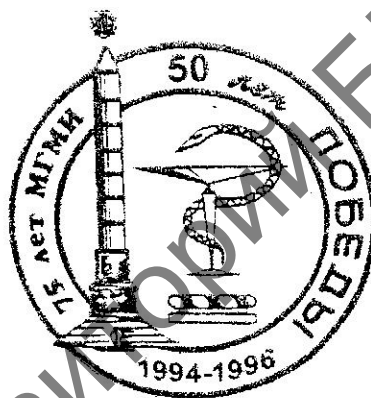


МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
МИНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ  
БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ**

(сборник трудов сотрудников МГМИ)



Том I

Минск, 1996

ББК 28.0 + 5  
А - 43  
УДК 57 + 616.1/. 9 (06)

Редакционный коллектив: профессор Н.И.Артишевская, профессор Г.Н.Войтович, профессор С.И.Леонович, профессор А.С.Леонтьев, профессор П.И.Лобко, профессор П.А.Леус, доцент В.К.Милькаманович, профессор П.Л.Новиков, профессор Г.П.Рычагов, профессор П.А.Тимошенко, профессор Л.П.Титов, д.м.н. Г.Н.Чистенко.

А - 43 Актуальные проблемы биологии и медицины: Сборник научных трудов сотрудников МГМИ под редакцией профессора А.И.Кубарко, профессора О.П.Чудакова, профессора П.Г.Пивченко: в 3 томах. Том 1 - Мн.: МГМИ, 1996. - 241 с.

ISBN 985 - 6160 - 14 - 6

В сборнике представлены результаты оригинальных исследований по медико-биологическим проблемам, по актуальным задачам диагностики, клиники, лечения и профилактики хирургических, внутренних болезней, онкологии, детских болезней, заболеваний полости рта, а также по гигиеническим проблемам охраны окружающей среды и населения.

Материалы могут быть использованы врачами, учеными и студентами.

А 5706160100

ISBN 985 - 6160 - 14 - 6

ББК 28.0 + 5

© Минский государственный  
медицинский институт, 1996

О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ В ВУЗЕ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

А.И. Кубарко, С.Д.Денисов  
Минский медицинский институт

В последние годы в вузах наблюдается снижение активности воспитательной работы в учебное и особенно во внеучебное время. Более того, наряду с постепенным пассивным разрушением системы воспитания существуют и сторонники ее активной ликвидации, как, якобы, скомпрометировавшей себя за долгие годы застоя. На самом деле скомпрометирована не система воспитания, а только ее идеологизированное содержание. Следует ясно понимать, что игнорирование воспитательных аспектов образования есть не что иное, как разрушение самих основ образования, превращение его в формальное обучение.

Слухи о "смерти" системы воспитания в вузах сильно преувеличены. Основные объективные элементы этой системы сохранились. Они, как и раньше, представлены непреходящими нравственными ценностями медицинской профессии, самой организацией учебного процесса и содержанием общеобразовательных и специальных дисциплин. Другими словами, до тех пор, пока существует вуз, отвечающий государственным требованиям, существуют и предпосылки для всего комплекса воспитательных действий. Именно действий -- сознательных, активных, планируемых и подотчетных, безусловно, без доведения их до абсурда.

В связи с недавним знаменательным событием -- 50-летием освобождения Беларуси от немецко-фашистских захватчиков уместно напомнить, что Победа в Великой Отечественной войне и ее цена для белорусского народа имеют огромное значение для воспитания и не могут девальвироваться по причине забвения или искажения. Как известно, история не бывает плохой или хорошей. Ее уроки вместе с жизненным опытом -- лучшее лекарство от комплекса неполноценности, которым страдают многие нынешние воспитатели. Главный симптом этого комплекса -- страх перед вопросом: "А судьи кто?". Действительно, все мы вышли из недалекого "тоталитарного" прошлого и в большей или меньшей степени заражены им. Но ведь цель воспитательной работы -- не сделать ученика таким как "я", а сделать его лучше. Профессиональный долг преподавателей -- не только определить свое собственное место и роль в современном обществе, но и помочь это сделать своим ученикам.

Важнейшим элементом воспитания в медицинском вузе является система самоограничений -- добровольное исполнение требований главного профессионального принципа "не навреди". Это отказ от излишества в

соматотропного гормона с  $2,57 \pm 0,80$  до  $3,73 \pm 2,40$  мкг/мл (P 0,05), трийодтиронина — с  $0,97 \pm 0,042$  до  $1,10 \pm 0,052$  нмоль/л (P 0,1), паратгормона — с  $20,74 \pm 5,47$  до  $38,29 \pm 7,36$  пг/мл (P 0,1), эстрадиола — с  $0,192 \pm 0,019$  до  $0,252 \pm 0,023$  нмоль/л (P 0,05) при ревматоидном артрите, трийодтиронина — с  $1,09 \pm 0,067$  до  $1,28 \pm 0,056$  нмоль/л (P 0,05), эстрадиола — с  $0,224 \pm 0,020$  до  $0,309 \pm 0,031$  нмоль/л (P 0,05) при остеоартрозе.

Термовоздействие приводило к снижению уровня тиреотропного гормона с  $1,72 \pm 0,11$  до  $1,12 \pm 0,14$  мкв/л (P 0,05) и кортизола — с  $506,33 \pm 46,10$  до  $352,73 \pm 30,48$  нмоль/л (P 0,01) при остеоартрозе.

Наиболее значимое изменение в сторону увеличения отмечено для соматотропного гормона. Пик изменений концентрации гормонов приходился на время непосредственно после приема процедуры с тенденцией к нормализации их уровня через час, за исключением кортизола и паратгормона у больных ревматоидным артритом и первичным остеоартрозом, при которых пик отмечался через час. Характер динамики гормональных показателей был однонаправленным как при ревматоидном артрите, так и при остеоартрозе, однако отличался степенью ее выраженности. Следует указать на некоторую инертность реагирования гормональных систем при ревматоидном артрите в сравнении с остеоартрозом.

Увеличение уровня соматотропного гормона, тироксина, трийодтиронина и снижение содержания кортизола дает основание связывать лечебный эффект саунотерапии с интенсификацией основного обмена, анаболическим и антистрессорным действием этой процедуры.

## СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИФУЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Г.П.Матвейков, Ч.П.Титова, Ю.М.Досни  
Минский медицинский институт

Группа диффузных болезней соединительной ткани (ДБСТ) объединяет следующие основные заболевания: системную красную волчанку (СКВ), системную склеродермию (ССД), дерматомиозит (ДМ), болезнь Шегрена (БШ), воспалительный фасциит (ЭФ), смешанное соединительнотканное заболевание (ССЗ). Общим для них является единый или сходный этиопатогенез, основу которого составляют аутоиммунные нарушения, приводящие к множественному поражению органов и систем. Эти заболевания представляют собой не только медицинскую, но и важную социальную проблему, преимущественно поражая людей молодого, наиболее трудоспособного возраста.

Еще четверть века тому назад в Республике Беларусь данной проблемой практически никто из интеристов не занимался. В 1972 г. был организован Республиканский центр ревматологии (руководитель — профессор Г.П. Матвейков), в состав которого вошли: 2-я кафедра внутренних болезней, научно-исследовательская лаборатория коллагенозов Минского мединститута, отделение ревматологии 9-й клинической больницы и консультативный кабинет Минского диагностического центра. С этого времени началась интенсивная разработка проблемы ДБСТ, практическое освоение методов диагностики и лечения данной сложной патологии. Благодаря четкой налаженной организационно-методической работе республиканского центра, открытию областных ревматологических центров и широкой сети ревматологических кабинетов в крупных районных центрах и городах, интенсивному обучению ревматологов и терапевтов по проблемам ранней диагностики и современному лечению ДБСТ (проведение республиканских, межобластных, областных конференций, семинаров, симпозиумов, стажировка специалистов в Республиканском центре ревматологии), удалось добиться ранней выявляемости этой категории больных, своевременного взятия их на диспансерный учет и проведения адекватной терапии.

За сравнительно короткий промежуток времени достигнуты существенные результаты. Изучены основные патогенетические механизмы развития ДБСТ: Т/В-лимфоцитарный дисбаланс, гипофункция Т-супрессоров, изменение активности естественных киллеров, метаболического

статуса лимфоцитов, цитонуклеотидов; дефицит интерлейзинов, интенсивное образование и роль аутоантител и иммунных комплексов; генетическая детерминированность данной патологии и т.д., а также связь иммунопатологических звеньев с нейроэндокринным профилем и разработка вопросов полового дисморфизма при ДБСТ. Программное, интегративное клиническое, биохимическое, иммунологическое, иммуногенетическое, патоморфологическое и гемодинамическое обследование больных позволило разработать диагностический комплекс ДБСТ, внедрить его в практику здравоохранения Республики Беларусь и перейти на настоящем этапе к решению одной из актуальных организационных задач — созданию республиканского автоматизированного банка данных, стандартизированной истории болезни ревматологического профиля, а в перспективе — экспертно-консультативной системы.

Усовершенствованы и дополнены диагностические критерии СКВ и ССД. Предложена методика тепловизионного исследования пораженных органов при ДБСТ. Создан метод математического прогнозирования течения СКВ. Разработано и успешно используется программное лечение СКВ в зависимости от особенностей течения заболевания, включающее средства и методы, направленные как на подавление активности воспалительного процесса, так и на нормализацию состояния иммунной системы. При СКВ выявлена недостаточность защитных антиоксидантных механизмов, что диктует необходимость применения в комплексной терапии антиоксидантных препаратов. Предложены оригинальные схемы лечения СКВ, ССД, БШ. Научно обоснована и уточнена методика оценки трудоспособности больных СКВ.

Усовершенствована методика длительного диспансерного наблюдения и лечения больных ДБСТ на амбулаторно-поликлиническом этапе, позволяющая своевременно менять лечебную тактику, способствующая стабилизации процесса и сохранению трудоспособности, а также значительному улучшению социального и жизненного прогноза пациентов.

## МЕХАНИЗМ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАЗОТЕКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИЕЙ МИОКАРДА

В.К. Милькаманович, М.Н. Антонович, Е.С. Бельская  
Минский медицинский институт

Артериальную гипертензию (АГ) с полным основанием рассматривают как один из основных факторов риска ишемической болезни сердца (ИБС). Длительно существующая АГ может приводить к специфическим морфологическим изменениям — гипертрофии левого желудочка. Для гипертензивной болезни (ГБ) с гипертрофией левого желудочка характерно развитие относительной недостаточности коронарного кровообращения из-за возросшей потребности миокарда в кислороде при увеличенной его массе. Это приводит к появлению латентной безболевой, или явной субэндокардиальной, ишемии миокарда и к таким грозным осложнениям, как инфаркт миокарда, фибрилляция желудочков и внезапная смерть.

Применение новых ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) расширяет перспективы в лечении АГ и позволяет оптимизировать для больных соотношение "польза : риск". Данные биохимических и фармакологических исследований указывают на существование ренин-ангиотензивной системы в таких органах, как почки, сердце, надпочечники и головной мозг. Известно, что ангиотензин II усиливает действие симпатической нервной системы, стимулирует синтез белков и вызывает гипертрофию тканей и органов. Вазотек действует на циркуляторную и особенно тканевую ренин-ангиотензивную систему. Доказано также ингибирующее действие вазотека на АПФ в тканях сердца, почек и сосудов человека.

Цель работы — определить клиническую ценность нового ингибитора АПФ-вазотека у больных ГБ II стадии в сочетании с безболевой ишемией миокарда (БИМ), получавших препарат в качестве средства монотерапии.

В клиническом исследовании участвовало 60 больных (35 мужчин и 25 женщин). ГБ II стадии в сочетании с БИМ в возрасте от 30 до 60 лет. По завершении 2-недельного периода плацебо-терапии проводили лечение в течение 3 месяцев. Дозирование вазотека осуществляли путем поэтапного наращивания дозы с интервалом в одну