами лауреатов Третьих Комаровских чтений были награждены доктор биологических наук, заведующий лабораторией Научно-исследовательского института скорой помощи им. И.И. Джанелидзе М.Е. Малышев (г. Санкт-Петербург), доктор медицинских наук, профессор кафедры судебной медицины Московского медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова Е.Х. Баринов (г. Москва), ректор Самаркандского



Президент МАНЭБ д-р техн. наук, проф. Л.В. Рогалева и депутат Законодательного собрания Ленинградской области Н.А. Кузьмин: обсуждение актуальных вопросов в области экологии окружающей среды и здоровья населения с членами Президиума МАНЭБ

государственного медицинского университета доктор медицинских наук, профессор Ж.А. Ризаев (Республика Узбекистан), заведующий кафедрой хирургии полости рта и дентальной имплантологии Самаркандского государственного медицинского университета доктор философии А.И. Хазратов (г. Самарканд, Республика Узбекистан), врач отделения нейропсихогериатрии госпиталя *Leopold Bellan* Яна Писарева (г. Париж, Франция) и челюстно-лицевой хирург госпиталя *Max Fourestier* Алекс Клемент (г. Нантер, Франция).

Стараниями профессорско-преподавательского состава Санкт-Петербургского медико-социального института (ЧОУВО СПбМСИ), Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова), Самаркандского государственного медицинского университета, руководства и врачей-стоматологов СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 29» в рамках непрерывного медицинского образования (НМО) 20–21 апреля 2023 г. была проведена **VI Международная научно-практическая конференция «Междисциплинарный подход к диагностике, лечению и профилактике заболеваний пародонта у пациентов с сахарным диабетом»**, которая была приурочена к открытию Центра

стоматологического образования ЧОУ ВО СПбМСИ и 20-летию образования кафедры пропедевтики стоматологических заболеваний ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. Как и в прежние годы, конференция прошла на базе СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 29», в которой многие годы активно функционирует штатный Центр по лечению стоматологических заболеваний у пациентов, страдающих сахарным диабетом, при консультативной помощи сотрудников ВМедА им. С.М. Кирова, ПСПбМСУ им. акад. И.П. Павлова, СПбГУ, СПбМСИ и СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Приветствия на конференцию прислали директор Центрального института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МЗ РФ, заслуженный деятель науки РФ, профессор Ф.Ф. Лосев, советник ректора Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова академик РАН, лауреат Государственной премии РФ, профессор В.К. Леонтьев ректор Ташкентского государственного стоматологического института профессор Н.К. Хайдаров.

С напутственными словами перед конференцией выступили главный врач СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 29» канд. мед. наук М.А. Окунев, директор Научно-исследовательского института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова и заведующая кафедрой пропедевтики стоматологических заболеваний этого вуза профессор И.Н. Антонова, президент Стоматологической ассоциации России, проректор по учебной работе, заведующий кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова профессор А.И. Яременко, президент Стоматологической ассоциации Санкт-Петербурга, заведующий кафедрой клинической стоматологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, главный врач СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 29» доцент А.Л. Рубежов, которые отметили, что стало доброй традицией ежегодно проводить Международную научно-практическую конференцию «Междисциплинарный подход к диагностике, лечению и профилактике заболеваний пародонта у пациентов с сахарным

диабетом», что стало возможным благодаря появлению в СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 29» нештатного центра по лечению стоматологических заболеваний у больных, страдающих сахарным диабетом. Накопление клинического опыта, а также его научный анализ, благодаря сотрудничеству врачей Стоматологической поликлиники № 29 с профессорско-преподавательским составом Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова и его Научно-исследовательского института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Санкт-Петербургского государственного университета, Санкт-Петербургского медико-социального института и др., при содействии Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии, а также научной секции «Экология окружающей среды и здоровье населения» Международной академии наук экологии, безопасности человека и природы, позволил создать систему динамического наблюдения за пациентами, страдающими сахарным диабетом, что существенно улучшило их соматическое и стоматологическое здоровье, а также качество жизни. Отметим, что интерес к этой стороне профессиональной деятельности врачей-стоматологов только расширяется, а содействие в решении этих профессиональных вопросов врачей разных специальностей из многих городов России, а также зарубежных стран (Франция, Швеция, Финляндия, ОАЭ, Молдавия, Узбекистан и др.) подчёркивает важность обсуждаемой проблемы для современного общества во всем мире. Выступающие с приветствиями искренне пожелали участникам и организаторам плодотворной работы и успехов в работе конференции.

От Санкт-Петербургского медико-социального института участие приняли не только преподаватели, но и клинические ординаторы и студенты, а именно проректор по учебной и воспитательной работе ЧОУВО СПбМСИ канд. юрид. наук, доцент И.А. Щербович, доктор мед. наук, доцент М.И. Музыкин, зам. начальника



Приветствие декана стоматологического факультета, зав. кафедрой детской стоматологии и ортодонтии проф. Т.Б. Ткаченко участникам VI Международной научно-практической конференции «Междисциплинарный подход к диагностике, лечению и профилактике заболеваний пародонта у пациентов с сахарным диабетом» (Санкт-Петербург, 20-21 апреля 2023 г.)



Выступление д-ра мед. наук, доцента Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова Л.Н. Солдатовой

Центра стоматологического образования Ю.А. Лунева, доктор мед. наук, профессор А.К. Иорданишвили, клинические ординаторы П.В. Саблин, Ш.З. Усмонкулов, Д.П. Коробочкин и студент А.Г. Терешко. В их докладах были затронуты актуальные вопросы клинической стоматологии в области анализа рынка стоматологических услуг и оценки доступности стоматологической помощи для маломобильных групп населения, дентальной имплантологии, ортопедической стоматологии, диагностики и экспертизы в ортодонтии, применения новых средств для лечения ран кожи лица и слизистой оболочки



Участники VI Международной научно-практической конференции «Современная детская стоматология и ортодонтия» (Санкт-Петербург, 14 апреля 2023 г.)

рта, адгезивных средств для съёмных зубных протезов, а также для реминерализующей терапии.

Надеемся, что добрая традиция ежегодно проводить Международную научно-практическую конференцию «Междисциплинарный подход к диагностике, лечению и профилактике заболеваний пародонта у пациентов с сахарным диабетом» будет продолжена.

Также преподаватели, клинические ординаторы и студенты Санкт-Петербургского медико-социального института приняли активное участие в **VI Международной научно-практической конференции «Современная детская стоматология и ортодонтия»**, которая была организована стоматологическим факультетом и кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова (декан и зав. кафедрой профессор Т.Б. Ткаченко) и прошла в системе НМО в г. Санкт-Петербурге на базе отеля «Холидей Инн» 14 апреля 2023 года.

Приветствия на конференцию прислали научный руководитель Центрального института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МЗ РФ академик РАН, лауреат Премии Правительства РФ, заслуженный деятель науки РФ профессор А.А. Кулаков, советник ректора Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова академик РАН, лауреат Государственной

премии РФ профессор В.К. Леонтьев и проректор по научной работе Ташкентского государственного стоматологического института и заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии профессор К.Э. Шомуродов.

От Санкт-Петербургского медико-социального института участие приняли преподаватели, клинические ординаторы и студенты, а именно зам. начальника Центра стоматологического образования Ю.А. Лунева, доктор мед. наук, профессор А.К. Иорданишвили, клинические ординаторы Д.П. Коробочкин и Ш.З. Усмонкулов, а также студент А.Г. Терешко. В докладах представителей ЧОУВО СПбМСИ были затронуты актуальные вопросы клинической детской стоматологии и ортодонтии, а также преподавания. Были освещены прикладные вопросы преподавания местного обезболивания на специалитете, стоматологической заболеваемости детей с патологией органов зрения, некоторые аспекты консультационной работы в ортодонтии, а также применения современной съёмной ортодонтической аппаратуры (элайнеров) у детей.

Все выступающие отметили, что содействие в решении профессиональных вопросов детских стоматологов и ортодонтосов подчёркивает важность обсуждаемых на конференции проблем для современного общества.

А.К. Иорданишвили, доктор медицинских наук, профессор

УДК 616(043.2)

ВИДНЫЙ ДЕЯТЕЛЬ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А.К. Иорданишвили^{1,2}¹ ЧОУВО «СПбМСИ», г. Санкт-Петербург, Россия² ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Министерства обороны России, г. Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Представлены сведения о прошедшей 1 февраля 2023 г. Международной научно-практической конференции «Павел Георгиевич Дауге — революционер, организатор здравоохранения, врач, учёный и общественный деятель», которая была организована научными секциями «Охрана окружающей среды и здоровье», «Образование», «Культура» и «Духовное возрождение» Международной академии наук экологии безопасности человека и природы и Санкт-Петербургским медико-социальным институтом. В докладах отмечалось, что залогом развития медицины и здравоохранения в современных условиях является профессиональное и культурное взаимодействие учёных и врачей.

Ключевые слова: П.Г. Дауге, отечественное здравоохранение, стоматология, Санкт-Петербургский медико-социальный институт, Международная академия наук экологии, безопасности человека и природы, Октябрьская социалистическая революция, зубоветеринарная подсекция Наркомата здравоохранения РСФСР, Институт истории Латвийской коммунистической партии, Янис Райнис.

Для цитирования: Иорданишвили А.К. Видный деятель отечественного здравоохранения // Медицина и образование. 2023. №1(13). С. 44–48.

PROMINENT WORKER OF NATIONAL HEALTH CARE

A.K. Iordanishvili^{1,2}¹ Saint-Petersburg Medico-Social Institute, St. Petersburg, Russia² Military Medical Academy named after S.M. Kirov, St. Petersburg, Russia

Abstract

The information concerning the International Scientific-Practical Conference “Pavel Dauge — Revolutionary, Healthcare Organizer, Physician, Scientist and Public figure” held on February 1, 2023, which was organized by scientific sections “Environment and Health Protection”, “Education”, “Culture” and “Spiritual Revival” of the International Academy of Sciences of Human and Nature Safety and the Saint-Petersburg Medical-Social Institute is presented. It was noted in the reports that the key to development of medicine and healthcare in modern conditions is professional and cultural interaction between scientists and doctors.

Key words: P.G. Dauge, national public health care, dentistry, Saint-Petersburg Medical-Social Institute, International Academy of Sciences of Ecology, Safety of Man and Nature, October Socialist Revolution, Dentistry subsection of the People’s Commissariat of Public Health of the RSFSR, Institute of History of Latvian Communist Party, Janis Rainis.

For citation: Iordanishvili A.K. Prominent worker of national health care // Medicine and education. 2023. №1(13). P. 44–48.

Введение. История медицины является неотъемлемой составляющей подготовки современного врача. Несмотря на то, что данная дисциплина рассматривает исторические аспекты организации здравоохранения и медицинской науки,

но аналогии с современностью позволяют не только существенно повысить уровень профессиональной подготовки молодых специалистов, работающих в области общественного здоровья, и играют большую воспитательную роль в становлении их как

личности.

Цель работы — представить краткие материалы о прошедшей 1 февраля 2023 г. Международной научно-практической конференции на тему: «Павел Георгиевич Дауге — революционер, организатор здравоохранения, врач, учёный и общественный деятель».

Сведения о конференции. 1 февраля 2023 г. прошла Международная научно-практическая конференция «Павел Георгиевич Дауге — революционер, организатор здравоохранения, врач, учёный и общественный деятель», которая была организована научными секциями «Охрана окружающей среды и здоровье», «Образование», «Культура» и «Духовное возрождение» Международной академии наук экологии безопасности человека и природы (МАНЭБ) при активном участии сотрудников Санкт-петербургского медико-социального института. Конференция была посвящена разносторонней деятельности Павла Георгиевича Дауге — революционера, врача, учёного, организатора стоматологической помощи в нашей стране и общественного деятеля, прожившего долгую интересную жизнь (22.08.1869, Саука, Курляндская губерния, Российская империя (ныне Латвия) — 02.09.1946, Рига, Латвийская ССР).



Заслуженный работник культуры
Латвийской ССР, доктор медицинских наук
Павел Георгиевич Дауге

Открыла конференцию Президент МАНЭБ **Л.В. Роголёва** (г. Санкт-Петербург, Россия), которая подчеркнула заслуги П.Г. Дауге перед отечественной медициной и политологией, а также отметила его

деятельность в Российской социал-демократической рабочей партии, а затем во Всесоюзной Коммунистической партии (большевиков), подчеркнула его почитаемость и значимость среди стоматологической общественности России и стран СНГ.

Доцент Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова **Л.В. Васильева** (г. Санкт-Петербург, Россия) в докладе «П.Г. Дауге — истоки становления личности» рассказала о жизненном пути П.Г. Дауге, обратив внимание на его происхождение, образование, и коснулась его деятельности как профессионального революционера. Докладчик подчеркнула, что в 1917 г. П.Г. Дауге стал активным участником Октябрьской социалистической революции, после которой получил направление и был назначен председателем временного исполнительного комитета земельного совета в исторической области Латвии Курземе, а также первым наркомом просвещения Латвии.

Челюстно-лицевой хирург Госпиталя *Max Fourestier* **Алекс Клемент** (г. Нантер, Франция) и профессор Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, главный учёный секретарь МАНЭБ **А.К. Иорданишвили** (г. Санкт-Петербург, Россия) в докладе «П.Г. Дауге — профессиональный революционер» отметили его деятельность как профессионального революционера, а также рассказали о дружбе П.Г. Дауге с Михаилом Андреевичем Рейснером (07.03.1868 — 03.08.1928), профессором, известным русским и советским учёным-юристом, публицистом, социопсихологом и историком, так же как и П.Д. Дауге, активным участником революционного движения, одним из основателей русского психоаналитического общества и участником разработки первой советской конституции.

Ректор Самаркандского государственного медицинского университета профессор **Ж.А. Ризаев** и заведующий кафедрой дентальной имплантологии и хирургии полости рта доктор философии, доцент **А.И. Хазратов** (г. Самарканд, Республика Узбекистан) в своём докладе «П.Г. Дауге как основатель научно-практического профессионального журнала “Одонтология”» отметили вклад П.Г. Дауге в создание профессионального журнала для стоматологов «Одонтология», который существует по сей

день под названием «Стоматология» и входит во все наиболее серьезные международные базы литературных источников. Докладчики также отметили, что о деятельности этого выдающегося профессионала можно прочитать в монографиях, а также в ряде энциклопедических изданий, в том числе в Большой советской энциклопедии.

Главный учёный секретарь МАНЭБ, профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, начальник Центра стоматологического образования Санкт-Петербургского медико-социального института **А.К. Иорданишвили** (г. Санкт-Петербург, Россия) в докладе «Ступени карьерного роста П.Г. Дауге» отметил, что особое значение для его профессионального и карьерного роста имело знакомство с В.И. Ульяновым-Лениным, которое состоялось в 1904 г. Считается, что по совету В.И. Ленина П.Г. Дауге в 1905–1907 гг. стал активным членом литературно-лекторской группы марксистского кружка РСДРП и продолжительное время сотрудничал с рядом большевистских газет, так как имел, благодаря своему образованию, склонность к литературской деятельности. П.Г. Дауге также был одним из организаторов издания в г. Москве марксистской литературы и литературы по философии, причём не только на русском, но и на латышском языках, о чём он писал в своих публикациях. Также докладчик отметил, что в 1912 г. за активную революционную деятельность на поприще издания большевистской литературы П.Г. Дауге был арестован и приговоривался к заключению.

Сотрудник Госпиталя *Leopold Bellan Яна Писарева* (г. Париж, Франция) и челюстно-лицевой хирург Госпиталя *Max Fourestier Алекс Клемент* (г. Нантер, Франция) в докладе «П.Г. Дауге — человек и гражданин», подчеркнули, что П.Г. Дауге был настоящим гражданином, Человеком и другом. Докладчики также отметили продолжительную дружбу П.Г. Дауге с латвийским поэтом Янисом Райнисом.

Старший преподаватель Военно-медицинской академии кандидат медицинских наук **С.Ю. Тытюк** (г. Санкт-Петербург, Россия) в докладе «Жизнь Павла Георгиевича Дауге в Латвии» отметил, что в 1945 г., после

окончания Великой Отечественной войны 1941–1945 гг., П.Г. Дауге уехал на постоянное место жительства на родину — в Латвию, где до конца своих дней трудился в Институте истории Латвийской коммунистической партии, успешно осуществлял переводы произведений Ф. Энгельса и К. Маркса на латышский язык. За короткий промежуток времени он успел опубликовать ряд мемуаров, а также труды по истории революционного движения в Латвии.

Проректор по научной работе Ташкентского государственного стоматологического института **К.Э. Шомуродов** (г. Ташкент, Республика Узбекистан) в докладе «П.Г. Дауге и стоматологическое образование» подчеркнул, что П.Г. Дауге был одним из первых специалистов и организаторов здравоохранения, который стал отстаивать для зубных врачей обязательное высшее медицинское образование, поднимал вопрос об обязательности последующей специализации стоматологов, хотя и был противником создания стоматологических факультетов. Также П.Г. Дауге был избран членом Международной стоматологической академии в Вашингтоне (1929), почётным членом Венского зубоврачебного общества (1931).

Профессор кафедры детской стоматологии и ортодонтии доктор медицинских наук, доцент **Л.Н. Солдатова**, профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова **А.К. Иорданишвили** (г. Санкт-Петербург, Россия) в сообщении «Деятельность П.Г. Дауге на должности заведующего зубоврачебной подсекцией Наркомата здравоохранения РСФСР» отметили, что профессиональная и общественная деятельность П.Г. Дауге весьма ярко проявилась в этой должности, подчеркнули, что он также являлся членом коллегии Наркомата здравоохранения республики (1918–1928 гг.) и активно пропагандировал гигиену, коммунальную и производственную санитарии. В 1922 г. он опубликовал статью «Проект систематической борьбы с костоедой зубов в РСФСР», а в 1931 г. на основании рекомендаций П.Г. Дауге Наркоматом здравоохранения РСФСР был издан циркуляр № 25 «Об обязательной

санации полости рта детей школьного возраста». Докладчики подчеркнули, что П.Г. Дауге одним из первых ратовал и настоятельно рекомендовал всем территориальным и ведомственным отделам здравоохранения проводить плановую санацию полости рта детям, а также некоторым категориям взрослых людей.

Ректор ЧОУВО «СПбМСИ» кандидат медицинских наук, доцент **С.Б. Мальцев** и проректор по учебной и воспитательной работе кандидат юридических наук, доцент **И.А. Щербович** (г. Санкт-Петербург, Россия) в докладе «Общественная деятельность и взгляды П.Г. Дауге» отметили, что он был сторонником и одним из учредителей Всероссийского общества развития и распространения идей кремации в РСФСР, задачей которого являлась пропаганда идей кремации среди населения страны, и подчеркнули тот факт, что это общество работало в тесном сотрудничестве с Союзом воинствующих безбожников.

Доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова **Л.В. Васильева** и главный учёный секретарь МАНЭБ, профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, начальник Центра стоматологического образования Санкт-Петербургского медико-социального института **А.К. Иорданишвили** (г. Санкт-Петербург, Россия) в докладе «П.Г. Дауге как личность» подчеркнули, что он очень ценил в людях доброту, понимание и взаимопомощь. Докладчики привели пример продолжительной дружбы с латвийским поэтом Янисом Райнисом и отметили, что ещё при жизни поэта П.Г. Дауге написал о нём прекрасную книгу «И. Райнис, певец борьбы, солнца и любви» (1920), а после смерти поэта способствовал изданию избранных сочинений своего друга, редактировал эту книгу и написал к ней вступительную статью



Входные ворота на кладбище Райниса, изготовленные по проекту архитектора А. Бирзениека в 1929 г., Raina Rari, г. Рига, ул. Айзсаулес



Могила друга П.Г. Дауге латвийского поэта Я. Райниса



Общий вид могилы П.Г. Дауге (отмечена стрелкой)



Надгробная плита на могиле П.Г. Дауге; июль 2021 г., Рига

(Ян Райнис. Избранные сочинения. М.-Л.: Academia, 1935). В заключении доклада было отмечено, что окончил жизненный путь П.Г. Дауге в возрасте 77 лет 2 сентября 1946 г. и был похоронен на кладбище в Риге, практически рядом с могилой своего друга, классика латышской литературы Я. Райниса, именем которого и названо кладбище.

Главный учёный секретарь МАНЭБ, профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, **А.К. Иорданишвили** (г. Санкт-Петербург, Россия) в докладе «Семья П.Г. Дауге» отметил, что у П.Г. Дауге был родной сын — военный моряк. Он рассказал о жизни сына П.Г. Дауге подчеркнув, что несмотря на то, что он был награждён высшей наградой нашей страны того времени (орденом Ленина), в 1937 г. был арестован, в 1941 г. скончался в заключении, а в 1968 г. — реабилитирован Верховным судом СССР. Кратко в докладе была освещена деятельность приёмного отца, сводных брата и сестры сына П.Г. Дауге.

Завершая международную конференцию, Президент МАНЭБ **Л.В. Рогалева** отметила, что прошедшее мероприятие было посвящено выдающейся личности первой половины XX века — П.Г. Дауге, который был не только врачом, доктором медицинских наук, но и заслуженным работником культуры Латвийской ССР. Это почётное звание было ему присвоено за его общественную и литературную деятельность.

Знаменательные даты

Significant dates

ШЕМЕРОВСКИЙ КОНСТАНТИН АЛЕКСАНДРОВИЧ



1 января 2023 года исполнилось 75 лет Константину Александровичу Шемеровскому, отличнику здравоохранения, доктору медицинских наук — профессору кафедры поликлинической терапии и пропедевтики Частного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский медико-социальный институт».

Творческая деятельность К.А. Шемеровского, после окончания Первого Ленинградского медицинского института им. академика И.П. Павлова в 1973 году, была связана с Институтом экспериментальной медицины (ИЭМ).

Сначала ординатура в лаборатории физиологии пищеварения, затем работа младшим научным сотрудником этой лаборатории. С 1988 года — старший научный сотрудник отдела физиологии висцеральных систем, а с 2016 года — заведующий отделом физиологии висцеральных систем ИЭМа.

Константин Александрович не только учёный-теоретик, он имеет и хороший практический опыт. Студентом I ЛМИ им.

акад. И.П. Павлова работал анестезистом в отделении хирургии больницы № 40 города Сестрорецка, а работу младшим научным сотрудником в ИЭМе более 10 лет совмещал с работой врача Ленинградской станции скорой медицинской помощи. Накоплен за эти годы и опыт преподавательской работы на кафедре фармакологии Ленинградского химико-фармацевтического института (преподавал основы фармакологии) и на кафедре нормальной физиологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова.

В 1979 году защитил диссертацию «Миоэлектрическая активность двенадцатиперстной кишки при её периодической деятельности» на соискание учёной степени кандидата медицинских наук. Научные исследования в области гастроэнтерологии посвящены проблеме патогенеза желудочного язвообразования, изучению хронофизиологических закономерностей патогенеза дуодено-гастрального рефлюкса, а также исследованию циркадианных механизмов физиологической и патологической моторно-эвакуаторной деятельности кишечника.

В 1987 году по инициативе академика Российской академии наук Александра Михайловича Уголева К.А. Шемеровский участвовал в разработке физиологических терминов в области фундаментальной и прикладной гастроэнтерологии и стал одним из авторов «Словаря физиологических терминов».

К.А. Шемеровский разработал хронофизиологический метод исследования моторно-эвакуаторной функции кишечника под названием «Хроноэнтерография», а также «Экспресс-метод исследования качества жизни», что позволило выдвинуть концепцию клинико-патогенетических вариантов возникновения и течения нарушений эвакуаторной функции кишечника. Предложил новую хронофизиологическую классификацию стадий развития и обосновал диагностические

критерии трёх основных степеней тяжести констипации по степени отклонения частоты и акрофазы циркадианного ритма кишечника от оптимальной физиологической нормы. Обнаружил закономерную зависимость между регулярностью циркадианного ритма кишечника и акрофазой этого ритма. Доказал, что одним из основных механизмов десинхроноза в системе пищеварения является сдвиг акрофазы циркадианного ритма кишечника с оптимального утреннего периода в пессимальный (наихудший для этой функции) послеполуденный период. К.А. Шемеровским были предложены новые термины: «кишечная брадиаритмия» — нарушение циркадианного кишечного ритма в виде его замедления и нерегулярности, а также «брадиэнтерия» (по аналогии с «брадикардией») — замедление ритма кишечника при его частоте ниже 7 раз в неделю, «оптимальная акрофаза» — утренняя реализация циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника, «пессимальная акрофаза» — послеполуденная реализация циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника.

В 1995 году К.А. Шемеровский стал лауреатом международного научного конкурса Фонда Сороса, а в 1999 году — дипломантом конкурса на лучшую научную работу по гастроэнтерологии в России, проводимого Российской гастроэнтерологической ассоциацией под руководством академика РАМН Владимира Трофимовича Ивашкина, а в 2004 году — дипломантом научно-практического конкурса Российского общества по изучению печени на Девятой российской конференции «Гепатология сегодня».

К.А. Шемеровский является членом Российской гастроэнтерологической ассоциации и почётным членом Национальной Школы гастроэнтерологов и гепатологов РГА, а также членом Научного общества гастроэнтерологов России. Он является постоянным участником ежегодной Российской гастроэнтерологической недели и Европейской гастроэнтерологической недели.

В своих хронофизиологических исследованиях К.А. Шемеровский большое внимание уделяет ключевым факторам риска десинхроноза, который на самых ранних этапах его развития проявляется прежде всего нарушением временной фазовой структуры

циркадианного ритма кишечника. Он установил, что циркадианный десинхроноз кишечника является одним из ключевых факторов риска патологических симптомов у пациентов с рассеянным склерозом. Ему удалось доказать, что брадиэнтерия является доминирующим фактором риска варикозной болезни нижних конечностей. В своих публикациях, лекциях для врачей, а также в докладах на конференциях и симпозиумах особое значение он придаёт доминирующей значимости для нарушений регулярности циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника такому элементарному фактору риска десинхроноза, как несвоевременность (сдвиг акрофазы) в реализации этой функции. К.А. Шемеровскому удалось доказать, что брадиэнтерия является существенно более значимым и более ранним фактором риска холелитиаза, чем ожирение, что кишечная брадиаритмия является одним из донозологических факторов риска метаболического синдрома, поскольку у субъектов с нерегулярным ритмом кишечника риск ожирения существенно выше, чем у лиц с эуэнтерией.

В 2004 году Константин Александрович защитил диссертацию «Хронофизиологические особенности гастроуденальной миоэлектрической активности и эвакуаторной функции кишечника» на соискание учёной степени доктора медицинских наук.

Являясь членом Проблемной комиссии «Хронобиология и хрономедицина» РАМН под председательством академика РАМН Федора Ивановича Комарова, К.А. Шемеровский доказал, что физиологическая значимость фактора своевременности акрофазы циркадианного ритма кишечника для регулярности его эвакуаторной функции и для поддержания оптимального уровня здоровья соизмерима с совокупной значимостью трёх основных факторов этой регулярности: адекватностью питания, достаточной двигательной активностью и оптимальностью режима сна-бодрствования. Изучение таких компонентов качества жизни, как самочувствие, двигательная активность и настроение, у пациентов с брадиаритмией кишечника показало, что регулярность циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника ассоциирована с существенно

более высоким уровнем качества жизни человека, чем замедление этого ритма в виде брадиэнтерии.

На основе проведённых К.А. Шемеровским эпидемиологических исследований по скринингу брадиэнтерии у 2500 медиков Санкт-Петербурга и Москвы, установлено, что физиологическая норма эвакуаторной функции кишечника характерна лишь для 56% населения, а брадиэнтерия выявляется у 44% населения. Кроме того, обнаружены три основных уровня заболеваемости констипацией: I — донозологический уровень (27% населения), II — преморбидный уровень (13% населения) и III — патологический уровень (4% населения). В связи с тем, что донозологический и преморбидный уровни десинхроноза кишечника (которые прежде всего зависят от неадекватного поведения самого человека) практически в 10 раз превышают патологический уровень, К.А. Шемеровский относит сознательное пренебрежение человеком необходимостью ежеутреннего регулярного опорожнения кишечника (естественной «кишечной привычки» — “Bowel Habit”) к разновидности так называемой аутопатогении, концепция которой разработана членом-корреспондентом РАН профессором Глебом Борисовичем Федосеевым.

При поддержке главного гастроэнтеролога Комитета по здравоохранению правительства Санкт-Петербурга профессора Евгения Ивановича Ткаченко, К.А. Шемеровский разработал и опубликовал в 2002 году пособие «Рекомендации по диагностике и лечению запора», а в 2007 году — методические рекомендации для врачей «Рекомендации по диагностике, лечению и профилактике констипации».

К.А. Шемеровский предложил использование новой медицинской технологии — хроноэнтерографии — для неинвазивного скрининга и донозологической профилактики колоректального рака при самых ранних нарушениях циркадианного ритма кишечника.

По приглашению главного редактора научно-практического журнала «Донозоология» профессора Михаила Петровича Захарченко К.А. Шемеровский введён в состав редакционного совета этого журнала. С 2007

года Константин Александрович является членом правления Санкт-Петербургского общества терапевтов им. С.П. Боткина, а с 2008 года — членом специализированного Учёного совета Д 001.022.02 по защите кандидатских и докторских диссертаций по специальностям 03.00.25 — Гистология, цитология, клеточная биология (медицинские и биологические науки) и 14.00.16 — Патологическая физиология (медицинские и биологические науки) при Институте экспериментальной медицины, а также членом специализированного диссертационного совета Д 215.002.03 при Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова по специальностям 14.00.16 — Патологическая физиология, 14.00.32 — Авиационная, космическая и морская медицина, 19.00.02 — Психофизиология. Как член Проблемной комиссии по хронобиологии и хрономедицине РАМН, возглавляемой заслуженным деятелем науки РФ Семёном Исааковичем Рапопортом, К.А. Шемеровский в октябре 2008 года принял активное участие в Первом российском съезде по хронобиологии и хрономедицине с международным участием, проходившем во Владикавказе.

Перу доктора К.А. Шемеровского принадлежит более 200 научных и научно-практических публикаций по проблемам диагностики и профилактики в гастроэнтерологии и онкологии, по закономерностям в хронофизиологии, по методам и подходам в донозологии, по проблемам геронтологии и профилактической медицины. В руководстве для врачей «Гериятрия» в 2019 году доктор К.А. Шемеровский представил совместно с профессором Л.П. Хорошиной три главы о болезнях органов пищеварения.

По инициативе Леонида Борисовича Лазебника в последние годы доктор К.А. Шемеровский неоднократно был приглашён на конгрессы и конференции, проводимые Научным обществом гастроэнтерологов России в Волгограде, Самаре, Москве.

В 2022 году на 75-м году жизни Константин Александрович был награждён премией международного комитета Форума «Медицина-2042» (Тель-Авив, Израиль) за лучший постерный доклад на тему “Bradyenteria Syndrome and the Immune System”, выступил с электронным постерным

докладом (совместно с П.В. Селиверстовым и Р.К. Кантемировой) «Bradyenteria Syndrome and Comorbidity» на Европейской гастроэнтерологической неделе – 2022 (Вена, Австрия), а также представил устный доклад «Влияние минеральной воды “Билинска Киселка” на здоровье молодых и пожилых пациентов» на 70-й Юбилейной научно-практической конференции с международным участием «Современная медицина: традиции и инновации» в Душанбе (Таджикистан).

В 2022 году в Москве на 17-м Национальном конгрессе терапевтов с международным участием Константин Александрович принял участие в симпозиуме, организованном профессором Л.Б. Лазебником. К.А. Шемеровский представил научный доклад на тему «Синдром брадиэнтерии повышает риск ожирения и артериальной гипертензии», а в Санкт-Петербурге на XXI Конгрессе терапевтов и врачей общей практики Санкт-Петербурга и Северо-Западного федерального округа РФ им был сделан доклад «Брадиэнтерия и кардиоваскулярные события».

Круг интересов Константина Александровича Шемеровского как врача и учёного не ограничивается медициной, он включает поэзию и музыку, литературу и театр. Поэтому не случайно его доклады и лекции не только содержательны и познавательны, но оправданно эмоциональны и стилистически точны.

Коллектив Частного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский медико-социальный институт» желает Константину Александровичу крепкого здоровья, активной бодрости, человеческого счастья и дальнейших творческих успехов в его плодотворной деятельности.

Редакционная коллегия

МЕДИЦИНА И ОБРАЗОВАНИЕ
Научно-практический рецензируемый журнал © 2023

Частное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский медико-социальный институт»