

Бесценный опыт прошлого мы бережно храним

юбилейная экспозиция



В ИвГМА существует **замечательная традиция** преемственности поколений. История, традиции, современность тесно переплетаются. Большое воспитательное значение имеет изучение истории вуза: знакомство с жизнью и научной деятельностью преподавателей.

2013 год для ИвГМА — год крупных юбилеев. В холле библиотеки прошел цикл юбилейных выставок, посвященных жизни и научным трудам следующих ученых: Т.Ф. Ганжулевич (130 лет со д. р.), Н.Д. Флоренского (120 лет), П.М. Максимова (115 лет), П.П. Ерофеева (110 лет), Е.П. Ужиновой (100 лет), Е.С. Мясоедова (100 лет), Н.В. Булыгиной (95 лет), О.Н. Нечаевой (90 лет), К.Д. Паникратова (85 лет), Б.С. Лопатиа (85 лет), В.И. Фишкина (85 лет). Подготовленные материалы мы объединили в одну большую экспозицию, которая может быть использована при изучении истории вуза, жизни и научной деятельности преподавателей, среди которых были известные ученые - выпускники вуза, а также видные представители отечественной медицины, в разные годы работавшие в институте.

Выставка подготовлена из фонда библиотеки государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования **«Ивановская государственная медицинская академия»** Министерства Здравоохранения Российской Федерации

- Выставку подготовила Кокунова Л.А.

Предисловие

В ИвГМА существует **замечательная традиция** преемственности поколений. История, традиции, современность тесно переплетаются. Большое воспитательное значение имеет изучение истории вуза: знакомство с жизнью и научной деятельностью преподавателей.

2013 год для ИвГМА — год крупных юбилеев. В холле библиотеки прошел цикл юбилейных выставок, посвященных жизни и научным трудам следующих ученых: Т.Ф. Ганжулевич (130 лет со д. р.), Н.Д. Флоренского (120 лет), П.М. Максимова (115 лет), П.П. Ерофеева (110 лет), Е.П. Ужиновой (100 лет), Е.С. Мясоедова (100 лет), Н.В. Булыгиной (95 лет), О.Н. Нечаевой (90 лет), К.Д. Паникратова (85 лет), Б.С. Лопатиа (85 лет), В.И. Фишкина (85 лет). Подготовленные материалы мы объединили в одну большую экспозицию, которая может быть использована при изучении истории вуза, жизни и научной деятельности преподавателей, среди которых были известные ученые - выпускники вуза, а также видные представители отечественной медицины, в разные годы работавшие в институте.

Экспозиция подготовлена из фонда библиотеки государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования **«Ивановская государственная медицинская академия»** Министерства Здравоохранения Российской Федерации

История ИвГМА в лицах



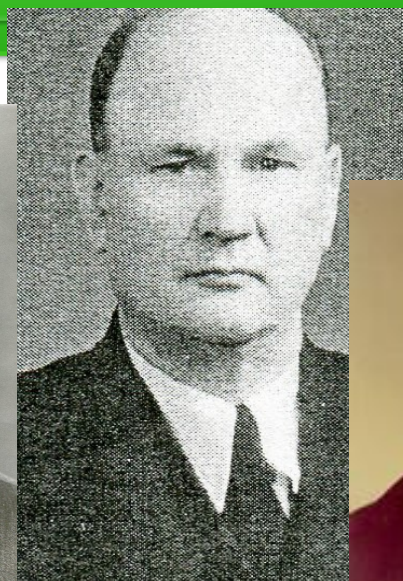
130лет



120лет



115лет



110лет



100лет



95лет



90лет



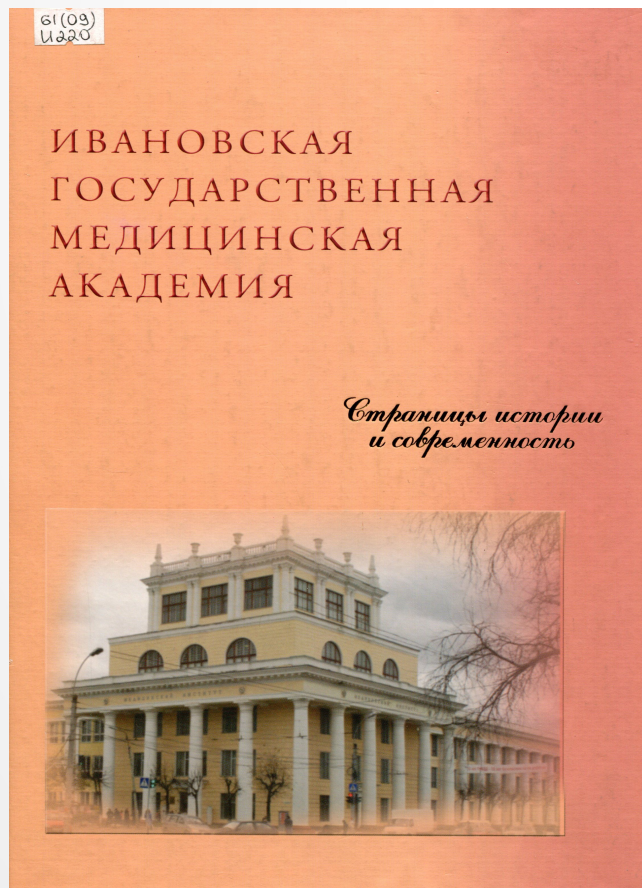
85лет

Листая страницы истории

61(09)

И 22

Ивановская государственная медицинская академия.
Страницы истории и современность [Текст] / ГОУ ВПО Иван. гос. мед. акад. Федер. агентства по здравоохранению и соц. развитию ; ред.: Р. Р. Шиляев, В. В. Чемоданов, Ю. В. Николаенков. - Иваново : [б. и.], 2006. - 384 с. : фото. - Алф. указ.: с. 380-382. - ISBN 5-89085-121-7 (в пер.).



**ИвГМА: история,
традиции,
современность**



61(09)

И 221

**ИвГМА: история, традиции,
современность** [Текст] / М-во
здравоохранения Рос. Федерации, Иван.
гос. мед. акад. ; ред.: Р.Р. Шиляев, С.Б.
Назаров, В.В. Чемоданов. - Иваново : [б.
и.], 2000. - 532 с. : ил. - ISBN 5-89085-067-
9 (в пер.).

Ганжулевич Татьяна Филаретовна

130 лет со дня рождения (1883-1967)

- Доктор медицинских наук наук, профессор
- С 1935 — ассистент кафедры общей хирургии
- С 1946-1965 заведовала кафедрой детской хирургии
- Автор 48 научных работ по вопросам общей и детской хирургии



Ганжулевич Татьяна Филаретовна

130 лет

Ганжулевич Татьяна Филаретовна родилась 6 ноября 1883 в г. Варшаве. Окончила варшавскую женскую гимназию, а в 1917 — Киевский женский медицинский институт. С того же года работала ординатором факультетской хирургической клиники Северо-Кавказского государственного университета у профессора Н.И. Напалкова в г. Ростове-на-Дону, затем штатным ассистентом в этой клинике.

В связи с переводом мужа, профессора И.И. Чижова, на работу в Туркменский медицинский институт в г. Ашхабад с 1932 заведовала там центральной лабораторией, и вместе с ним организовала Республиканское отделение переливания крови. В 1934 на основании постановления конкурсной комиссии, совета Туркменского государственного медицинского института и квалификационной комиссии Наркомздрава Туркменской ССР ей присвоено ученое звание доцента.

В 1935 супруги переехали на работу в г. Иваново, где профессор И.И. Чижев стал заведовать кафедрой госпитальной хирургии ИГМИ, а Т.Ф. Ганжулевич была принята на должность ассистента кафедры общей хирургии.

В 1937 защитила кандидатскую диссертацию «Клиника легочного эхинококкоза» при 2-м Московском медицинском институте и была утверждена в ученой степени кандидата медицинских наук.

Весной 1938 командирована в г. Москву, во 2-й Московский медицинский институт с целью усовершенствования по детской хирургии. С осени того же года вела преподавание детской хирургии на педиатрическом факультете.

В феврале 1943 была направлена для организации здравоохранения в освобожденный район Смоленской области — Кандрово. За выполненную работу получила благодарность от Смоленского облздравотдела и главного врача больницы.

С 1944 по 1946 временно заведовала кафедрой общей хирургии ИГМИ.

В 1944 в Казанском медицинском институте защитила докторскую диссертацию «Гидатидозный легочный эхинококкоз», в 1945 утверждена в ученой степени доктора медицинских наук.

С 1946 по 1965 являлась заведующей кафедрой детской хирургии. В 1950 ей присвоено ученое звание профессора.

Автор 48 научных работ по вопросам общей и детской хирургии.

Награждена орденом «Знак Почета», медалью «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941 — 1945 гг.».

Монография

Т. Ф. ГАНЖУЛЕВИЧ
доктор медицинских наук

ГИДАТИДОЗНЫЙ ЛЕГОЧНЫЙ ЭХИНОКОККОЗ

616.96
Г 190

ИВАНОВСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ИВАНОВО 1947.

ОГЛАВЛЕНИЕ.

Стр.

Предисловие

I. Историко-биологическая часть

1. Исторические сведения
2. Ленточная глиста
3. Способы заражения и п
ния шестикрючного зарс
человека
4. Предрасположение к эхи
бенности роста и разви
у людей и животных
5. Развитие онкосферы в
дию эхинококка
6. Процессы размножения
пузырей; образование вы
и сколексов
7. Образование дочерних п
8. Строение и свойства сте
вого пузыря
9. Жидкость эхинококково
10. Продолжительность жи
и умирание его в раз
развития
11. Форма эхинококкового
12. Патолого-анатомические
гане, в котором помеща
вый пузырь. Местная ре
13. Цикл развития гидатидоз
14. Частота эхинококкоза на
основании секционного

II. Экспериментальная часть

1. Классификация эхиноко
А. Первичный эхинококкоз
Б. Вторичный эхинококкоз
2. Собственные эксперимен
3. Первые две группы эксп
А. Первая группа экспери
а) общие выводы первой
ментов

- Б. Вторая группа экспериментов 96
а) общие выводы второй группы экспери-
ментов 100
4. Пути заражения
при первичном л
5. Вторые две груп
А. Третья группа э
а) общие выводы
ментов
- Б. Опыты с обработ
кокка желудочны
6. Основные положе

III. Клиническая часть

1. Клинический мат
нову данной част
2. Локализация эхи
эхинококкозе лег
3. Частота легочног
в зависимости от
фессии
4. Классификация л
5. Клиническая кар
эхинококкоза лег
А. Первая стадия
легких
- Б. Вторая стадия
легких
- В. Третья стадия
легких
- Г. Исход при вскры
параплевральных
6. Диагностика лег
А. Рентгенодиагност
Б. Серологические р
В. Картина крови .
7. Лечение эхиноко
А. Исторический об
Б. Лечение парабро
вых пузырей . .
а) выводы

Стр.

Стр.

- В. Лечение параплевральных эхинококковых
пузырей 195
- Г. Оперативный метод лечения эхинококкоза
легких 196
- Д. Отдельные моменты оперативного вме
шательства 199
- Е. Смертность при оперативном лечении
эхинококкоза легких 208
- Ж. Результаты оперативного лечения эхино
коккоза легких по нашему материалу 209
- З. Основные положения данной части ра
боты 216
8. Выводы 218
- Указатель литературы 222
- Атлас 233

Фундаментальная
Библиотека
Ивановского Госуд.
Медич. Института

Научные статьи

МЕСТНАЯ ВНУТРИКОСТНАЯ АНЕСТЕЗИЯ У ДЕТЕЙ

Профессор Т. Ф. ГАНЖУЛЕВИЧ

Из кафедры хирургии детского возраста (зав. — проф. Т. Ф. Ганжулевич)
Ивановского государственного медицинского института
(директор — доцент Я. М. Романов)

Хирург в своей практической деятельности не может ограничиться одним методом обезболивания. В зависимости от патологического процесса, характера того лечебного мероприятия, которое должно быть произведено, применяются и различные методы анестезии. Имеет, конечно, значение и возраст пациента и состояние его нервной системы. Одним из последних, новых, способов обезболивания является внутрикостная анестезия. Речь будет идти только о местной внутрикостной анестезии. Она является самостоятельным методом обезболивания, применяемым по специальным показаниям, так же, как инфильтрационная и проводниковая анестезия. При этой разновидности местной анестезии обезболивание достигается путем введения анестезирующего вещества в красный костный мозг. Преимуществом введения анестетика этим путем является то, что не требуется минует клапанный аппарат вен. Естественно, что максимальное применение найдет этот метод анестезии в операциях на конечностях. Как всякий метод анестезии, несмотря на то, что он по-прежнему требует еще детального изучения.

ина, способы воздействия его на нерв-
ментально Г. М. Шуляк, А. Т. Акило-
м, С. С. Ткаченко. Как мы указыва-
местная внутрикостная анестезия
ва. Раствор новокаина, введенный
средственно в ткани, обеспечивает
к, так и поверхностных сосудов
последнюю очередь кожи. Про-
ри: болевой, тактильной и мы-
мышечного тонуса, в чем мы
оперируя детей с остаточ-
дстве сухожильномышеч-
итических деформаций и
асслаблении при внутри-

На...
для при...
ной анест...
остеомиел...
дением пен...

Вып 13

...противопоказанием
...зовались внутрикостн...
...номий при гематогенных
...новоканна мы сочетали с вве...

В последующей литературе появляются описания случаев ос-

НЕКОТОРЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ

Проф. Т. Ф. ГАНЖУЛЕВИЧ

Из кафедры хирургии детского возраста (зав.—проф. Т. Ф. Ганжулевич)
Ивановского государственного медицинского института
(директор—доц. Я. М. Романов)

Среди хирургических заболеваний детей большое место занимают болезни опорно-двигательного аппарата. Они могут являться следствием врожденных пороков развития или относиться к группе приобретенных заболеваний. Они могут возникать после перенесенных ребенком различных инфекционных заболеваний — как осложнения или как исход этих заболеваний. Мало изученным, и в то же время актуальным вопросом является вопрос новообразования костей.

Среди наших больных после остальных представлены 2 группы болезней опорно-двигательного аппарата и поэтому мы остановимся только на них. К первой группе относятся опухоли костей — остеобластокластомы, ко второй — полиостеомиелит.

Остеобластокластомы. Впервые мы распо-
лагаем 6 наблюдениями остеобластокластома
было впервые введено. Гистологически
опухоль содержала большое количество
ее, — это округлые, иногда достигающие

Под нашим наб... девочки
и 3 мальчика. Чет...евой ко-
сти, 1 раз — в бел...ых костюх
поражаются обы...ся на ди-
афизы.

Клиническое описание
Первые жа
лобы появля
ческого пере
лома. У нас
одация перело
мов протек
новного заболе
вания не
могут возникать
повторно
л место в 4-лет
нем воз
месту локализации
возникла
кости, имеется не
опухоль
патологического пере
большая
кости, имеется не
лома
патологического пере
не отмечаю
лине крови изменения
отмечаю
нополостная киста—ко
стная киста (лит
омы—С. А. Рейнберг и
др.) или опухоль, имею
тое строение.

Ввиду того, что вопрос о возможности аутопсии при новообразованиях костей не получил до сих пор разрешения, мы ее не про-

501

Флоренский Николай Дмитриевич

120 лет со дня рождения (1893)



- С 1923 заведовал 1-й советской больницей в п. Кохма
- В 1927 переведен на должность ординатора 2-й губернской больницы г. Иванова
- В 1932 избран ассистентом кафедры общей хирургии ИГМИ
- С 1935 по 1937 - декан лечебного факультета
- В 1958-1961 - доцент кафедры госпитальной хирургии ИГМИ
- С декабря 1963 - профессор кафедры факультетской хирургии

Флоренский Николай Дмитриевич

120 лет

Флоренский Николай Дмитриевич родился 22 марта 1893 в с. Татьянино Костромской губернии в семье священника. После окончания гимназии в 1911 сдал экстерном экзамен на аттестат зрелости и в том же году был принят на медицинский факультет Московского университета.

В 1915 был мобилизован в армию в звании зауряд-врача 2-го разряда и назначен младшим врачом 16-го стрелкового полка. В 1917 вернулся в университет, окончил его в 1918, получив звание лекаря.

В 1919 призван в ряды Красной Армии, где выполнял обязанности врача войскового района на Украинском фронте. В 1921 после похода в Грузию работал в должности главного врача бригадного лазарета 92-й бригады. Затем участвовал в формировании Сочинского курортного управления, где потом работал ординатором и начальником вновь организованных санаториев. В 1922 был демобилизован и назначен заведующим врачебным участком в г. Хоста, затем заведующим городской больницей в г. Адлер Сочинского района.

С 1923 заведовал 1-й советской больницей в п. Кохма с хирургическим, гинекологическим и акушерским отделениями. В том же году был командирован на курсы травматологов в Ленинградский травматологический институт, что в дальнейшем и определило его профиль хирурга неотложной помощи и травматолога. В 1925 командирован в Ленинградский институт усовершенствования врачей, где совершенствовал свою теоретическую и практическую подготовку по хирургии и гинекологии.

В 1927 был переведен на должность ординатора 2-й губернской больницы г. Иванова. С 1929 заведовал травматологическим отделением Ивановской областной больницы и был заместителем заведующего хирургического отделения этой больницы. В том же году по совместительству начал преподавать хирургию в Ивановском медицинском техникуме. С 1930 заведовал учебной частью.

В 1932 избран ассистентом кафедры общей хирургии ИГМИ, где под руководством профессора В.Э. Салищева вел преподавательскую, лечебную и научно-исследовательскую работу по переливанию и освоению консервированной крови, внедрению метода переливания крови как в клинике, так и в районах области, что нашло отражение в опубликованных работах. С 1935 по 1937 — декан лечебного факультета.

Флоренский Николай Дмитриевич

120 лет

В 1937 в Центральном институте гематологии и переливания крови защитил диссертацию «Влияние переливания крови на газообмен реципиента», а в 1938 решением НКЗ СССР присуждена ученая степень кандидата медицинских наук.

В период 1937 —1940 сначала в эксперименте, а затем в клинике изучал вопрос о внутривенном наркозе производными барбитуровой кислоты. В 1940 работа «Внутривенный гексеналовый наркоз» представлена в 1-й Московский медицинский институт на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Диссертация не была защищена в связи с мобилизацией Н.Д. Флоренского в 1941 в ряды Советской Армии.

В годы Великой Отечественной войны работал хирургом войскового района Центрального участка фронта: сначала ведущим хирургом 205-го медсанбата, а потом полевого подвижного госпиталя 20-й армии. В октябре 1941 был ранен и попал в плен. В марте 1942 ему удалось бежать из плена, затем воевал в партизанском отряде им. С. Лазо, действовавшие в лесах Смоленской области.

В 1945— 1946 — главный врач и старший хирург госпиталя при советской военной миссии в Дании. В 1947 —1948 — главный врач и хирург больницы стройуправления МВД в Ленинградской области. В 1949—1955 — ведущий хирург центральной больницы управления МВД в г. Тайшет Иркутской области. В 1956—1957 — главный врач и районный хирург в п. Сокольское Ивановской области. В 1957—1958 заведовал травматологическим отделением Ивановского госпиталя инвалидов Великой Отечественной войны.

В 1958—1961 —доцент кафедры госпитальной хирургии ИГМИ. В мае 1960 утвержден в ученом звании доцента. В 1961 —1963 заведовал кафедрой факультетской хирургии. В 1962 во 2-м Московском медицинском институте им. Н.И. Пирогова защитил диссертацию «Компрессионный остеосинтез», а в ноябре 1963 присуждена ученая степень доктора медицинских наук. С декабря 1963 — профессор кафедры факультетской хирургии.

В августе 1965 начал работать в Кемеровской областной травматологической больнице.

Публикации в научных журналах

О нем

ВЕСТНИК ХИРУРГИИ

ISSN 0042-4625

ИМЕНИ
И.И. ГРЕКОВА

- ГАЛЕРЕЯ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ХИРУРГОВ
- ВОПРОСЫ ОБЩЕЙ И ЧАСТНОЙ ХИРУРГИИ
- ХИРУРГИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ
- ХИРУРГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА
- ПЛАСТИЧЕСКАЯ И РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ
- ТРАНСФУЗИОЛОГИЯ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ГЕМАТОЛОГИЯ
- ОШИБКИ И ОПАСНОСТИ В ХИРУРГИИ
- В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ
- В ПОМОЩЬ НАЧИНАЮЩЕМУ ХИРУРГУ
- АМБУЛАТОРНАЯ ХИРУРГИЯ
- ОПЫТ РАБОТЫ
- ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ
- НОВЫЕ И РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ
- ДИСКУССИИ
- ОБЗОРЫ
- РЕЦЕНЗИИ
- ПРОТОКОЛЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОБЩЕСТВ

3·4

«ГИПОКРАТ» 1994

ИСТОРИЯ ХИРУРГИИ

© А. Г. Земляной, 1994

УДК 616.71-089.843(091)

А. Г. Земляной

К ИСТОРИИ КОМПРЕССИОННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА

Кафедра хирургии с курсом хирургической гепатологии СПбГДУВа

Идея создания компрессионного остеосинтеза принадлежит Н. Д. Флоренскому. Компрессионный остеосинтез произвел революцию в травматологии. В последующем эта идея была развита многими исследователями, были усовершенствованы старые и созданы новые более сложные и совершенные аппараты.

В 1992 г. исполнилось 100 лет со дня рождения известного хирурга профессора Николая Дмитриевича Флоренского. Проф. В. Э. Салищев в 1937 г. писал: «Как хирург Николай Дмитриевич не является узким специалистом в какой-либо ограниченной области, наоборот, обладая хорошей техникой, он в равной мере свободно оперирует в различных областях общей хирургии, нейрохирургии, гинекологии, ортопедии, является большим специалистом по вопросам переливания крови. Николай Дмитриевич вполне законченный научный работник, могущий в будущем дать еще много на научном поприще, а как специалист-хирург он готов для ответственной самостоятельной работы». Эти слова оказались пророческими.

Он одним из первых в нашей стране начал разработку проблемы клинического применения внутривенного наркоза. Результаты этой работы были оформлены в виде диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук на тему «Внутривенный гексеналовый наркоз», которую он представил к защите в 1941 г. во 2-й Московский медицинский институт им. Н. И. Пирогова, но война помешала защите. Во время Великой Отечественной войны 1941—1945 гг. этот вид обезболивания получил широкое распространение и до сих пор используется как компонент анестезиологического пособия.

Его работы по компрессионному остеосинтезу произвели революцию в лечении переломов. История этого изобретения изложена Борисом Дьяковым в «Повести о пережитом» (М., 1966), а в медицинской литературе она не отражена, и имя профессора Флоренского мало кому известно, даже врачам-травматологам.

Николай Дмитриевич родился 22 марта 1893 г. в с. Татьянино Нерехтинского района Костромской области в семье дьякона-псаломщика. В 1911 г. он поступил в Московский государственный университет на медицинский факультет. В годы гражданской войны Николай Дмитриевич был санитарным врачом, старшим врачом лазарета № 43 в г. Азове, санитарным инспектором Верхнедонского округа, занимался ликвидацией эпидемии сыпного тифа, был главным врачом бригадного лазарета, главным врачом в больнице г. Адлера, главным врачом гарнизонного госпиталя в г. Сочи.

В 1927 г. Николай Дмитриевич переезжает в г. Иваново. В 1928 г. он проходит курсы усовершенствования по травматологии в Ленинградском ГИДУВе. Лекции на курсах читали видные профессора Р. Р. Вреден, А. Л. Поленов, В. Н. Шевкуненко, А. А. Лимберг, Э. Р. Гессе, Н. Н. Петров, П. Г. Корнев и др.

В последующем Николай Дмитриевич работал преподавателем хирургии, был заведующим учебной частью Ивановского медицинского училища, был первым борт-хирургом области, ассистентом кафедры факультетской хирургии Ивановского медицинского института, научным сотрудником Ивановского филиала Центрального института гематологии и переливания крови.

За период с 1932 по 1941 г. им опубликовано 17 научных работ, посвященных актуальным проблемам медицины [«Профилактика гнойных осложнений открытой травмы методом хирургической обработки ран», 1934; «Опыт практического освоения переливания консервированной крови», 1935; «Патогенез шока», 1937, и др.]. В 1937 г. Николай Дмитриевич



Научные статьи в сборниках

изобретения

КОРРЕГИРУЮЩИЙ КОРСЕТ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОКОВЫХ ИСКРИВЛЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА

Н. Д. ФЛОРЕНСКИЙ

Из кафедры факультетской хирургии (зав.—доц. Н. Д. Флоренский)

Корсет изготавливается из полиэтилена по гипсовому слепку. После полимеризации модель разрезается на грудное и поясничное кольца. В кольца монтируются винты с правой и левой резьбой, симметричные по отношению к срединной линии. Винтовые приборы дают возможность постепенно делать вытяжение позвоночника. Корсет снимается только на лечебной гимнастике.

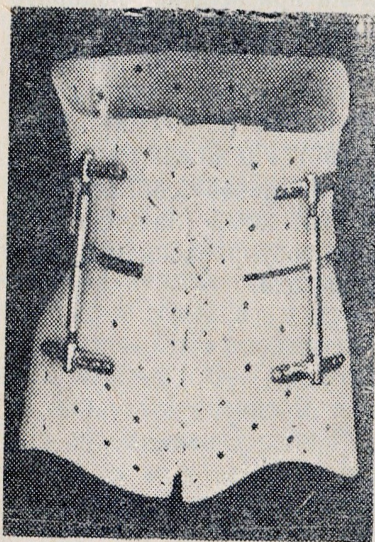


Рис. 1

При ношении корсета обязательны ежедневные упражнения лечебной гимнастики. При ношении корсета обязательны ежедневные упражнения лечебной гимнастики.

61(061)
и 221



ВИАНОСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ
ВИАНОСКИЙ ОБЛАСТНОЙ СОВЕТ ВЕСОМЫХ
ОБЩЕСТВА ИЗОБРЕТАТЕЛЕЙ И РАЦИОНАЛИЗАТОРОВ
ПЕРВИЧНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЕСОМЫХ ОБЩЕСТВА
ИЗОБРЕТАТЕЛЕЙ И РАЦИОНАЛИЗАТОРОВ ВРЕ
ВИАНОСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ
ИНСТИТУТЕ

С. 29

СБОРНИК
изобретений и рационализаторских
предложений
выпуск 1

С. 28

ВИНТОВОЙ ПРИБОР (РЕТРАКТОР) ДЛЯ РЕПОЗИЦИИ И ФИКСАЦИИ ОТЛОМКОВ КОСТЕЙ ПРИ СМЕЩЕННЫХ ПЕРЕЛОМАХ

Н. Д. ФЛОРЕНСКИЙ

Из центральной научно-исследовательской лаборатории ИГМИ
(научный руководитель—проф. С. С. Полтырев)

Винтовой прибор — ретрактор предназначен для репозиции и фиксации отломков при оперативном лечении смещенных переломов и ложных суставов длинных трубчатых костей. Прибор (рис. 1) изготавливается из нержавеющей стали и состоит из четырех

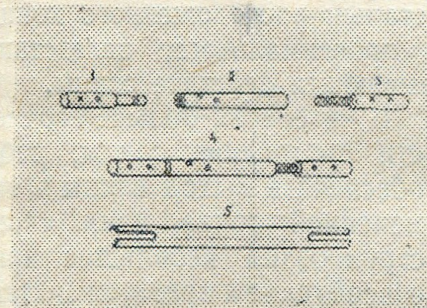


Рис. 1

деталей — соединительной муфты, подающего наконечника с резьбой, свободно вращающегося наконечника и накладной фиксирующей пластинки. Прибор в собранном виде фиксируется винтами для пластинок Ленар через оба кортикальных слоя. Вращением соединительной муфты репози-

рованные отломки сжимаются друг с другом (фиксация). После репозиции и сжатия все детали прибора закрепляются накладной пластинкой, которая через прорези фиксируется к прибору и к концам отломков. Весь прибор обязательно должен быть фиксирован двумя винтами через оба кортикальных слоя на каждом конце отломка.

В свежих случаях операция производится под местным обезболиванием. После консолидации перелома прибор удаляется.

ношения после костнопластических фиксирующих операций до образования костного сращения между дужками фиксированных позвонков.

РЕГЕНЕРАЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ КОМПРЕССИОННОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ

(Экспериментальное исследование)

Доцент Н. Д. ФЛОРЕНСКИЙ

Из кафедры госпитальной хирургии (зав.—проф. П. М. Максимов)
и Центральной научно-исследовательской лаборатории Ивановского государственного
медицинского института (директор—доцент Я. М. Романов)

Регенеративные свойства костной ткани определяются слоем надкостницы, клетки которого вместе с проходящими стницу сосудами распространяются по всей костной ткани структуру (Д. Зернов, Т. Бильрот, А. А. Заварзин). Нару между костью и окружающей ее надкостницей лишают ко кровоснабжения, но и способности к регенерации. Н. И. Пи —«Особливо надо заботиться, чтобы надкостницу оставлят ской связи с частями, от которых она получает питательн мышцами, сухожилиями, кожей и не отделять ни под каким стную плеву от мышц».

Необходимым условием для регенерации костной ткан лении переломов является неподвижность и контакт кон сломанной кости. — «Для меня не мыслимо сберегательное неподвижности концов перелома», писал Н. И. Пирогов. Н. И. Пирогова, изложенные им более ста лет тому назад, с ными условиями, определяющими как консервативные, так методы лечения переломов и в наше время. Нарушение при Пирогова при лечении переломов неизбежно приводит к на цессов остеогенеза и к тяжелым деформациям сломанной Идеи Н. И. Пирогова о роли надкостницы и ее камбиальной нерации костной ткани получили дальнейшее развитие в р ских ученых (А. А. Заварзин, Щелкунов, Н. П. Новаченко, ков, А. В. Русаков). Где нет камбия надкостницы, там не м ваться новая кость (А. А. Заварзин).

По данным советских морфологов образование новой специфический процесс и не свойственен, кроме камбиаль каким другим видам тканей внутренней среды, в том числе ной ткани во всех ее видах.

Исходя из значения камбиального слоя надкостницы и н отломков при переломах, нами изучалась регенерация кост спериментально при переломах голени у собак.

Переломы делались под наркозом. После обнажения большеберцов ливалась проволочной пилой, а затем обе кости с некоторым насилем рация производилась в условиях строгой асептики. Отломки репонир плотно сжимались винтовым прибором-ретрактором. Приборы изгото активной стали, принятой на изготовление штифтов для интрамедулляр

статьи

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР

СБОРНИК научных трудов

Ивановского государственного медицинского
института

Выпуск № 23

Вып. 23

Максимов Петр Михайлович

115 лет со дня рождения (1898-1977)



- С 1930 — ассистент кафедры нормальной анатомии
- В 1933 — основатель кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией, её первый заведующий
- С 1938-1949 — доцент хирургической клиники и руководитель курса военно-полевой хирургии
- С 1950-1966 — заведующий кафедрой госпитальной хирургии
- С 1934-1941 — научный сотрудник областной станции переливания крови, с 1941-1951 — её начальник
- Автор 110 научных работ, в т. ч. 1 монографии

Максимов Петр Михайлович

115 лет

Максимов Петр Михайлович родился 21 августа 1898 в г. Инсар Пензенской губернии в семье учителя. По окончании приходского и четырехклассного городского училищ в г. Инсар в 1912 поступил в учительскую семинарию в г. Пензе. В 1916 окончил семинарию со званием учителя начальной школы. В 1916–1920 учился на историческом факультете Пензенского педагогического факультета, по окончании которого получил диплом учителя средней школы. До 1922 работал инструктором губернского отдела народного образования.

Но молодого учителя больше интересовали биологические науки, и в 1922 он поступил на медицинский факультет 2-го Московского государственного университета. На 3 курсе стал членом студенческого научного хирургического кружка, руководимого С.И. Спасокукоцким. После окончания университета в 1927 обучался в трехгодичной клинической ординатуре при кафедре общей хирургии, руководимой в то время профессором Б.С. Вейсбродом. Все годы учебы работал в общеобразовательной вечерней школе при фабрике.

В 1930 после окончания ординатуры был назначен на работу в только что открывшийся ИГМИ ассистентом кафедры нормальной анатомии.

Профессиональное педагогическое образование, всесторонняя анатомическая и хирургическая подготовка за короткий срок выдвинули его в число лучших преподавателей вуза, поэтому **именно ему была поручена организация новой кафедры: в 1933 П.М. Максимов, получив к тому времени должность исполняющего обязанности доцента, стал основателем кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией и первым ее заведующим.** Когда возникла потребность в организации кафедр факультетской и госпитальной хирургии, перешел в 1934 на должность ассистента кафедры госпитальной хирургии, проводя занятия и на кафедре общей хирургии, руководимой В.Э. Салищевым. В декабре 1935 получил ученую степень кандидата медицинских наук по совокупности работ. В мае 1938 утвержден в ученом звании доцента. С 1938 по 1949 работал доцентом хирургической клиники и руководителем курса военно-полевой хирургии.

В годы Великой Отечественной войны был старшим хирургом эвакогоспиталей.

В январе 1949 в Центральном институте усовершенствования врачей защитил докторскую диссертацию «Вопросы асептики в консервировании крови». С октября 1949 исполнял обязанности заведующего, а с апреля 1950 заведовал кафедрой госпитальной хирургии. В январе 1951 утвержден в ученом звании профессора.

Принимал деятельное участие в организации Ивановской областной станции переливания крови: с 1934 по 1941 – научный сотрудник станции, с 1941 по 1951 – ее начальник. В 1951–1952 работал главным хирургом облздравотдела.

В сентябре 1966 оставил должность заведующего кафедрой в связи с выходом на заслуженный отдых, но продолжал заниматься научной и общественной работой, оставаясь долгие годы общевузовским руководителем студенческой практики.

Автор 110 научных работ, в том числе одной монографии.

Награжден орденами Красной Звезды (1943) и Трудового Красного Знамени (1953), медалями «За оборону Москвы» (1946), «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941 – 1945 гг.» (1945), «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941 – 1945 гг.» (1946), «За трудовую доблесть» (1961).

61(09)

В 812

Воспоминания
П.М.Максимова

ВРАЧИ В ШИНЕЛЯХ ФРОНТОВЫХ

50
ЛЕТ
ПОБЕДЫ

С. 80-81.

Иваново 1995

61(09)

В 812

Врачи в шинелях фронтовых [Текст] :
воспоминания выпускников и сотрудников
ИГМИ о Великой Отечественной войне
1941-1945 г.г. : [сборник] / Иван. гос. мед.
акад. М-ва здравоохранения и мед. пром-
сти Рос. Федерации ; [редкол.: Е. М. Бурцев
(гл. ред.) [и др.]. - Иваново : [б. и.], 1995. -
200 с. : ил. - (в пер.)

"С благодарностью переливали вашу кровь..."

Работа Ивановской станции переливания крови во время Отечественной войны - яркая страница патриотической деятельности ее коллектива.

При развертывании станции для нужд военного времени потребовалось большое количество доноров: рабочих, служащих, студентов, домашних хозяек. Была проведена невиданная ранее по масштабам организационная работа. Заведующим донорским отделом станции стал Евгений Афанасьевич Кириллов - ассистент одной из кафедр медицинского института (потом - профессор, заведующий кафедрой гистологии). В помощь станции переливания крови ИГМИ направил тогда пятнадцать своих сотрудников - профессоров и преподавателей.



Многие участники Великой Отечественной войны, врачи, работавшие в действующей армии, до сих пор вспоминают "ивановскую кровь", прибывавшую на фронт в изобилии для раненых и больных. В связи с временной оккупацией ряда крупных городов на юге и западе страны оставшимся станциям пришлось взять на себя основные заботы по снабжению консервированной кровью действующей армии в первую половину войны. Среди таких городов на первом месте были Москва, Горький, Иваново с их станциями. Институт переливания крови героического Ленинграда снабжал армию своего фронта и был образцом лучших учреждений службы крови Советского Союза.

Заботясь о выполнении плана по снабжению действующей армии и эвакогоспиталей кровью, мы ставили задачей получение высокого качества самого препарата консервированной крови. Хорошие отзывы врачей с фронта были лучшей благодарностью за это. Вот один из них: *"С большим удовольствием и благодарностью переливали вашу кровь, зная, что она всегда окажет тот эффект, на который мы рассчитываем"*.

Среди сотрудников станции, привлеченных к улучшению сложной технологии консервирования крови, был Сергей Иванович Чис-

тяков, работавший ассистентом госпитальной хирургической клиники. Своими изобретениями и предложениями он много способствовал улучшению консервирования крови.

Раненые и больные солдаты и офицеры Советской Армии получали кровь нашей станции в боях за оборону Москвы, под Воронежем, Сталинградом, на Дону, под Новороссийском, на Курской дуге, в Белоруссии, в Польше, на Одере в Германии.

При первом "боевом крещении" наша кровь поступила в армии Говорова и Рокоссовского в период обороны столицы нашей родины. Ряд сотрудников станции был награжден тогда медалью "За оборону Москвы".

Ивановская станция вышла на второе место среди других станций страны по количеству заготовленной консервированной крови для нужд военного времени. Правительство СССР отметило высокими наградами ее сотрудников, а также доноров Ивановской области.

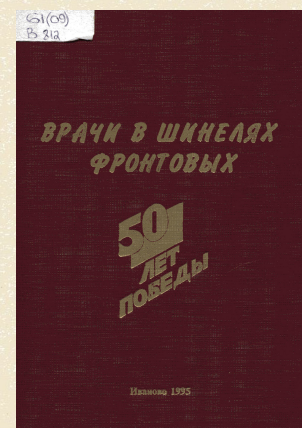
В одном из писем к нам академик С.И.Спасокукоцкий писал:

- Желаю окончания войны, когда мы и вы вернемся к творческой мирной работе, сохранив память о напряженной плодотворной работе по заготовке крови... Трудное и сложное это дело. Честь и слава тем, которые не боялись трудностей и вынесли тяжесть этого дела...

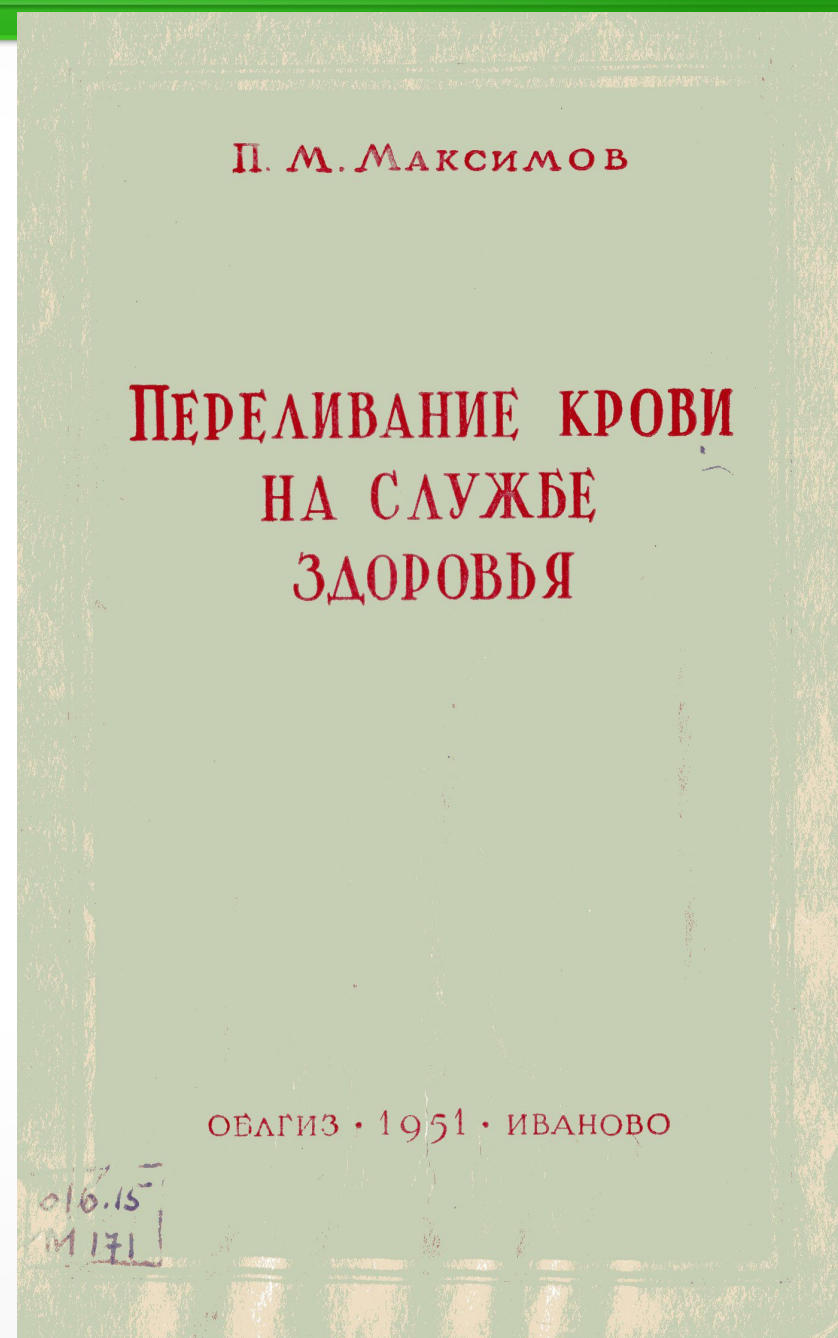
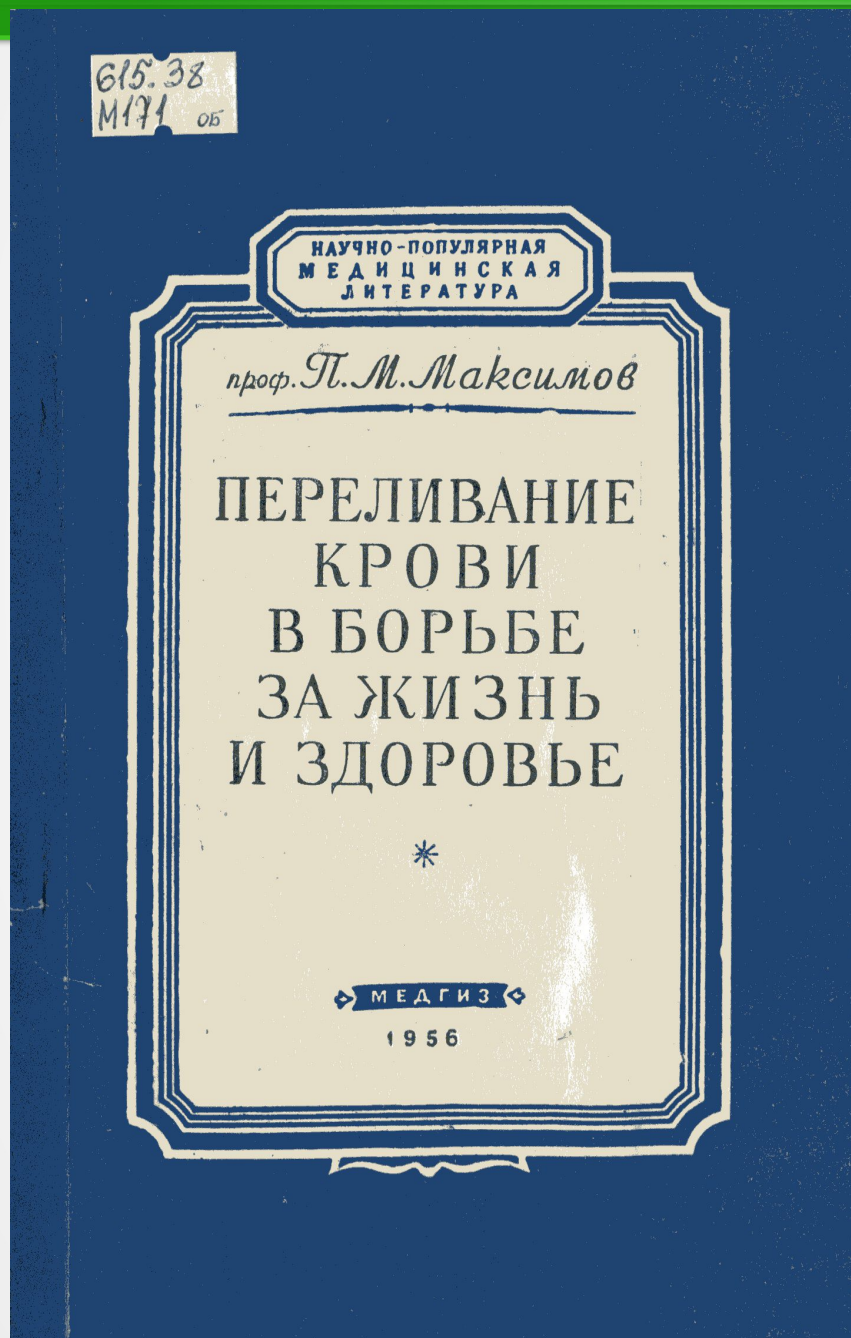
Максимов Петр Михайлович,
начальник Ивановской станции
переливания крови периода
Великой Отечественной войны.



П.М.Максимов - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии ИГМИ. Награжден орденом Красной звезды, Трудового Красного Знамени и несколькими медалями.



Монографии



Научные статьи в сборниках

РАНЕВОЙ СТОЛБНЯК В МИРНОЕ ВРЕМЯ

Профессор П. М. МАКСИМОВ

Из кафедры госпитальной хирургии (зав. — проф. П. М. Максимов)
Ивановского государственного медицинского института
(директор — доцент Я. М. Романов)

Материалом для работы послужили 53 случая столбняка, изучен-

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ПО ВОПРОСУ РЕЗУС-НЕСОВМЕСТИМОСТИ ПРИ ПЕРЕЛИВАНИИ КРОВИ

Проф. П. М. МАКСИМОВ,

асс. А. А. НЕВСКИЙ, врач И. Б. САМОИЛОВА

Из кафедры госпитальной хирургии (зав. — проф. П. М. Максимов) Ивановского государственного медицинского института (директор — доцент Я. М. Романов)

Резус-несовместимость в том или ином клиническом значении является отражением двух твердо установленных положений иммунологии. *Первое* из них — наличие антигенной способности донора,

передаваемой через переносимые свойства плода с сцине. *Второе* — отсутствие при этом обстоятельстве введения антигенных нача

По отношению к резус-чае, если донор относительно является резус-отрицательными беременностями клинические последствия

85% населения относится носителем резус-фактором переливают кровью опасных иммунологических природы являются носительность их к этому или беременность. Только могут создаваться. Но вентов исключается, как донорского состава для к резус-отрицательному способности по резус-фак

Однако, иммунологический плод и беременной женщины рологических признаков, или соответственно патологуют. По одним данным резус-отрицательных реци резус-отрицательных женщин или самой беременностью проявление резус-несовмест

Этим и объясняется развитие переливания кро

61/08/11421

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ ИВАНОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

Выпуск № 19

Вып. 19

ЛЕЧЕНИЕ ИНТОКСИКАЦИИ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ ЗАМЕЩЕНИЕМ КРОВИ

Проф. П. М. МАКСИМОВ, асс. А. А. НЕВСКИЙ,
асс. М. А. НАГОВИЦИНА, асс. П. В. МАРТЫНОВ,
асс. А. В. УРЛАШЕВА

Из кафедры госпитальной хирургии (зав. — проф. П. М. Максимов) и кафедры госпитальной терапии (зав. — проф. Е. С. Мясоедов) Ивановского государственного медицинского института (директор — доцент Я. М. Романов)

Операция замещения крови постепенно входит в круг активных терапевтических пособий при ряде острых химических и бактериальных интоксикаций. Теоретические обоснования замещения крови нашли обстоятельное отражение в работах О. С. Глозмана (1952, 1958, 1959).

В экспериментальном исследовании А. С. Лонцаковой и А. И. Зикеевой, проведенном в лаборатории О. С. Глозмана по вопросу клинкоморфологической характеристики отравления уксусной кислотой (1958), сделан вывод, что в условиях произведенного эксперимента животные получили повреждения, несовместимые с жизнью, замещение крови и способствовало частичному восстановлению разрушенных эритроцитов.

Наш клинический материал весьма убедителен в пользу замещения крови в клиническом признакам все бо

Возраст	Замещ
	Кровопу кание
21	250
43	750
17	450
22	—
18	550
48	400
23	300
31	850
21	500
21	500
40	1000

В другой группе наших больных вводится по 100—125 мл и постепенно, не лечившихся замещением крови.

27*

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ ИВАНОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

Выпуск № 23

Вып. 23



Ерофеев Петр Петрович

110 лет со дня рождения (1903-1961)

- **Доктор медицинских наук, профессор**
- **С января 1948 по октябрь 1953 — директор ИГМИ**
- **С октября 1947 по 1960 — заведующий кафедрой патологической анатомии**
- **С августа 1960 — заведующий кафедрой патологической анатомии Центрального института усовершенствования врачей МЗ СССР**

Ерофеев Петр Петрович

110 лет

Ерофеев Петр Петрович родился 10 сентября 1903 в д. Казаково Глазовского уезда Вятской губернии в семье крестьянина. В годы гражданской войны был призван в Красную Армию и служил рядовым в инженерном батальоне № 51 стрелковой дивизии на Восточном фронте. В 1922 окончил школу II ступени, в 1923 – Глазовскую райсовпартшколу, после чего работал там преподавателем. В 1924 командирован обкомом ВКП(б) на учебу на педагогический факультет Смоленского университета, но в 1925 перешел на медицинский факультет, по окончании которого в 1930 принят в аспирантуру на кафедру патологической анатомии, возглавляемую профессором С.М. Дерижановым. Активно приступив к научной работе и совершенствуясь как врач-патологоанатом, опубликовал монографию «Патологическая анатомия бронхов при туберкулезе» (1938), которая стала основой кандидатской диссертации.

В 1932–1938 – ассистент кафедры патологической анатомии, в 1938–1940 – доцент в том же вузе.

В 1940 назначен директором Архангельского медицинского института и заведующим кафедрой патологической анатомии.

В годы Великой Отечественной войны был главным консультантом по патологической анатомии и работал в госпиталях г. Архангельска.

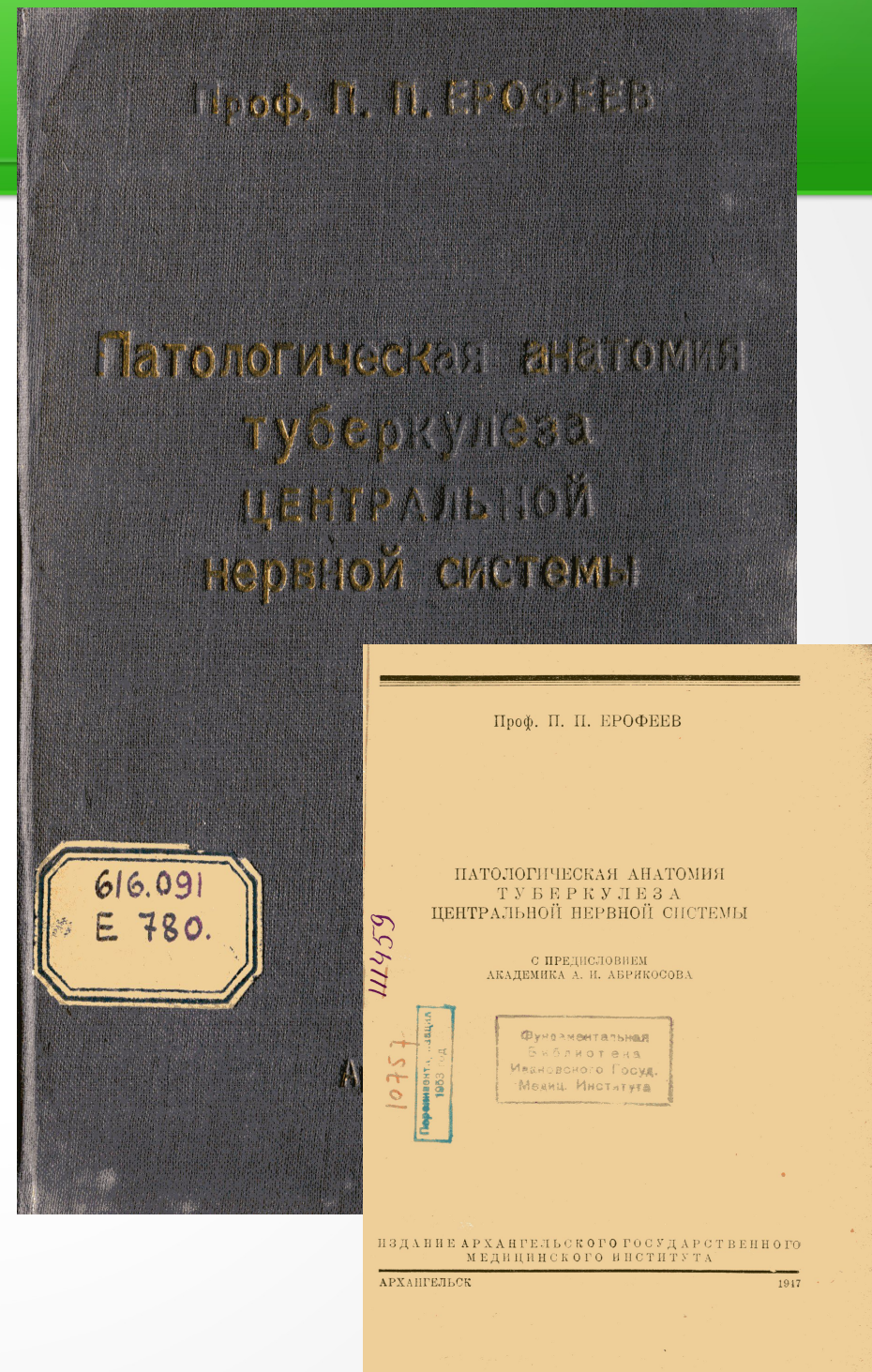
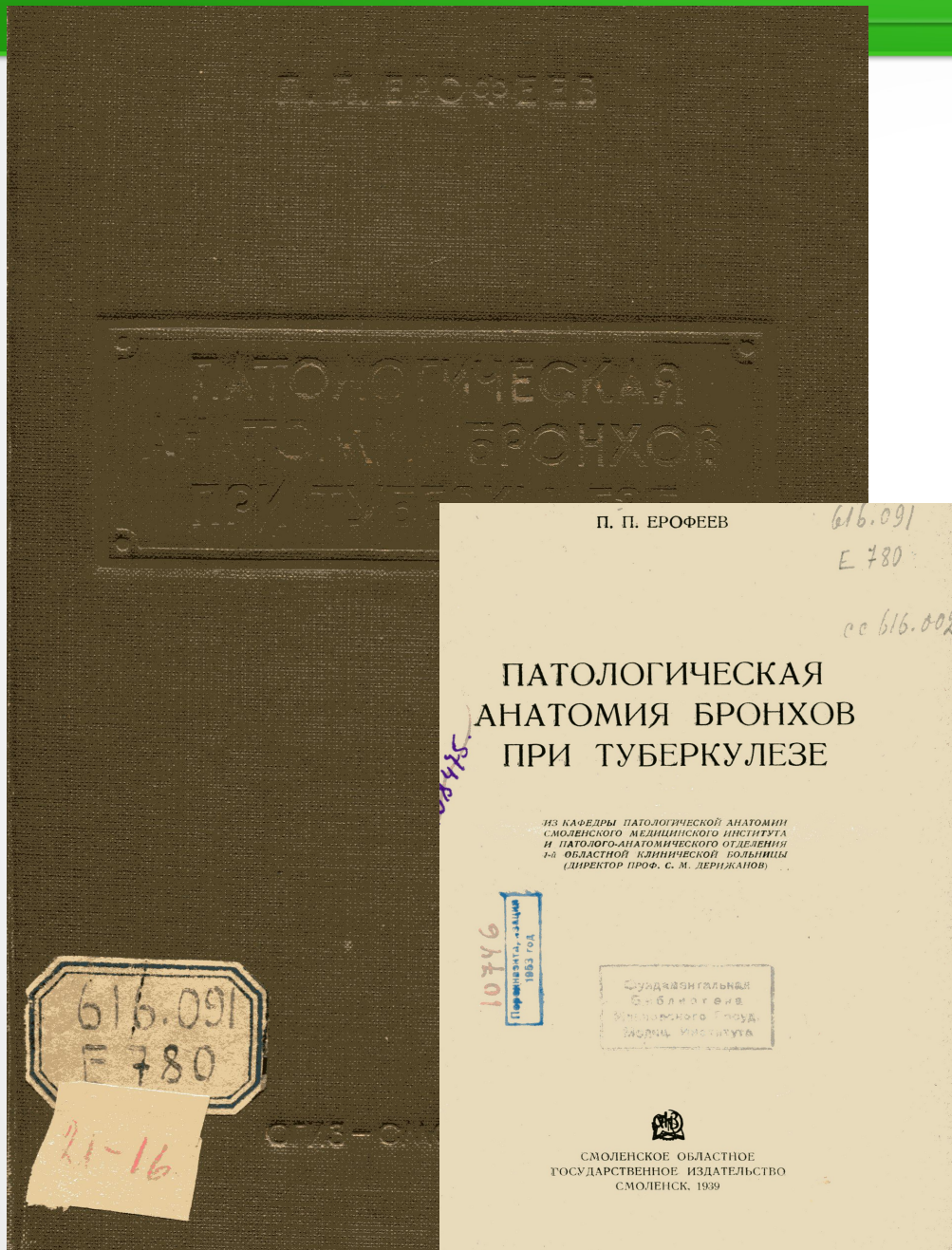
В мае 1945 присуждена ученая степень доктора медицинских наук на основании защиты в июле 1944 диссертации «Патологическая анатомия туберкулеза центральной нервной системы». В том же году утвержден в ученом звании профессора по кафедре патологической анатомии.

С января 1948 по октябрь 1953 работал директором ИГМИ и с октября 1947 по 1960 – заведующим кафедрой патологической анатомии. В августе 1960 избран на должность заведующего кафедрой патологической анатомии Центрального института усовершенствования врачей МЗ СССР.

Автор более 40 научных работ, среди которых 7 монографий. Под его руководством выполнены 3 докторские и 8 кандидатских диссертаций.

Награжден орденом Трудового Красного Знамени (1954), медалями «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.» (1945), «За оборону Советского Заполярья» (1945), «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.» (1946)

Монографии



Вып. 22

Ужинова Елизавета Петровна

100 лет со дня рождения (1913-1992)



Инфекционист, Заслуженный деятель науки РСФСР, профессор. В 1939 году окончила с отличием Ивановский медицинский и поступила в аспирантуру по инфекционным болезням, которую окончила досрочно в 1941 году в связи с началом Великой Отечественной войны. На фронте была начальником медицинского отделения полевого подвижного госпиталя №3826. Прошла боевой путь от Москвы до Бухареста. После войны работала ассистентом кафедры инфекционных болезней института, с 1951 года - доцентом, а с 1953 – 1986 гг. - заведующей кафедрой. Одновременно в течение 9 лет была проректором по учебной, а затем в течение 6 лет - по научной работе. Научные интересы Е.П. Ужиновой были посвящены проблеме острых кишечных инфекций. Ею разработаны патогенетические закономерности дизентерийной инфекции, изучена терапевтическая эффективность различных антибактериальных и биопрепаратов при дизентерии и других кишечных заболеваниях. Автор более 200 научных работ. Под ее руководством защищены 1 докторская и 17 кандидатских диссертаций. Свою профессиональную деятельность успешно сочетала с общественной: 30 лет являлась членом Комитета советских женщин и др. общественных организаций. Награждена орденами Ленина, Октябрьской революции, Отечественной войны 1-й и 2-ой степени, Красной Звезды и девятью медалями.

616.9(09)
К 703



Лидия
Корчагина-Сорокина

**Елизавета Петровна
Ужинова**
в воспоминаниях



616.9(09)
К 703

Корчагина-Сорокина, Лидия Петровна.

Елизавета Петровна Ужинова в
воспоминаниях... [Текст] / Л. П. Корчагина-
Сорокина. - Иваново :[б. и.], 2005. - 160 с. : ил.
- ISBN 5-89085-120-9 (в пер.)

Учебно-методические пособия



Научные статьи

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР

**СБОРНИК
научных трудов
Ивановского государственного медицинского
института**

Выпуск № 23

Вып. 22

НАУЧНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАФЕДРЫ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ ЗА 30 ЛЕТ В СВЯЗИ С ЗАПРОСАМИ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Проф. Е. П. УЖИНОВА

Кафедра инфекционных болезней (зав.—проф. Е. П. Ужинова)

Научная работа кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии Ивановского государственного медицинского института проводилась всегда исходя из нужд и запросов практического здравоохранения. Решались вопросы, имеющие значение как для советского здравоохранения в целом, так и для краевого здравоохранения (Ивановской области) в частности.

На протяжении ряда лет вплоть до 1947—50 гг. в городе Иванове и в районах области отмечалась довольно высокая заболеваемость дифтерией, скарлатины, тифопаратифозных и желудочно-кишечных заболеваниями. Среди последних преобладал удельный вес дизентерии как взрослых, так и особенно детей раннего возраста.

Для практического врача исключительную важность и злободневность приобретали вопросы эпидемиологии, клиники, диагностики и лечения вышеуказанных инфекционных болезней.

Исходя из этого, ведущей научной проблемой кафедры с первых дней ее основания была проблема диагностики, лечения и профилактики дифтерии, скарлатины, тифопаратифозных и желудочно-кишечных заболеваний.

За период существования кафедры ее сотрудниками и практически-ми врачами, работавшими в содружестве с ними, выполнено 178 научных работ, в том числе 2 докторских и 4 кандидатских диссертации. 22 работы посвящены клинике, диагностике и терапии дифтерии. Среди них большую ценность для практического здравоохранения имеют: докторская диссертация проф. С. Д. Носова на тему: «Клиника и терапия дифтерийного «крупа», две его монографии, посвященные вопросам диагностики и лечения дифтерии, а также статьи по технике интубации, показаниям к трахеотомии и консервативной терапии больных дифтерией.

Ряд работ по дифтерии выполнен ассистентом М. Ф. Вассерман и практическими врачами—бактериологами Л. Д. Соколовой и Н. Ф. Солдатовой.

В результате этих научных исследований внесены важные дополнения и изменения в этиологическую сущность и классификацию клинических форм дифтерии, определены более четкие диагностические критерии этого заболевания, разработаны показания к оперативному вмешательству и консервативной терапии.

Особое практическое значение имеют положения, выдвинутые в монографических работах проф. С. Д. Носова, определяющие преимущества

61/08/11221

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР

ВЫПУСК 19

Вып. 19

ДИСФУНКЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Из кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии (зав. — доктор мед. наук Е. П. Ужинова)
Ивановского государственного медицинского института (директор — доцент Я. М. Романов)

Доцент Е. П. УЖИНОВА

Доцент Е. П. УЖИНОВА

В общей проблеме желудочно-кишечной патологии у детей раннего возраста серьезного внимания заслуживают вопросы диагностики заболеваний, имеющих хроническое течение. Установление причины кишечного расстройства в каждом отдельном случае задача трудная, но возможная.

Расстройство функции желудочно-кишечного тракта у детей может обуславливаться не только дизентерией, а и рядом других заболеваний и состояний. Так, из общего количества 825 больных, поступивших в диагностическое отделение с подозрением на хроническую дизентерию и подвергнувшихся всестороннему обследованию, выявлено 306 детей (37,1%) с расстройствами кишечника недизентерийной природы видное место занимает инвазия простейшими, в том числе в 49% случаев — лямблиями и в 4% — кишечными трихомонадами. Следующим по частоте заболевания, сопровождавшимся у детей нарушением функции кишечника, являются гельминтозы (гименолепидоз, аскаридоз), установленные в 23,8% случаев.

В качестве причин, обуславливающих длительные диспептические расстройства, в 19,6% случаев выявлены дефекты вскармливания и хронические расстройства питания (рахит, гипотрофия), в 2,9% — рецидивирующая хроническая пневмония и, наконец, в 3,9% случаев причиной поноса у ребенка являлись глистные инвазии кормящей матери.

Кишечные симптомы при всех этих заболеваниях и потому чаще являются с таковыми при хронической дизентерии и потому чаще являются выходящими как проявление последней. Свидетельством этого является тот факт, что из 306 детей с кишечными расстройствами недизентерийной этиологии 175 (57,2%) поступили из специализированных яслей, где они, как больные хронической дизентерией, содержались длительный период времени.

Концентрация таких детей в яслях для дизентерийных хроников является результатом пренебрежения комплексностью обследования больного ребенка, следствием упрощенного подхода к распознаванию желудочно-кишечных заболеваний и установления диагноза лишь на основании наличия учащенного жидкого или слизистого стула.

Нужно признать совершенно оправданным, когда врач при наличии

Современная клиника, а тем более педиатрия давно отошла от локалистического толкования заболеваний и не связывает клинические проявления его только с анатомическими изменениями, в том или ином органе. Благодаря изучению закономерностей развития и течения, нарушений и восстановления физиологических процессов, представляется возможность правильно диагностировать, лечить и предупреждать заболевания. Поэтому даже при таком как будто определенном клиническом синдроме, как расстройство кишечника, необходимо выяснить патологическое состояние всего организма в целом.

Расстройство функций кишечника может возникать не только в результате патологического состояния желудочно-кишечного тракта, но и как следствие чисто функциональных нарушений, связанных с заболеванием различных органов и систем. Поносы, появляющиеся во время инфекции, не локализуемой непосредственно в кишечнике (так называемые парентеральные поносы), можно, по всей вероятности, объяснить тем, что возбудитель инфекции образует токсины, которые тем или иным образом вызывают усиленную перистальтику и секрецию. Результатом этого является понос (Л. Лангштейн, 1929).

Известно, например, что при заболевании острым катаром дыхательных путей маленький ребенок страдает и функция желудочно-кишечного тракта, в форме так называемой парентеральной диспепсии. Генез парентеральной диспепсии при гриппе сложен. Ю. Ф. Домбровская (1952) допускает непосредственное инфицирование желудочно-кишечного тракта, путем заглатывания слизи зева, содержащей большое количество микробов, при значительном снижении бактерицидного свойства желудочного сока, в результате понижения кислотности. Кроме того, по мнению автора, известную роль в возникновении диспепсии при гриппе играют выделенные стенкой кишечника токсины и, наконец, большое значение имеют вегетативные расстройства, сопровождающие грипп, клиническими проявлениями которых могут быть дискинетические нарушения (запоры, поносы).

При заболевании ребенка раннего возраста даже легкой формой гриппа или катара дыхательных путей важнейшие системы его организма — система дыхания, пищеварения и нервная — находятся в преморбидном состоянии, т. е. в состоянии готовности к заболеванию (Ю. Ф. Домбровская).

Мясоедов Евгений Станиславович

100 лет со дня рождения (1913-1991)



- Декан лечебного факультета (1955-1959)
- Профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии (1954-1957)
- Госпитальной терапии (1957-1965)
- Внутренних болезней (1965-1971)
- Факультетской терапии (1971-1982)

Мясоедов Евгений Станиславович

100 лет

Мясоедов Евгений Станиславович родился 22 января 1913 в г Костроме в семье служащих. В 1931 окончил среднюю школу в г. Костроме, в 1936 – лечебно-профилактический факультет ИГМИ. С 1936 по 1940 – ординатор факультетской терапевтической клиники. В 1940–1946 – ассистент кафедры факультетской терапии.

В годы Великой Отечественной войны работал постоянным консультантом по внутренним болезням в трех эвакуационных госпиталях.

В 1943 в ИГМИ защитил кандидатскую диссертацию «Клиника и морфология экспериментального нефрита» (научные руководители – профессора Л.И. Виленский и С.М. Дерижанов).

В 1946–1951 – ассистент кафедры пропедевтической терапии и одновременно заведующий терапевтическим отделением 1-й городской клинической больницы. В 1951 – 1954 исполнял обязанности заведующего кафедрой организации здравоохранения. Ученое звание доцента получил в 1952. С 1954 до 1957 заведовал кафедрой факультетской терапии.

В 1956 в Институте физиологии им. И.П. Павлова АН СССР защитил докторскую диссертацию «Интероцептивные влияния с желудка и прямой кишки и их значение в диагностике заболеваний желудочно-кишечного тракта (клинико-экспериментальное исследование) (научный консультант – профессор С.С. Полтырев)». В 1957 утвержден в ученом звании профессора по кафедре «Внутренние болезни». В 1955–1959 работал деканом лечебного факультета.

С 1957 по 1965 заведовал кафедрой госпитальной терапии, а с 1965 после объединения кафедр госпитальной и факультетской терапии в кафедру внутренних болезней возглавлял ее до 1971. Вновь заведовал кафедрой факультетской терапии после реорганизации кафедры внутренних болезней (1971 – 1982). В июле 1982 освобожден от занимаемой должности в связи с выходом на заслуженный отдых. Продолжил активную консультативную работу в поликлиниках города.

Являлся председателем Ивановского отделения Всесоюзного научного общества терапевтов (1954–1991), членом правления Всесоюзного научного общества ревматологов, Всероссийской проблемной комиссии по ревматологии, координационного комитета по ревматологии Ученого совета МЗ РСФСР, редакционного совета журнала «Вопросы ревматизма».

Автор более 200 печатных работ. Редактор 14 сборников научных трудов. Под его руководством выполнены и защищены 4 докторские и 33 кандидатских диссертации.

Награжден орденами «Знак Почета», Трудового Красного Знамени, медалями «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.», «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941 – 1945 гг.». В 1974 присвоено почетное звание «Заслуженный деятель науки РСФСР», его имя занесено на Доску почета ИГМИ.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
ИВАНОВСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

ПРОФЕССОР Е. С. МЯСОЕДОВ

АКТОВАЯ РЕЧЬ
26 января 1973 года

**СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ
ЭВОЛЮЦИИ, ИММУНОПАТОЛОГИИ,
ОРГАНОПАТОЛОГИИ РЕВМАТИЗМА,
ЕГО ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ
И ПРОФИЛАКТИКА**

Иваново—1973

616-002.77

М-994

616(09)
М 153

Макарьянц Л. А.

**ЗАСЛУЖЕННЫЙ ДЕЯТЕЛЬ НАУКИ РОССИИ
ПРОФЕССОР Е.С. МЯСОЕДОВ**

616(09)

М 153

Макарьянц, Леонид Аркадьевич.

Заслуженный деятель науки России
профессор Е. С. Мясоедов [Текст] / Л. А.
Макарьянц. - Иваново : [б. и.], 2005. - 27 с. :
ил. - Библиогр.: с. 20. К 75-летию ИвГМА

Иваново 2005

Учебные пособия

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
Ивановский государственный медицинский институт

ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВНУТРЕННИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

(учебное пособие для самостоятельной работы
студентов, субординаторов и интернов)

Под редакцией профессора **Е. С. Мясоедова**

Иваново — 1973

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
ИВАНОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра факультетской терапии

Заслуженный деятель науки РСФСР
профессор **Е. С. МЯСОЕДОВ**

КЛИНИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ

г. Иваново — 1976 г.

616-071 (07)
М-995

Редактор сборников

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
ИВАНОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

ОРГАННАЯ ПАТОЛОГИЯ РЕВМАТИЗМА С ВЯЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ
ВЫПУСК 48

Иваново 1971

РЕВМАТИЗМ С ВЯЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ: ИММУНОЛОГИЯ И ОРГАННАЯ ПАТОЛОГИЯ

Е. С. МЯСОЕДОВ

Из кафедры факультетской терапии
(заведующий—проф. Е. С. Мясоедов)

Накопление громадного материала теории и патологии требует обобщений, выработки новых идей для улучшения диагностики, лечения и профилактики ревматизма. Представления о ревматизме как о заболевании, давали возможность понять роль соединительной ткани в генезе ревматизма и глубоко охарактеризовать различные органы.

Однако изучение реакции только соединительной ткани не отражает главного в возникновении и патогенезе ревматизма — причинно-следственных отношений в целостном организме его связей с внешней средой. Вместе с тем вопросы патологии ревматизма не могли быть правильно решены, пока они рассматривались в плане соподчинения аномальной теории коллагеноза. Поэтому совершенно справедливым является мнение А. И. Нестерова о необоснованности выделения иммунного и аутоагрессивного патогенеза коллагенозов.

Выдвинутая А. И. Нестеровым идея о ревматизме как о клинко-иммунологической проблеме определяет принципиально новое направление в решении вопросов патогенеза, диагностики, лечения и профилактики ревматизма. В своем докладе на XVI Всесоюзном съезде терапевтов и Первом Всесоюзном съезде ревматологов А. И. Нестеров отметил, что правильный нозологический диагноз определяется пониманием ревматизма как клинко-иммунологической проблемы. Таким образом, такого диагноза является синтез клинко-эпидемиологический.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
ИВАНОВСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ

ВЯЛОТЕКУЩИЙ РЕВМАТИЗМ (Возрастной аспект)

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ

Иваново — 1979

Научные статьи в сборниках

О МЕТОДИКЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ У ЧЕЛОВЕКА И КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ ПОЛУЧАЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Профессор **Е. С. МЯСОЕДОВ**

Из кафедры госпитальной терапии (зав. — проф. **Е. С. Мясоедов**)
Ивановского государственного медицинского института
(директор — доцент **Я. М. Романов**)

Консультант — проф. **С. С. ПОЛТЫРЕВ**

О ДИАГНОСТИКЕ ПОРАЖЕНИЙ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

(Новое в методике аускультации сердца)

Проф. **Е. С. МЯСОЕДОВ**

Из кафедры госпитальной
государственного

XX съезд КПС
сердечно-сосудистым
на одном из первых

Многолетний кл
ческих условиях до
врачи допускают о
сердца. В практике
щественным поража
рий болезни больн
годы (П. П. Ворони
митрального клапа
пана встречались в
ного клапана при
так как дефект кла
цы ослаблен вслед
ся скрытых и так на
ляются даже врача

Это объясняется
стью используют во
метить, что в связ
рументальных мето
методике аускульт
остановилась. Увл
струментальными
отрицательную ро
дования.

Акад. Н. Д. С
ми клиницистами»,
Боткина—Захарьин
за. В таком случае
клиника как наука
ными и инструмент
кое внедрение в к
ского методов, а т
культации, так как
нем комплексном о

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ ИВАНОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

Выпуск № 19

Вып. № 19

НАУЧНАЯ РАБОТА КАФЕДР ТЕРАПИИ ИГМИ ЗА 30 ЛЕТ

Проф. **Е. С. МЯСОЕДОВ**

Высокое качество подготовки врачей можно обеспечить лишь на ос
нове научно-исследовательской работы, отвечающей запросам практики.

Терапевтические кафедры с начала их организации проводили разра
ботку наиболее актуальных проблем клиники внутренних болезней.

Значительное место в этой работе уже в первые годы занимали проб
лема ревматизма и болезней суставов (кафедра госпитальной терапии),
болезни почек (кафедра факультетской терапии) и болезни желудка (ка
федра пропедевтики внут

На кафедре госпита
ством заслуженного деят
ского изучались ревмати
рактера, лечение внутрен
циональной способности
внутренних заболеваний

По проблеме ревмат
батывались вопросы клин
и Л. Ф. Зименкова), вен
Мочаловой), вегетативна
тологоанатомические изм
сертация А. М. Елисеевой
чева).

Различные виды леч
никами, в частности, пер
и хлоридно-натриевой вод

Результаты этих исс
циях и совещаниях тера

Эффективность лече
болезни и легочных нагн
при скорбуте (А. М. Ели

Сотрудники кафедр
на теоретических кафедр
цию почек при эксперим
ция) на кафедре фарма
на той же кафедре А. М.
медикаментозном диурез
под руководством проф. С
торскую диссертации о м
ка на функции желудочн

Отдельные сотрудни
работу по изучению заб
стильных предприятий (п

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ ИВАНОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

Выпуск № 23

Вып. № 23

Булыгина Наталья Викторовна

95 лет со дня рождения (1918-2013)

Наталья Викторовна Булыгина окончила ИГМИ в июне 1941 года. В июле мобилизована в армию и направлена в Хабаровск (ожидалось нападение милитаристской Японии), а оттуда - в эвакогоспиталь №1284г. Ворошилова-Уссурийского Приморского края.

В августе 1946 года вернулась в Иваново. **17 лет заведовала кафедрой детской хирургии.** Знаки отличия лауреата областной государственной премии "Женщина года" за личный вклад в подготовку медицинских кадров и патриотическое воспитание молодежи были вручены Наталье Викторовне Булыгиной, участнице Великой Отечественной войны, ветерану труда, заместителю председателя совета ветеранов Ивановской государственной медицинской академии.



61(09)
В 812

Воспоминания
Н.В. Булыгиной

ВРАЧИ В ШИПЕЛЯХ ФРОНТОВЫХ

50
ЛЕТ
ПОБЕДЫ

Иваново. 1995

с. 180



"Ивановский? А разве есть такой?"

Последний государственный экзамен наша группа сдала 22 июня 1941 года...



Через три дня после начала Великой Отечественной войны нам выдали дипломы, и мы разъехались по местам назначения. Ожидалось нападение милитаристской Японии, и большую группу врачей, меня в том числе, мобилизовав в армию, направили в Хабаровск.

Легко сказать - "направили". Поезда были так переполнены (на восток ехали эвакуированные из Москвы), что лишь на четвертые сутки военный комендант вокзала буквально впихнул нас в тамбур вагона, воспользовавшись тем, что проводник не запер дверь.

До Новосибирска в битком набитом вагоне сидели на чемоданах. Потом стало чуть просторнее, и через две недели мы прибыли в Хабаровск, одновременно с эшелоном медработников.

Много нас собралось во дворе института усовершенствования врачей, где должна была начаться регистрация. Мы быстро перезнакомились, сообщая друг другу, кто какой вуз окончил и когда. Были здесь выпускники Томского, Омского, Московского, Ленинградского и других общеизвестных институтов. Когда я сказала, что только что окончила Ивановский медицинский, окружающие удивились: "А разве есть такой? Где же он находится?" Меня очень огорчили эти слова.

Началась регистрация врачей и распределение их по эвакогоспиталям. За столом сидел майор медицинской службы, человек уже немолодой. Решаю идти на регистрацию последней, чтобы еще раз не удивить кого-нибудь своей "провинциальностью".

Каждый из приехавших показывал майору документы и называл свой вуз. Уткнувшись в бумаги, регистратор ни разу не оторвался от стола.

Настала моя очередь. Я робко подошла, протянула документы и тихо назвала свой институт. Седовласый майор впервые поднял голову, внимательно посмотрел на меня и улыбнулся: "Если вы - выпуск-

ница Ивановского медицинского, то должны стать очень хорошим врачом!"

Никогда не забуду радости, какую испытала я тогда. Похвалили нашу alma mater! Стоявшие рядом посмотрели на меня с невольным уважением.

С тех пор я всегда смело заявляла о том, что окончила пусть периферийный, но замечательный вуз! Раз авторитет ему создали врачи первых выпусков, работавшие в Сибири и на Дальнем Востоке, то и нам нужно было высоко держать честь родного института. Все мы, направленные тогда в эвакогоспитали Приморского края, честно и самоотверженно выполнили свой долг.

Булыгина Наталья Викторовна,
капитан медицинской службы.



Н.В.Булыгина окончила в июне 1941 г. лечебный факультет нашего института. В июле мобилизована в армию и направлена в Хабаровск, а оттуда - в эвакогоспиталь № 1284 города Ворошилова-Уссурийского Приморского края.

После окончания войны госпиталь расформировали. Его сотрудники стали работать в лечебных учреждениях гражданского профиля.

В августе 1946 г. Н.В.Булыгина вернулась в Иваново и поступила в клиническую ординатуру при кафедре госпитальной хирургии. С сентября 1952 года она ассистент, а с 1960 г. - доцент кафедры детской хирургии. Кандидатскую диссертацию защитила в 1958 г. С 1965 по 1982 год - заведующая кафедрой детской хирургии.

Имеет правительственные награды. Отличник здравоохранения.

Учебно-методические пособия

Министерство здравоохранения РСФСР
ИВАНОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ

Н. В. БУЛЫГИНА, В. В. БАКЛАНОВ

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ У ДЕТЕЙ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ СУБОРДИНАТОРОВ
И ИНТЕРНОВ

Иваново 1975

516.346.2-002.1-053.2
Б-908



616.34-007
1494 Б908
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
ИВАНОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
им. А. С. БУБНОВА

Н. В. Булыгина, И. С. Буров, В. В. Бакланов

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ СПАЕЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У ДЕТЕЙ

Учебно-методическое пособие
для субординаторов, интернов,
врачей-педиатров и хирургов

Иваново 1986

Нечаева Ольга Николаевна

90 лет со дня рождения (1923-2010)

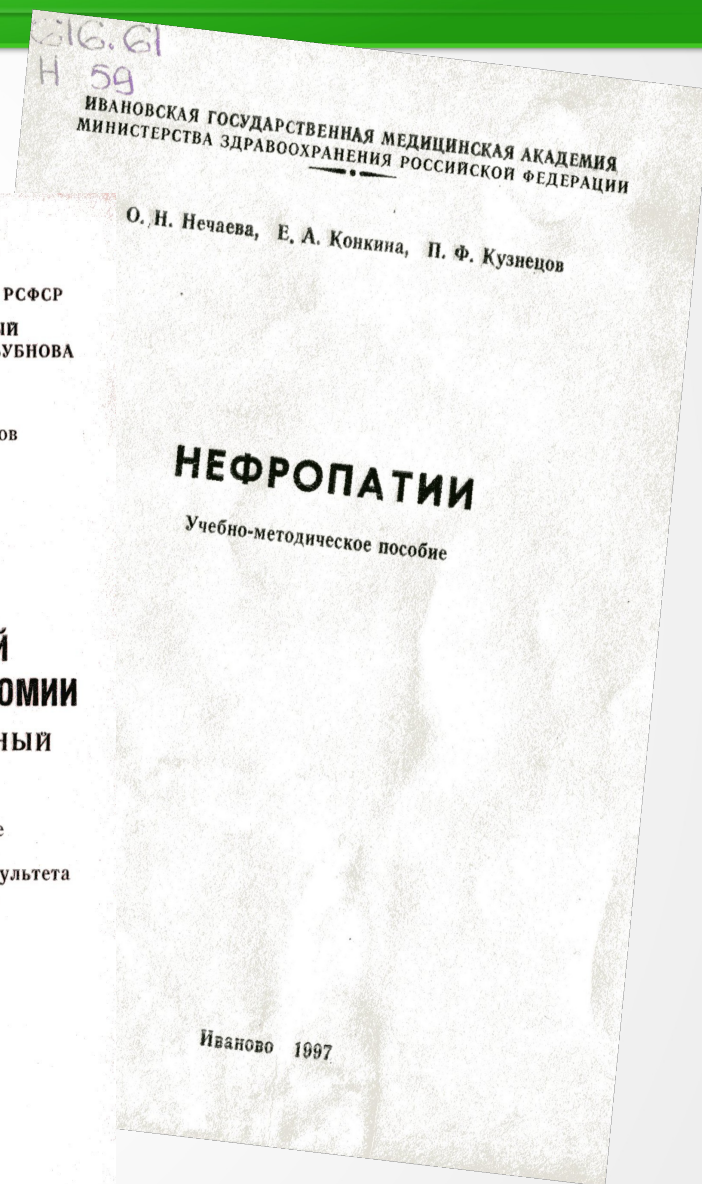
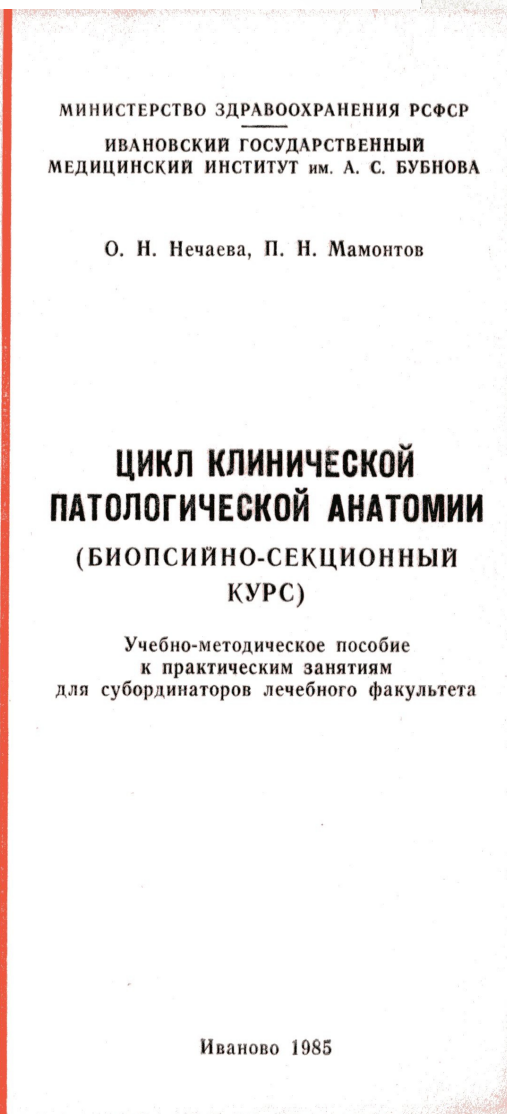
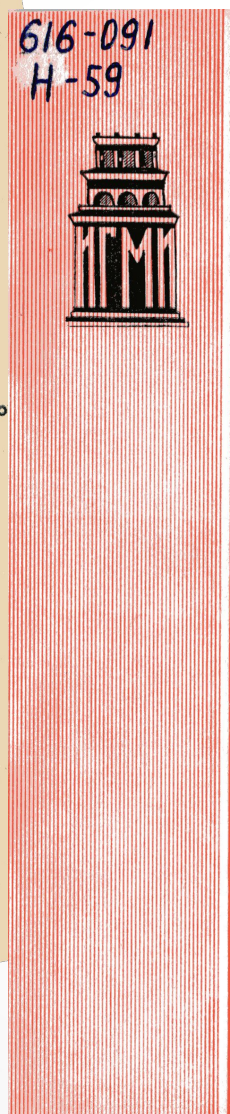
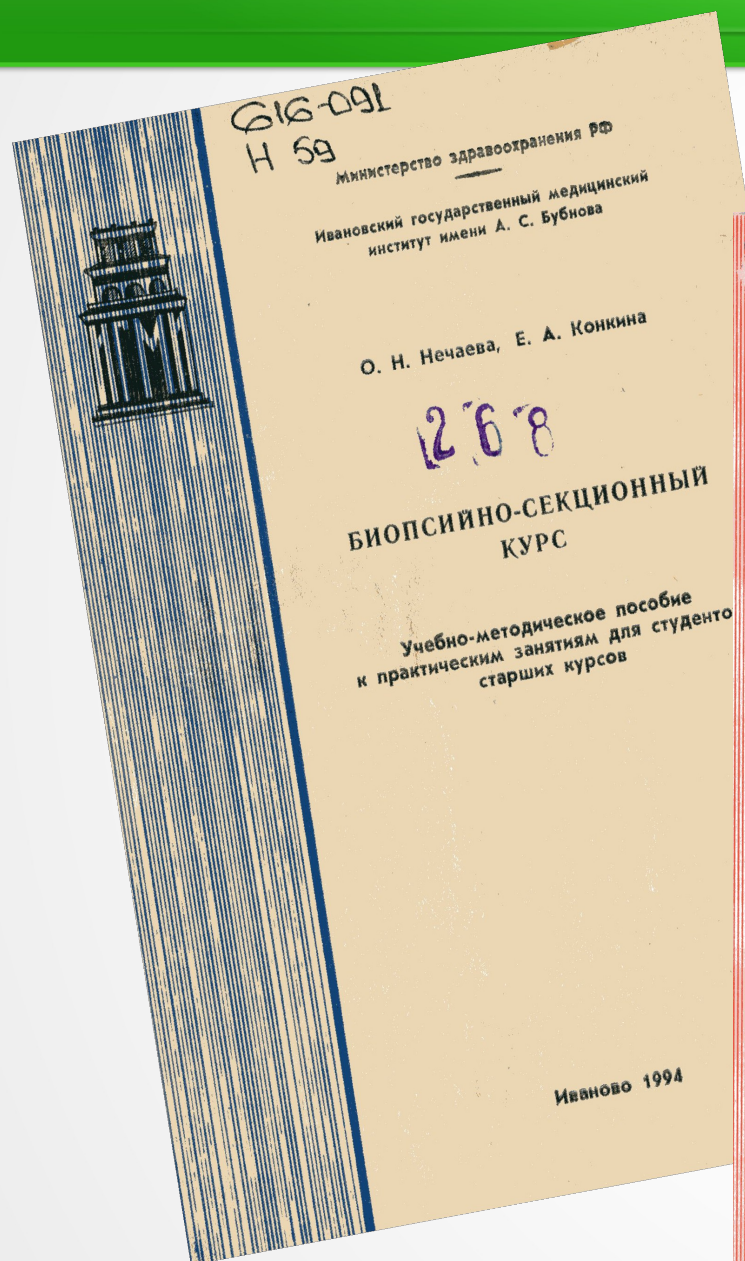
- Выпускница лечебного факультета ИГМИ 1944 г., доктор медицинских наук, профессор
- С 1947 — ассистент кафедры патологической анатомии
- С 1951-1953 — заместитель декана педиатрического факультета
- С 1956-1961 — декан лечебного факультета
- С 1964-1992 — заведующая кафедрой патологической анатомии
- С 1992 — профессор кафедры патологической анатомии



Нечаева Ольга Николаевна

Нечаева Ольга Николаевна родилась 2 октября 1923 в г. Чухломе Костромской области в семье служащих. С отличием окончила среднюю школу, а затем в 1944—лечебный факультет ИГМИ. Как именной стипендиат и активный участник студенческого научного общества была зачислена в аспирантуру при кафедре патологической анатомии. Прошла научную и практическую подготовку как врач-патологоанатом под руководством СМ. Дерижанова. С 1947 — ассистент той же кафедры. В 1950 защитила кандидатскую диссертацию «Динамика патологоанатомических изменений при острой кишечной непроходимости» и продолжила педагогическую и научную работу под руководством П.П. Ерофеева. Одновременно с 1946 по 1959 заведовала патологоанатомическим отделением 1-й городской больницы г. Иванова. Работала в администрации ИГМИ: заместителем декана педиатрического факультета в 1951 — 1953, затем деканом лечебного факультета в 1956—1961. С 1960 — доцент кафедры патологической анатомии. С 1961 по 1964 исполняла обязанности заведующей кафедрой. Докторская диссертация «Клинико-патологоанатомическая характеристика острой непроходимости тонкого кишечника и ее важнейших осложнений» защищена на ученом совете по клиническим дисциплинам АМН СССР в 1962. Основные положения научных исследований отражены в многотомном «Руководстве по патологической анатомии», оригинальные материалы включены в раздел БМЭ. В том же году ей присвоено ученое звание доцента. В 1964 избрана на должность заведующей кафедрой патологической анатомии (до 1992). В 1966 ей присвоено ученое звание профессора. С 1992— профессор той же кафедры. Как главный специалист облздравоотдела проводила значительную работу по совершенствованию патологоанатомической службы. Плодотворные контакты с ведущими специалистами страны позволили успешно провести в 1977 на базе ИГМИ VI Всесоюзный съезд патологоанатомов. В течение двадцати лет состояла членом президиума Всесоюзного общества патологоанатомов, входила в состав редакции журнала «Архив патологии». Является председателем областного научного общества патологоанатомов, подкомиссии Управления здравоохранением области по аттестации патологоанатомических кадров. Автор более 130 работ. Под ее руководством на кафедре выполнены 3 докторские и 19 кандидатских диссертаций. Награждена орденом «Знак Почета», юбилейной медалью Всемирного Совета Мира, медалью «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941 — 1945 гг.», знаками «Отличник здравоохранения», «Отличник высшей школы». Ей присвоено звание «Заслуженный работник здравоохранения РФ».

Учебно-методические пособия



Тезисы докладов

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР
Всесоюзное научное медицинское общество патологоанатомов

VI ВСЕСОЮЗНЫЙ СЪЕЗД ПАТОЛОГОАНАТОМОВ

Москва — 1977

616-091(063)
В-853

МОРФОЛОГИЯ КОМПЕНСАТОРНЫХ РЕАКЦИЙ В СТЕНКЕ АОРТЫ И МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПОВЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА

О.Н.Нечаева, А.В.Мартынова
Кафедра патологической анатомии

На секционном материале, составившем 80 наблюдений у умерших в возрасте от 35 до 80 лет, с использованием метода морфометрии, с учётом возрастных особенностей сосудистой стенки изучены волокнистые структуры аорты и магистральных артерий. Особое внимание уделялось зонам сосудистой стенки с наиболее выраженным гемодинамическим (магистральных артерий). Изучение гликозамингликановой активности атеросклеротическими методами окраски мышечных элементов медных направлений, изучены магистральных артерий. Патологические особенности сосудистой стенки при изучении на состояние покровных волокон при слезе. Учтены современные патологических признаках и

Обнаружено, что с в гладкомышечных клетках стенки аорты в различных состояниях определялось

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
ИВАНОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ИМ. А. С. БУБНОВА



50-летию института посвящается

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ ЮБИЛЕЙНОЙ НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ИГМИ

61(063)

ИВАНОВО — 1981

Научные статьи

УЩЕМЛЕННЫЕ ГРЫЖИ КАК ВИД ОСТРОЙ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА

Канд. мед. наук. О. Н. НЕЧАЕВА

Из кафедры патологической анатомии (зав.—проф. П. П. Ерофеев)
Ивановского государственного медицинского института (директор—доцент
Я. М. Романов)

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА СПАЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА В КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОМ ОСВЕЩЕНИИ

Кандидат мед. наук О. Н. НЕЧАЕВА

Из кафедры патологической анатомии (зав.—проф. П. П. Ерофеев)
Ивановского государственного медицинского института
(директор—доцент Я. М. Романов)

Ущем-
ся в 50%
ническая
явлениям
нарушени
вание в
последни
эта мысл
Л. И. Ка
С. В. Ло
и Е. А. Г

Воспа-
ниями в
кишок в
гически
ляционн
смерти и
тозные о
зов.

Пол

Мужчин

Женщин

Острая кишеч-
брюшной полости я
вления. По данны
шук, 1955, А. Н. Ша
видов непроходимос
увеличение числа сл
ной статистике В. И
съезде хирургов, сп
лишь завороту тонк

Из общего чис
изученных нами за
спаечная непроходи
ренных карманах б
встретились у 51 бо
ки и морфологии, м
печника, а в случа
используя метод из
мы пользовались ка

Целью работы
стей спаечной непр
функциональных и
чала заболевания в
щественное значени
оперативных вмеша

Характер опер
жены в таблице 1-

Общая характери

Выздоровело . . .

Умерло больных . . .

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ ИВАНОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

Выпуск № 22

Вып. 22

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРИТОНИТОВ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ЛЕЧЕННЫХ ПЕНИЦИЛЛИНОМ

Кандидат медицинских наук О. Н. НЕЧАЕВА

Из кафедры патологической анатомии (зав. кафедрой — проф. П. П. Ерофеев)
Ивановского государственного медицинского института
(директор — доцент Я. М. Романов)

На страницах г
значительное количе
леченных антибиоти
разлитых воспален
И. И. Дерябин, Н. Г
хонова, Н. С. Чисто
По данным леч
занные авторы при
значительном сниже
щественно гнойных)

Морфологическ
изучаться (И. И. Д
в основном лечения
на с точки зрения г
биотиками перитони
мости. Тем не мене
в оценке летальных
тологоанатомами, и
рургии, перитонит о
ганов брюшной пол

Целью настояш
альной реакции при
тонкого кишечника,
лин, стрептомицин
ниты, развившиеся
жеечных сосудов.

Всего изучено
них у 18 больных с
ника (от 30 см до
мия: с ликвидацией
чаях данные клини
исследованиями с п

Первая группа
го, что гистологиче
ные участки кишеч
кровообращения, та
шечной стенки, сле

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПОСЛЕ ПАЛЛИАТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Канд. мед. наук О. Н. НЕЧАЕВА

Из кафедры патологической анатомии (зав. — проф. П. П. Ерофеев)
Ивановского государственного медицинского института
(директор — доцент Я. М. Романов)

За последние годы общая летальность при острой кишечной непро-
ходимости з
рургии. По
гов, средняя
среди оперир
летальность
достигает 34
(В. И. Стру
изучения и а
бенно после

В данно
сти со смер
шательств и
ческих отдел
ных, находи
шему количе
печника за

В каждо
ми макро- и
вания произ
окраски. Исс
пина, внутр

В зависи
шечной непр
группами: 1
ного вмеша
стомии и да
чены наблю
тельства, по

В первую
ной формой
11, у женщи
тельства», т
добные случ
этой группы
вания (с 9-й
была достав

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ ИВАНОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

Выпуск № 19

Вып. 19

Фишкин Валентин Израилевич

85 лет со дня рождения (1928-1991)



- Заслуженный деятель науки РСФСР, доктор медицинских наук, профессор
- С 1969-1991 - руководитель кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии
- Создатель ивановской школы травматологов-ортопедов
- Автор 160 научных работ, 2 монографий

Фишкин Валентин Израилевич

85 лет

Фишкин Валентин Израилевич родился 7 ноября 1928 в г Богородске Нижегородской губернии в семье медицинских работников. С золотой медалью окончил среднюю школу, в 1952 — с отличием Горьковский медицинский институт. С 1952 по 1969 работал в Свердловском научно-исследовательском институте травматологии и ортопедии, где прошел путь от клинического ординатора до профессора, заместителя директора института по научной работе.

В 1955 защитил кандидатскую диссертацию «Патоморфологические изменения периферических нервных волокон и нервных окончаний в поперечнополосатой мускулатуре при атетозе». Диссертацию на соискание ученой степени доктора медицинских наук «Радикальные операции при патологическом вывихе бедра после инфекционного коксита» защитил в 1965 (научный консультант — член-корреспондент АМН СССР, заслуженный деятель науки, профессор Ф.Р Богданов). В 1966 ему было присвоено ученое звание профессора.

В совершенстве владел хирургической техникой, разработал и внедрил в клинику оперативные вмешательства, которые описаны в руководствах и монографиях по ортопедии и травматологии.

В 1969 возглавил кафедру травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ИГМИ, являлся ее руководителем до 1991. Создал ивановскую школу травматологов-ортопедов. Его ученики работают не только в разных регионах России, но и в других странах.

Большое внимание уделял организации ортопедо-травматологической помощи, будучи главным специалистом Ивановского облздравотдела. Были открыты новые травматологические отделения и пункты, детский ортопедический профилакторий, школа-интернат для детей с церебральными параличами и сколиозами, пристройка к госпиталю инвалидов Великой Отечественной войны, отраслевая научно-исследовательская лаборатория реабилитации текстильщиков с травмами и заболеваниями опорно-двигательной системы, реабилитационный центр, позволившие значительно улучшить результаты лечения и сократить его сроки.

Автор 160 научных работ, 2 монографий. Новизна его научных предложений защищена 5 свидетельствами на изобретения и многими удостоверениями на рационализаторские предложения.

Под его руководством выполнены 2 докторские и 22 кандидатские диссертации.

Являлся членом правления Всесоюзного и Всероссийского обществ травматологов-ортопедов, членом научного совета АМН СССР по проблеме «Травма, травматизм и ортопедические заболевания», членом учебно-методического совета по преподаванию травматологии и ортопедии при ГУУЗе МЗ РСФСР.

Обладал энциклопедическими знаниями не только по травматологии и ортопедии. Был увлеченным библиофилом, прекрасно знающим художественную литературу, филателистом, имел одну из лучших в городе коллекцию марок. В свободное время занимался садоводством, выводил новые сорта плодовых деревьев.

В апреле 1988 присвоено почетное звание «Заслуженный деятель науки РСФСР».

Награжден орденом Дружбы народов, медалями и многочисленными почетными грамотами.

Сборник посвящен 75-летию со дня рождения создателя ивановской школы травматологов и ортопедов, кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ИВГ МА заслуженного деятеля науки Российской Федерации, профессора В.И. Фишкина. В книгу включены работы коллег, друзей, бывших пациентов, членов семьи В.И. Фишкина, как ранее опубликованные, так и новые, а также фотографии, запечатлевшие Валентина Израилевича в разные годы жизни. Книга адресована ортопедам-травматологам, врачам всех специальностей, интересующихся историей развития отечественного здравоохранения.

Ответственный редактор
профессор СЕ. Львов

617(09)

Н 44

Незабываемые минуты общения [Текст] : сборник / ГОУ ВПО Иван. гос. мед. акад. М-ва здравоохранения Рос. Федерации, Каф. травматологии, ортопедии и воен.-пол. хирургии, Иван. обл. регион. отд-ние Ассоц. травматологов и ортопедов РФ, Иван. обл. обществ. орг. травматологов и ортопедов им. В.И. Фишкина ; ред. С. Е. Львов. - Иваново : [б. и.], 2003. - 104 с. : ил. - ISBN 5-89085-102-0 (в пер.)

617(09)
Н 44

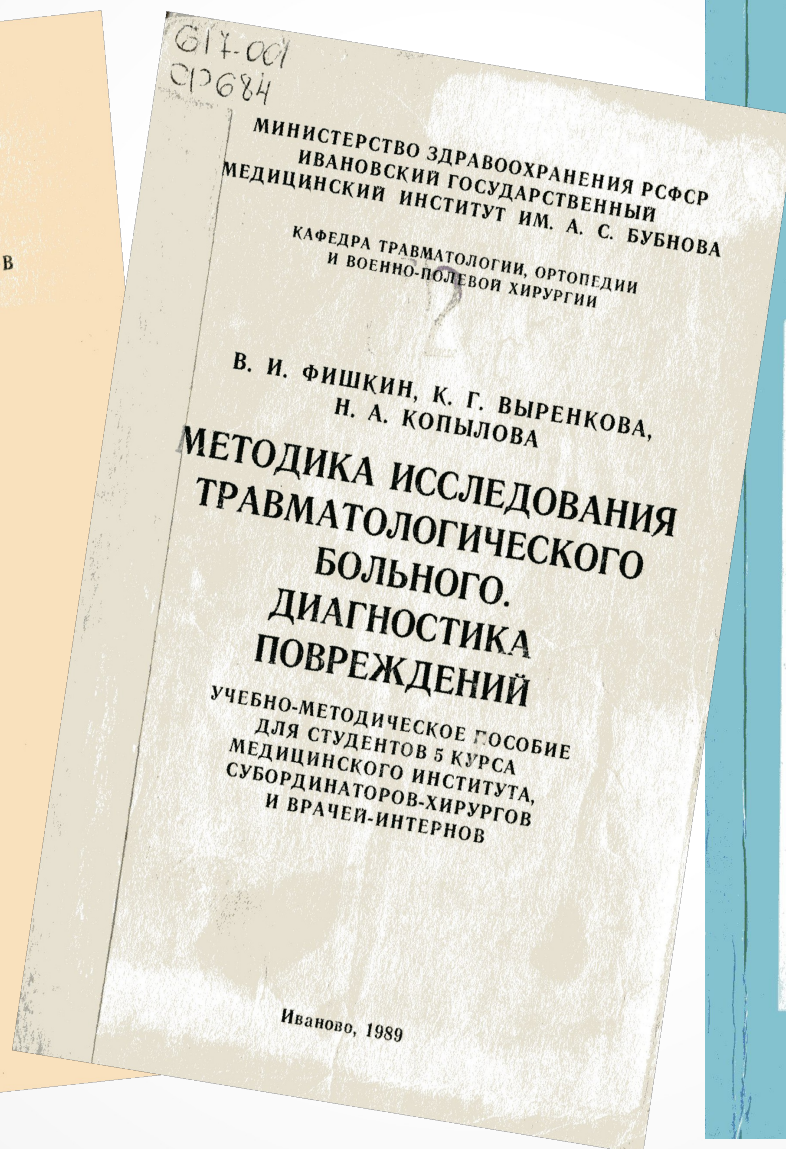
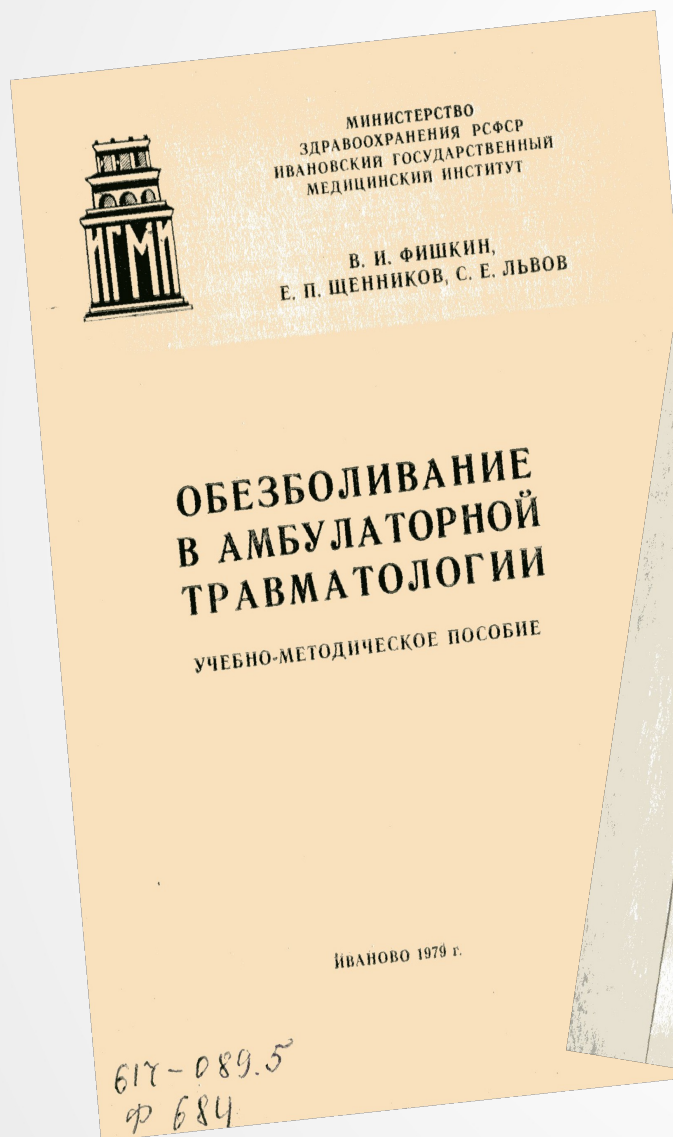


НЕЗАБЫВАЕМЫЕ МИНУТЫ ОБЩЕНИЯ



Иваново 2003

Учебно-методические пособия





МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
ИВАНОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ им. А. С. БУБНОВА

В. И. ФИШКИН, М. И. ТАЛАЕВ

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ КОСТЕЙ

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ
ДЛЯ СУБОРДИНАТОРОВ И ИНТЕРНОВ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
ИВАНОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ им. А. С. БУБНОВА

Ю. Г. Торонов, В. И. Фишкин

149 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВЗРЫВНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ НА ЭТАПАХ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ

Учебно-методическое пособие
для студентов старших курсов и курсантов
факультета усовершенствования врачей

Иваново 1988

616.71-006-07-08
Ф 684

61:617(09)
Ф 684

26

Министерство здравоохранения РСФСР
Ивановский государственный медицинский институт им. А. С. Бубнова

Заслуженный деятель науки РСФСР
профессор В. И. Фишкин

35-летний опыт научных исследований в травматологии и ортопедии

Актовая речь на заседании
Ученого совета института

18 ноября 1988 г.

Иваново — 1988

ИВАНОВСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
КАФЕДРА ТРАВМАТОЛОГИИ, ОРТОПЕДИИ

Профессор В. И. ФИШКИН

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ПО ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ
ОПУХОЛЕЙ КОСТЕЙ

(для субординаторов и интернов)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
ИВАНОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ ИМЕНИ А. С. БУБНОВА

В. И. Фишкин, В. Н. Дудинов

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОХОНДРОПАТИИ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

ИВАНОВО — 1982

Иваново, 1973

Научные статьи

ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ (МАКРО- И МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ) ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ И ЗАБОЛЕВАНИЯХ КОНЕЧНОСТЕЙ

К МЕТОДИКЕ ПОЛЯРОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ КИСЛОРОДНОГО РЕЖИМА В ПОВРЕЖДЕННЫХ ТКАНЯХ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОНЕЧНОСТЕЙ

В. И. Фишкин, В. С. Зуев, В. Е. Удальцов

В настоящее время полярографический метод изучения биологического окисления в тканях организма занимает все более значительное место в исследованиях, направленных на раскрытие глубинных механизмов молекулярных, клеточных и тканевых реакций в различных условиях нормы и патологии.

ЗАВИСИМОСТЬ КРОВОТОКА И СОСУДИСТЫХ РЕАКЦИЙ ОТ ТЯЖЕСТИ ТРАВМЫ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

В. И. Фишкин, Б. Г. Усольцев

Вопрос о состоянии кровотока поврежденной конечности при свежих переломах костей голени является дискуссионным.

Представители школы морфофизиологов (Е. Lexer, 1922) отмечают местное увеличение количества и размеров сосудов тотчас же и в ближайшее время после перелома. Эксперименты (J. Wray, C. Lynch, 1959, J. Wray, 1964) подтверждают эту точку зрения. Диаметрально противоположную позицию занимают М. Н. Фаршатов, В. С. Абушенко, (1966), И. Л. Крупко с соавт. (1968), В. С. Абушенко (1969), которые на основании функциональных методов исследования (плетизмография) отмечают наличие длительной спазматической конечности, которая является поврежденной и контралатеральной. Одним из важнейших — является тяжесть травмы. В доступной нам литературе мы не нашли объективных критериев, отражающих само понятие «тяжесть травмы». Ряд авторов (И. Р. Петров, Б. И. Криворучко, В. К. Кулагин (1960) употребляют это понятие, имея в виду выраженность нарушений общего состояния больного, другие учитывают только характер изменений в области перелома. Некоторые авторы (Г. М. Шварц, 1974) судят о тяжести травмы по характеру смещения отломков, наличию гематомы.

Мы считаем, что тяжесть травмы, как понятие оценочное в комплексе все изменения, происходящие в результате взаимодействия травмирующего агента с организмом, включать:

1. Оценку общего состояния больного, его реакцию на травму, в частности, выраженность болевого фактора

СОСТОЯНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ В ДЕНЬ ТРАВМЫ

В. И. Фишкин, С. Е. Львов

Исследованиями последних лет доказано, что течение регенеративной регенерации костной ткани при переломах в значительной степени зависит от состояния кровообращения в поврежденном сегменте конечности. Изучены изменения периферического кровообращения при переломах длинных трубчатых костей, выявлен ряд закономерностей, связанных с характером повреждения, особенно при применении методик лечения и т. д. (И. Л. Крупко с соавт., 1968; В. С. Абушенко, 1969; В. Д. Кусков, 1971; В. Е. Удальцов, 1971; Г. М. Шварц, 1974; S. T. Krompecher, 1967; P. F. Matzen 1967; S. Pellet 1967 и др.).

ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И БИОМЕХАНИКИ

В. И. Фишкин, В. П. Мочалов

Анализ отдаленных исходов лечения переломов встречает значительные трудности. Схемы, предложенные для оценки отдаленных результатов, субъективны. Выгодно отличается от ранее предложенных схема Г. И. Улицкого (1964), в которой к оценке исходов широко привлечены клинические и рентгенологические признаки. Однако и эта схема в известной степени субъективна, так как не включает количественной характеристики функции оперированной конечности. Мы видоизменили функцию оперированной конечности. Мы функционального исследования периферического кровообращения и биомеханики. Для оценки периферического кровообращения использованы реография, пальцевая плетизмография и скорость распространения пульсовой волны. Для оценки статико-функционального восстановления конечности применялись подография (коэффициент ритмичности походки) и ангиография. Хотя предлагаемая схема не лишена недостатков, она позволяет получить более объективные данные оценок отдаленных исходов.

По этой схеме изучены отдаленные результаты лечения после остеосинтеза отломков большеберцовой кости винтами по общепринятой методике через 1—4 года после операции. Из 30 обследованных больных жалоб и нарушений периферического кровообращения не было выявлено только у троих. Несмотря на то, что у 22 больных наступило первичное костное сращение, у 27 — к моменту обследования полного сращения

616.714/718-001

Редактор сборников

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАМИ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА



ИВАНОВО — 1980

УДК 616.72 : 616—001.5 : 612.76

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ГОЛЕНОСТОПНОГО И ПОДТАРАННОГО СУСТАВОВ В НОРМЕ И У ЛИЦ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ



В. И. Фишкин, И. В. Фишкин,
Д. В. Скворцов

Иваново

Голеностопный и подтаранный суставы в функциональном отношении являются единым сочленением, которое по аналогии с узлами в механике можно сравнить с карданным шарниром. Оси перемещений в этих суставах имеют сложную взаимную пространственную ориентацию. Так, ось подтаранного сустава клинически можно определить, соединив прямой линией шейку таранной кости и середину пяточного бугра, а ось голеностопного сустава совпадает с линией, соединяющей верхушки лодыжек. Содружественные перемещения в голеностопном и подтаранном суставах при ходьбе обеспечивают устойчивость походки, поступательное и фронтальное перемещение общего центра массы человека, позволяют стопе адаптироваться к неровностям поверхности. Исследованию функции голеностопного и подтаранного суставов при ходьбе в норме посвящены немногочисленные отечественные и зарубежные публикации (М. П. Полян, 1968; Karpovich P. V., 1960; Wright D. G., 1964). Целью нашего исследования явилось дальнейшее изучение подвижности стопы в этих сочленениях в норме и биомеханических нарушений, возникающих вследствие повреждения подтаранного сустава у больных с переломами пяточной кости.

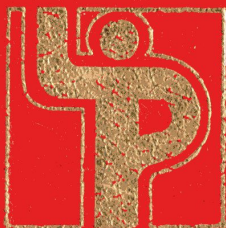
Обследовано 30 мужчин среднего возраста без патологии нижних конечностей и 65 пациентов с внутрису-

Сборники научных трудов

616.7
P31

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РС
ИВАНОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ ИМ. А. С. БУБНОВА

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАМИ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА



ИВАНОВО 1983

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАМИ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА



ИВАНОВО — 1983

60-летию Ивановского государственного медицинского института им. А. С. Бубнова посвящают свои работы авторы настоящего сборника научных трудов.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Разработка способов реабилитации больных после травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата занимает центральное место в научных исследованиях сотрудников нашей кафедры и отраслевой научно-исследовательской лаборатории реабилитации текстильщиков с заболеваниями и травмами Ивановского государственного медицинского института им. А. С. Бубнова.

Продолжается активное сотрудничество кафедры и лаборатории с центром реабилитации Горьковского автозавода, с курсом реабилитации Казанского ГИДУВа, с Горьковским научно-исследовательским институтом травматологии и ортопедии и Свердловским филиалом Всесоюзного Курганского научного центра «Восстановительная травматология и ортопедия».

Результаты исследований сотрудников этих научных подразделений представлены в настоящем сборнике.

Название сборника совпадает с изданным в 1985 году и по существу данный сборник является продолжением публикаций результатов исследований по реабилитации, проводимых кафедрой травматологии и ортопедии. Это явилось основанием для обозначения его книга 2. В последующие годы в связи с продолжением работ по проблеме «Реабилитация больных с травмами и ортопедическими заболеваниями» сборник будет обозначаться порядковым номером.

Заслуженный деятель науки РСФСР
профессор В. И. ФИШКИН

Лопатин Борис Сергеевич

85 лет со дня рождения (1928-2002)



- Выпускник ИВГМА 1953 г., доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой ЛОР-болезней (1963-1998)
- Декан педиатрического фак. (1961-1965)
- Декан лечебного фак. (1976-1978)
- Проректор по учебной работе (1965-1971)
- Ректор ИГМИ (1982-1987)

Лопатин Борис Сергеевич

85 лет

Борис Сергеевич Лопатин родился 28 октября 1928 года в деревне Анастасьино Вичугского района Ивановской области. В военные годы, еще подростком, работал в колхозе, за что позже был награжден медалью «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941 – 1945 гг.»

В 1947 году, после окончания средней школы в Кинешме, поступил на лечебный факультет Ивановского государственного медицинского института, с которым неразрывно связана вся его дальнейшая жизнь. Здесь он продолжил обучение в клинической ординатуре на кафедре ЛОР-болезней. Под научным руководством профессора К.Г. Борщева получил хорошую клиническую подготовку, приобрел значительный опыт в учебно-воспитательной и научно-исследовательской работе. В 1956 году Б.С. Лопатин избран ассистентом этой кафедры.

В 1960 году он защитил кандидатскую диссертацию, в 1962 – утвержден в ученом звании доцента. С 1963 года Борис Сергеевич заведовал кафедрой болезней уха, горла и носа. В 1976 защитил докторскую диссертацию, а затем получил ученое звание профессора. Научно-педагогическая деятельность Б.С. Лопатина всегда переплеталась с общественно-административной.

Он избирался деканом педиатрического и лечебного факультетов, секретарем парткома института, назначался проректором по научной работе. С 1982 по 1987 год Б.С. Лопатин ректор института. Спокойный, внимательный и отзывчивый, он сразу же получил признание коллектива. В этот период расширяется тематика научных исследований по изучению влияния производственных факторов и условий труда на состояние здоровья женщин – работниц текстильных предприятий. При непосредственном участии ректора в 1984 году в Иванове был открыт центр реабилитации текстильщиков с заболеваниями и травмами. Б.С. Лопатин многое сделал по созданию в областном центре Научно-исследовательского института материнства и детства.

Лопатин Борис Сергеевич

85 лет

Первая половина 80-х годов была ознаменована развитием форм самоуправления студентов: их представители вошли в состав ученых советов вуза и факультетов, участвовали в работе экзаменационных комиссий и комиссий по распределению выпускников. С учетом мнения студентов стали назначаться стипендии, составляться расписания, формироваться группы субординаторов.

В 1985 году в институте был открыт факультет усовершенствования врачей.

Б.С. Лопатин внес значительный вклад в разработку исследований, посвященных изучению ЛОР-заболеваний у рабочих текстильной промышленности. Была подготовлена и предложена практическому здравоохранению стройная система, включающая в себя методы ранней диагностики, лечения и профилактики заболеваний верхних дыхательных путей у текстильщиков, научно обоснованные подходы к их изучению и диспансеризации. **Опыт работы кафедры по снижению заболеваемости верхних дыхательных путей у рабочих промышленных предприятий нашел широкое распространение в масштабах Российской Федерации.**

Первым в практике онкологической оториноларингологии Ивановской области Б.С. Лопатин провел операцию полного удаления гортани при раке. **В течение ряда лет он работал главным внештатным оториноларингологом областного отдела здравоохранения и внес значительный вклад в развитие ЛОР-службы Ивановской области.** При его непосредственном участии были открыты городские ЛОР-отделения, областное детское ЛОР-отделение, новые специализированные службы: сурдологическая и фониатрическая.

Многолетний труд профессора Б.С. Лопатина отмечен орденом Трудового Красного Знамени и шестью медалями, Почетной грамотой Президиума Верховного Совета РСФСР, знаками «Отличник здравоохранения» и «Почетный работник высшего профессионального образования России». Б.С. Лопатин являлся действительным членом международной академии оториноларингологии «Хирургия головы и шеи».

Учебно-методические пособия

616.21(07)
П-692

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
ИВАНОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ им. А. С. БУБНОВА

ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ ПО ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

Методические разработки для самоподготовки
студентов 4 курса
(Занятия 5—12)

616.323
Б 823
об

Е. В. Борзов Б. С. Лопатин

АДЕНОИДЫ

Учебно-методическое пособие
для интернов, клинических ординаторов
врачей-курсантов ФППО

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
ИВАНОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ им. А. С. БУБНОВА

ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ ПО ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

Методические разработки для самоподготовки
студентов 4 курса
(Занятия 1—4)

Иваново 1986

616.21
П-692

ИВАНОВСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ИВАНОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ОТДЕЛ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Б. С. ЛОПАТИН

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ ВОСПАЛЕНИИ СРЕДНЕГО УША

(Рекомендации для врачей и интернов)

Иваново, 1973

616.284-002.2-084
И-771

Иван

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
ИВАНОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ им. А. С. БУБНОВА

Б. С. Лопатин, В. И. Кищенко

НЕОТЛОЖНАЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

Учебно-методическое пособие
для студентов и интернов

г. Иваново, 1983

616.21-083.98
И-771

Публикации в научных журналах

Т. 1, №2, 1996

Вестник Ивановской медицинской академии

89

Случай из практики

ГИГАНТСКАЯ ОСТЕОМА ЛОБНЫХ ПАЗУХ

Лопатин Б.С.
Ивановская государственная медицинская академия
Кафедра ЛОР-болезней

Остеома (остеобластокластома) околоносовых пазух относится к костным доброкачественным опухолям. По гистологическому строению остеомы могут быть компактными, губчатыми и смешанными. Различают наружные и внутрипазушные остеомы, а также истинные и ложные (экзостозы). Остеомы больших размеров часто протекают бессимптомно много лет и являются случайной находкой при обследовании по поводу других заболеваний. Эпидемиология чаще встречается у мужчин в возрасте от 11 до 40 лет [1,3,13]. Однако было бы утверждать, что они встречаются в этот промежуток времени.

Остеомы локализируются преимущественно в лобной пазухе - 51,9%, реже в решетчатой кости - 22%, верхнечелюстной клиновидной пазухе - 1,7% и в остальных - 0,6% [8]. Опухоль растет на тонком широком основании.

По мнению большей части авторов, наличие в анамнезе травм и воспалительных заболеваний служит причиной развития опухоли. С нашей же точки зрения, основными являются травматические повреждения лицевого черепа, а также воспалительные (ринит, синусит) и кистозные (гидроцефалия) процессы - вторичные, являющиеся нарушениями при травме твердых оболочек и костных стенок пазух. Водных отверстий околоносовых пазух в большинстве случаев мы считаем, что частота остеом околоносовых пазух связана с большей травматизацией этой группы населения.

Остеомы больших размеров ("гигантские") преимущественно опухоли лобных пазух, переходом на клетки решетчатого лабиринта. В литературе описаны случаи, когда опухоли достигали размеров 2,11,16,17. Оставаясь доброкачественными, они могут в дальнейшем разрушать окружающие костные структуры, прорастая в полость носа и полость черепа и вызывая орбитальные и внутричерепные осложнения [6,9,14,15].

При остеоме значительных размеров, когда она выходит за анатомические пределы пазухи, пациент обычно обращается к врачу по поводу деформации в орбитосинусальной области, невралгических болей или осложнений со стороны орбиты или полости черепа. Рентгенологическое исследование выявляет



РОССИЙСКАЯ РИНОЛОГИЯ



1998

2



Диагностика и лечение ринитов

© Коллектив авторов, 1998

Б. С. Лопатин, М. П. Николаев, С. Б. Лопатин,
А. А. Чейда

Сравнительная оценка эффективности разных методов хирургического лечения вазомоторного ринита в сочетании с инфракрасной лазеротерапией в послеоперационном периоде

Ивановская государственная медицинская академия
Московский НИИ уха, горла и носа МЗ РФ

В структуре патологии полости носа наибольший удельный вес занимает вазомоторный ринит (Л. Б. Дайняк и соавт., 1983; Г. М. Портенко, 1985; Г. А. Гаджимирзасев, 1993). Существует множество способов лечения, связанных с многообразием причин, вызывающих вазомоторную дисфункцию слизистой оболочки носа. Однако результат их использования нередко недостаточен, в связи с чем имеется настоятельная потребность в поисках новых, наиболее эффективных способов устранения данного заболевания. Среди них получили распространение такие методы, как криохирургия, ультразвуковая дезинтеграция, вазотомия носовых раковин. Изолированное применение их, однако, не всегда позволяет добиться желаемого результата.

С целью разработки наиболее эффективной технологии мы применили для лечения вазомоторного ринита криовоздействие, хирургический ультразвук, подслизистую вазотомию носовых раковин в сочетании с ИК-лазерным воздействием на слизистую полости носа в послеоперационном периоде. Оценка клинической эффективности каждого способа лечения осуществлялась по данным клинко-функциональных показателей в ближайший период и в отдаленные сроки в отдельности и в сравнительном аспекте.

Под динамическим наблюдением находились 196 человек. Среди них 166 больных вазомоторным ринитом неаллергического генеза и 30 клинически здоровых лиц. Возраст больных - от 20 до 59 лет, женщин - 102, мужчин - 64; длительность заболевания от 1 года до 15 лет. У всех больных до лечения отмечалось затруднение носового дыхания, ринорея, нарушение обоняния; локально - сужение носовых ходов, отек и изменение окраски слизистой. При обследовании (рН-метрия носовой слизи, риноцитогарма, ринопневмометрия, ольфактометрия, электротермометрия, определение транспортной, выделительной и вазоспастической функций) выявлены достоверные функциональные и микроциркуляторные сдвиги, характерные для данной патологии.

Больные были распределены на 4 группы в зависимости от той или иной технологии лечения: в 1-й (30 человек) применялась ИК-лазеротерапия на аппарате "Элат" по модифицированной методике - длина волны 0,89 мкм и частоты 80 и 1500 Гц при суммарной экспозиции 360 сек, в течение 7 - 10 сеансов. В последующем при оценке результатов лечения она выступала в качестве контроля при сочетанных методах (хирургические пособия + ИК-лазеротерапия). Во 2-й группе (40 человек) лазеротерапия выполнялась после криохирургического воздействия на носовые раковины (В. Д. Драгомирский, О. В. Дюмин, 1990). В 3-й группе (46 человек) лазеротерапия следовала за УЗД носовых раковин с помощью аппарата ЛОРА-ДОН (Л. А. Феркельман и М. Е. Винницкий, 1974). Больные 4-й группы получали лазеротерапию после операции вазотомии носовых раковин (С. З. Пискунов, 1987).

Из применяемых нами технологий лечения вазомоторного ринита наиболее эффективной оказалась вазотомия носовых раковин с последующей ИК-лазеротерапией. Положительный эффект при ней достигается в ближайший и отдаленный периоды в 95% и 92% случаев соответственно. Технологии сочетанного применения криодеструкции с лазеротерапией и УЗД-деструкции с лазеротерапией уступают ей по эффективности, однако могут использоваться при соответствующих обстоятельствах. Аналогичным образом как самостоятельный метод лечения вазомоторного ринита может быть рекомендована ИК-лазеротерапия по предлагаемой нами модифицированной методике.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Проф. Б. С. Лопатин, Т. А. Голубева

Оказание неотложной и квалифицированной медицинской помощи при поражении верхних дыхательных путей аммиаком

Кафедра оториноларингологии (зав. — проф. Б. С. Лопатин)
Ивановского медицинского института им. А. С. Бубнова

Влияние аммиака на состояние органов дыхания изучено недостаточно. Аммиак и аммиачная вода (22—25 % водный раствор аммиака) широко применяется в сельском хозяйстве в качестве азотных удобрений в полеводстве и в технологии кормопроизводства. Они нередко выступают как фактор риска раздражения органов дыхания у работающих в животноводческих и птицеводческих помещениях, теплицах, на складах аммиака, а также у водителей аммиаковозов, моряков судов-газовозов [1, 3, 4, 6].

При концентрациях, превышающих допустимые (20 мг/м³), выявлено раздражающее действие аммиака на слизистую оболочку верхних дыхательных путей, снижающее барьерные свойства, что приводит к повышению восприимчивости к ОРЗ [2], прогрессированию патологических процессов [5], угнетению двигательной активности мерцательного эпителия [7].

Считаем полезным делиться опытом ликвидации острого поражения аммиаком людей в экстремальной ситуации. В один из зимних дней утром на шоссе по дороге из районного центра в областную произошло столкновение пассажирского автобуса «Икарус» с попутной, резко затормозившей автоцистерной с жидким аммиаком. Система сброса цистерны, разбив лобовое стекло автобуса, оказалась в его кабине. В результате удара произошла разгерметизация цистерны и в салон автобуса начал под давлением поступать жидкий аммиак. Эвакуация людей из автобуса осуществлялась самостоятельно через разбитые окна, в том числе и через лобовое, так как единственные передние двери заклинило при аварии.

В салоне автобуса находилось 37 человек: 9 мужчин и 28 женщин; 10 из них были в возрасте от 25 до 30 лет, 18 — от 31 года до 50 лет и 9 — старше 50 лет. Поражающими факторами оказались: жидкий азот, пары аммиака и механические травмы. Действие жидкого аммиака в зна-

чительной стра-
давшие
оказались
пострада-
ти; лишь 4
одежду.

В резуль-
человек: 1
недостаточ-
путной сан-
отделение о-
(40 км от
поражениям
в Централь-
сту жительс-
27 пострада-
и места ави-
хирургичес-

В приеме
вичное удал-
давших, сн-
пузыри на
лечение; пол-
ние глаз рас-
за раствора
квивающая
средства, ан-
использовал
труднением
вводили нар-
воотечные с-

Из ОКБ на место происшествия срочно выехали 2 оториноларинголога. Совместно с оториноларингологами ЦРБ были осмотрены все больные, проведена оценка тяжести их состояния и явлений стенозирования, определена группа лиц для срочной перевозки в ОКБ. В срочной трахеостомии в момент осмотра никто не нуждался.

Следует отметить, что первоначально (через

Б.С.Лопатин, Т.А.Голубева,
Е.М.ЛариковК КАЗУИСТИКЕ
ИННОРОДНЫХ ТЕЛ
ПИЩЕВОДАКафедра оториноларингологии (зав. — проф.
Б. С. Лопатин) Ивановской государственной
медицинской академии

Казуистика инородных тел пищевода связана с их необычным характером [5], размерами [4], длительным нахождением [2], бессимптомным течением [6], редкими осложнениями [3], особенностями их извлечения [1].

Приводим собственное наблюдение трудной диагностики и удаления крупного инородного тела пищевода.

Больной В., 48 лет, поступил в ЛОР-клинику 28.09.92 по скорой помощи с жалобами на боли в горле, кашель с отхождением большого количества мутной мокроты, невозможность глотания жидкой и твердой пищи, субфебрильную температуру.

Из анамнеза выявлено, что в ночь с 26 на 27.09 появилась резкая боль в горле, удушье, подъем температуры до 38 °С. В связи с этим обратились в ЦРБ по месту жительства и в тот же день с подозрением на наличие абсцесса гортани направлены в ЛОР-клинику.

При поступлении состояние больного тяжелое, температура тела 37,7 °С, пульс 132 в 1 мин, АД 100/70 мм рт. ст., тоны сердца приглуше-

ИЗ ПРАКТИКИ

и, ЭКГ без особенностей, в легких везикулярное дыхание. При пальпации передней поверхности шеи отмечается резкая болезненность в нижних отделах, больше слева. При эндоскопии — отек и перемещение слизистой оболочки гортанных синусов, черпалонадгортанных и желудочковых складок. Язычковая щель широкая, подвижность складок не ограничена, дыхание свободное, голос звучный. Другие ЛОР-органы без особенностей. Рентгенография органов грудной клетки и пищевода: акт глотания труден, пищевод свободно проходим, легочные поля прозрачны, едоение не изменено.

Анализ крови от 29.09.92: Нб 158 г, эр. 4,8•10¹²/л; л. 16,1•10⁹/л, э. 2, 3, с. 85, мон. 5, лимф. 5, СОЭ 20 мм/ч. Анализ мочи в норме.

Учитывая жалобы пациента на боли при глотании и в области шеи, воспалительный процесс в гортаноглотке, субфебрильную температуру, общее тяжелое состояние, решено произвести шейную медиастинотомию, которая была выполнена под общим обезболиванием, однако гноя не получено, введены дренажи, назначено консервативное лечение: антибиототерапия, наркотика, анальгетика, антигистаминные и кортикостероидные препараты, гемодез и гидрולי-зат казеина.

Состояние больного в течение последующей недели прогрессивно улучшалось: нормализовались температура тела, пульс, показатели крови, уменьшился отек и гиперемия в гортаноглотке, стал возможным прием пищи, однако затруднение глотания сохранялось.

12.10.92 в эндоскопическом отделении произведена диагностическая фиброэзофагоскопия, которая оказалась затрудненной из-за легкой ранимой слизистой оболочки, выраженного отека и инфильтрации тканей входа в пищевод, суживающих его просвет до 0,4 см в диаметре. Повторное контрастное рентгенологическое обследование подтвердило наличие сужения пищевода во входе протяженностью 3 см; теней инородных тел в просвете не обнаружено. Патологических изменений в шейном и грудном отделах позвоночника не выявлено.

Было принято решение произвести осмотр входа в пищевод жестким эзофагоскопом для определения характера патологического процесса, в том числе и для исключения возможного инородного тела (попадание которого пациент категорически отрицал). По настоянию боль-

© Б.С. Лопатин, Е.В. Борзов, 1997

ТРОМБОФЛЕБИТ НАРУЖНОЙ ЯРЕМНОЙ ВЕНЫ ТОНЗИЛЛОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Б.С. ЛОПАТИН, Е.В. БОРЗОВ

Кафедра оториноларингологии (зав. – проф. Б.С. Лопатин)
Ивановской государственной медицинской академии

THROMBOPHLEBITIS OF THE EXTERNAL JUGULAR VEIN
OF TONSILLOGENIC ORIGIN

B. S. LOPATIN, E. V. BORZOV

Септико-метастатические осложнения, сопровождающие гнойно-воспалительные заболевания в области лица и шеи, встречаются нередко [1, 2]. При вовлечении в процесс магистральных сосудов этого региона чаще развивается тромбоз вен глазницы, крылоносового венозного сплетения и глубокой яремной вены [3].

В доступной нам литературе мы не нашли описания изолированного тромбоза поверхностных вен шеи, в связи с чем и приводим следующее наблюдение.

Больной Б., 19 лет, 01.02.94 в 20.30 доставлен бригадой СМП в пульмо-терапевтическое отделение ОКБ с диагнозом "острая пневмония". Общее состояние тяжелое: озноб, кашель, переходящий цианоз губ, бледность кожных покровов. Жалобы на боли в правой половине шеи, слабость, головокружение, плохую различимость предметов. Из анамнеза выяснено, что заболевание с температурой 38–40°C возникло неделю назад после значительного переохлаждения. Лечился амбулаторно по поводу ангины (антибиотики внутрь, аналгетики, полоскания горла) без эффекта.

При поступлении температура тела 37,3°C, пульс 82 в мин, АД 80/40 мм рт. ст.; живот мягкий, безболезненный, селезенка не пальпируется, печень не увеличена. Дежурным пульмонологом не подтверждено наличие пневмонии: дыхание везикулярное, 18 в мин; рентгенологически очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено, органы средостения в норме. В связи с тяжестью состояния госпитализирован в реанимационное отделение, где осмотрен рядом специалистов. Инфекционист, кардиолог, невропатолог, гематолог не выявили какой-либо патологии. Челюстно-лицевой хирург отметил наличие лимфаденита в правой подчелюстной области, ангиохирург – остаточных явлений лимфангита шеи справа как возможного осложнения острой ангины; оториноларинголог предположил наличие флегмита поверхностных вен шеи справа и тонзиллогенного сепсиса.

ЛОП-осмотр: контуры шеи не изменены, в подчелюстной области справа имеется тяж размерами 0,5 × 0,8 см с измененной над ним кожей, но с ее гипертензией. Язык обложен коричнева-

тым налетом, слизистая оболочка полости носа, рта, глотки, гортани без воспалительных изменений. Дыхание свободное, голос чистый. Уши – без патологии.

Анализ крови от 01.02.94: Нв 132,3 г/л, эр. 4,76 × 10¹²/л, тромб. 252 × 10⁹/л, л. 12,1 × 10⁹/л, п. 20%, с. 54%, мон. 7%, лимф. 19%, сверт. крови 5 мин, СОЭ 26 мм/ч. Коагулограмма без особенностей. Сахар в крови – 4,15 мм/л. Анализ мочи: отн.плот. 1018, белок 0,08, сахар abs, л. 3–5 в поле зрения. Микрофлора глотки: зеленящий стрептококк, бактериологическое исследование крови не показало роста микробов.

В результате энергичной противовоспалительной и дезинтоксикационной терапии (внутримышечно оксациллин, гентамицин, азромицин, внутривенно 5% раствор глюкозы с аскорбиновой кислотой и эуфиллином, раствор Рингера – Локка, гемодез, витамины С, В, К, анальгин с димедролом, кофеин), состояние больного на следующий день значительно улучшилось, нормализовалась температура тела, стабилизировалось артериальное давление, больной переведен в ЛОР-отделение.

03.02.94 на фоне продолжающегося лечения при отсутствии жалоб на боли в горле и реактивных изменений со стороны слизистой оболочки глотки и гортани отмечено появление небольшого призматического инфильтрата мышечной ткани в области пространства между мягким и твердым нёбом (не вскрыто). Окружающие ткани от кивательной мышцы и выделены вена. Вверху на вене (задняя лицевая вена) удален небольшой инфильтрат; стенка вены резецирована. Вена резецирована, впадения ее в венозную систему содержалось небольшое количество крови, уплотнены, подтверждено наличие инфильтрации в воспалительной ткани; на височной области венозном сплетении. В послеоперационном периоде жаловаться не было, температура тела 37,3°C, АД 80/40 мм рт. ст., а затем по температуре тела. Швы с натяжением. В

Особенности изолированного шейного тромбоза, что требует диагноза оториноларинголога, профиля; оториноларинголог предположил наличие флегмита поверхностных вен шеи справа и тонзиллогенного сепсиса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жаков М.П. Острые гнойные воспалительные заболевания лица и шеи и их лечение. М 1969.
2. Фейгин Г.А., Кузник Б.И. Кровотечения и тромбозы при оториноларингологических заболеваниях. М 1974.

3. Шинбирев В.И. Острые воспалительные заболевания носа и горла. М 1974.

© Б.С. Лопатин, Л.С. Лисютин, 1997

РЕДКОЕ ИНОРОДНОЕ ТЕЛО БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ (АКРИЛ), ПОТРЕБОВАВШЕЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА СРЕДНЕМ УХЕ

Б.С. ЛОПАТИН, Л.С. ЛИСЮТИН

Кафедра оториноларингологии (зав. – проф. Б.С. Лопатин)
Ивановской государственной медицинской академии

A RARE FOREIGN BODY OF THE TYMPANIC CAVITY (ACRYL)
NECESSITATING SURGICAL INTERVENTION IN THE MIDDLE EAR

B.S. LOPATIN, L.S. LISYUTIN

Венным наркозом инородное тело извлечь также не удалось: возникло кровотечение из уха, манипуляции были прекращены: на другой день больной был переведен в ЛОР-клинику.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6°C, пульс 78 в 1 мин., АД 125/80 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов без патологии. Анализ крови: Нв 142 г/л, эр. 4,5 × 10¹²/л, тр. 242 × 10⁹/л, л. 4 × 10⁹/л, э. 4%, п. 6%, с. 62%, лимф. 20%, мон. 8%, свертываемость крови 5 мин., СОЭ 5 мм/ч. Анализ мочи: отн. пл. 1025, сахар, белок – abs, л. 1–2 в поле зрения.

ЛОП-органы: нос, глотка и гортань без особенностей. Левое ухо – в наружном слуховом проходе скудное слизисто-гнойное отделяемое, в костном отделе кожа гиперемирована, остатки барабанной перепонки в верхних отделах отчетливы и инфильтрированы, натянутая часть ее практически отсутствует, в области дефекта на уровне костного кольца обозревается темного цвета масса с неровной поверхностью, при зондировании – плотная и не смещающаяся. Правое ухо – отделяемого нет, барабанная перепонка с краевым дефектом в задних отделах, обозревается розовая слизистая оболочка барабанной полости, в других отделах барабанная перепонка рубцово изменена.

При поступлении больному под местной анестезией (2% раствор новокаина эндоместально и 10% раствора лидокаина поверхностно) под микроскопом произведена оценка характера инородного тела: оно было несколько подвижно, занимало большую часть барабанной полости, размером больше костного кольца, поэтому эндоназальное удаление его не представлялось возможным. В связи с этим 04.04 (на 13-й день нахождения инородного тела в среднем ухе) под эндотрахеальным наркозом произведена операция аттикоантромиотомии слева с заушным подходом. Барабанное кольцо при этом расширено за счет смещения верхне-заднего отдела и частично нижней стенки. Только после этого инородное тело было смещено в задне-верхнем направлении и извлечено. Последнее каменистой плотности, размерами 1,0 × 0,8 × 0,5 см имело неправильную (ладьевидную) форму с неровной поверхностью и острыми выступами.

В барабанной полости из слуховых косточек имелось лишь стремя. На заушный разрез наложены швы, в слуховой проход введена стерильная турунда, асептическая повязка.

Послеоперационный период протекал обычно, вестибулярных расстройств не наблюдалось. Под воздействием консервативной терапии выделения из уха прекратились, слух улучшился, достигнув исходного (до момента попадания инородного тела) уровня: ШР – 0,5 м, РР – 2 м. Выписан из стационара 18.04 с рекомендацией повторной явки для слухолучающей реоперации на правом ухе.

Особенность наблюдения заключается в необычном механизме попадания инородного тела в барабанную полость (при медицинских манипуляциях), его характере (постепенно твердеющая масса), в трудностях при удалении фактически слепка барабанной полости; диктует необходимость соблюдения профилактических мер при использовании пластических материалов для слепков слухового прохода у больных хроническим перфоративным отитом.

В среднем ухе у больных хроническим отитом являются чаще всевозможными там во время туалета (отломки спичек и т.п.). В отиты они встречаются нередко и удаляются механическими приемами. Лишь в случае их в барабанной полости, затяжное течение или обострение процесса в ухе, требуют проведения операций или реопераций, при которых являются [1–3]. К оперативным вмешательствам в среднем ухе при первичном обращении с инородным телом за неотложной помощью прибегать крайне редко, в связи с этим собственное наблюдение.

Пациент поступил в ЛОР-клинику 01.04.95 по поводу левом ухе. С детства страдает двусторонним средним отитом, периодически в течение им ушей, понижением слуха. При поступлении в клинику, периодически в течение им ушей, понижением слуха. При поступлении в клинику, периодически в течение им ушей, понижением слуха. При поступлении в клинику, периодически в течение им ушей, понижением слуха.

Оториноларинголог 1985; 4: 52–53.

Бачийски. Журн ушн, нос и горл бол 1974;

3. Мельников М.Н., Моор А.Я. Там же 1988; 2: 71.

Поступила 26.01.96

Паникратов Константин Дмитриевич

85 лет со дня рождения



- Доктор медицинских наук, профессор, заведующий каф. урологии (1981-1998)
- Декан лечебного факультета (1965-1968)
- Заведующий курсом урологии (1971-1981)
- Автор более 200 научных работ, 5 изобретений

Паникратов Константин Дмитриевич

85 лет

Паникратов Константин Дмитриевич родился 5 июля 1928 в г Суздале Владимирской области в семье служащих. В 1945 окончил среднюю школу № 30 г. Иванова и поступил на лечебный факультет ИГМИ, с 6 курса перевелся на военно-медицинский факультет Куйбышевского медицинского института, который окончил в 1952. С 1952 по 1954 работал военным врачом в составе кадровых войск Советской Армии в ГДР, затем ординатором 3-й городской больницы г. Иванова. В 1957 – 1960 обучался в аспирантуре на кафедре ф-культетской хирургии ИГМИ. С 1960 по 1965 – ассистент кафедры хирургии ИГМИ.

В 1963 защитил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук «Нормативы и организационные формы урологической помощи городскому и сельскому населению». В 1965–1968 – декан лечебного факультета. С 1966 по 1971 – доцент той же кафедры. В октябре 1966 утвержден в ученом звании доцента.

С 1971 по 1981 – заведующий курсом урологии.

В 1979 во 2-м Московском медицинском институте им. Н.И. Пирогова защитил диссертацию на соискание ученой степени доктора медицинских наук «Хронические нарушения уродинамики верхних мочевых путей при урологических заболеваниях».

С 1981 по 1998 заведовал кафедрой урологии. В 1983 ему присвоено ученое звание профессора. В 1998–2001 – профессор этой же кафедры.

Выполнял операции по полному замещению мочевого пузыря сегментом кишечника при раке, а также сложнейшие операции по созданию ректального мочевого пузыря при экстрофии его у детей. Им была предложена новая технология создания анастомоза между мочеточником и мочевым пузырем, освоены и широко внедрены в практику микрохирургические методы операций на верхних мочевых путях, что существенно улучшило отдаленные результаты оперативного лечения врожденного гидронефроза и гидроуретеронефроза.

На протяжении тридцати лет заведовал аспирантурой.

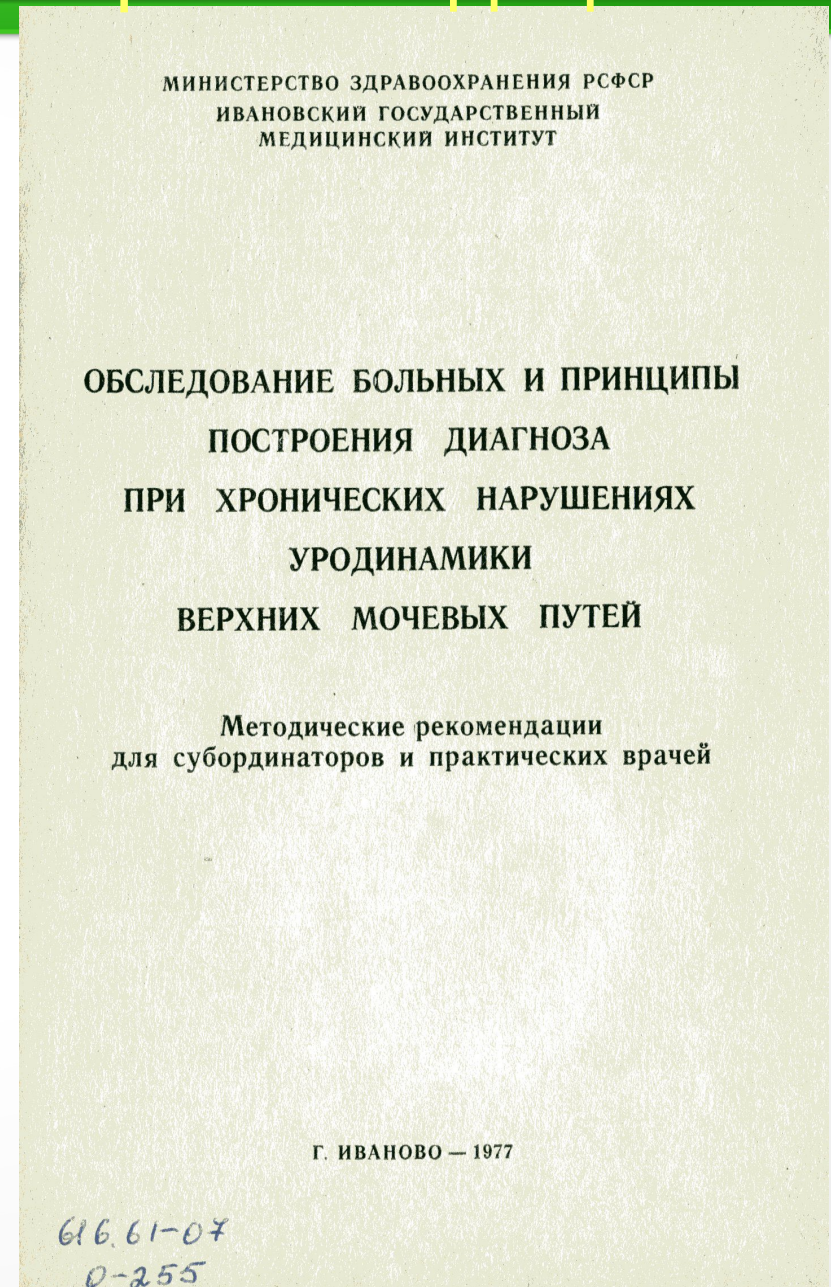
Автор более 200 научных работ, 5 изобретений. Под его руководством выполнены и защищены одна докторская и 7 кандидатских диссертаций. В 1992 им была опубликована монография «Хронические нарушения уродинамики верхних мочевых путей (причины, диагностика и лечение)». Являлся редактором одного из отделов Большой медицинской энциклопедии, членом бюро Межведомственного научного совета по урологии и оперативной нефрологии, членом-корреспондентом Академии естествознания, членом правления и почетным членом Российского общества урологов, председателем Ивановского филиала этого общества, главным специалистом Ивановского управления здравоохранения.

В 1999 ему было присвоено почетное звание «Заслуженный врач РФ». Награжден медалью «Ветеран труда», знаком «Отличник здравоохранения»

Монография



Методические рекомендации



Большая медицинская энциклопедия

61 (03)
Б799



Редактор отдела
Большой медицинской
Энциклопедии. 1985, Т. 24,
С. 94 - 95.

СПЕРМАТОРРЁЯ (spermatorrhoea; греч. sperma, spermat[os] семя + rhoë течение, истечение; син. истечение семени) — медленное, без характерных толчков, выделение спермы из мочеиспускательного канала при отсутствии эрекции и оргазма. Возникает при напряжении мышц брюшного пресса, чаще при дефекации, кашле.

Механизм развития не совсем ясен. С. встречается при заболеваниях ц. н. с. (хрон. миелите, прогрессирующем параличе, спинной сухотке и др.), при хрон. заболеваниях мочеполовой системы (уретрите, калликулите, везикулите, простатите, баланопостите и др.), а также при анальном зуде, энтеробиозе, трещинах анального отверстия.

С. может сопровождаться повышенной утомляемостью, головными болями, диспептическими явлениями, снижением работоспособности больных.

Диагноз ставят на основании выявления при микроскопическом исследовании в выделениях из мочеиспускательного канала *сперматозоидов* (см.).

Лечение направлено на заболевание, явившееся причиной С.

Прогноз зависит от основного заболевания.

СПЕРМАТОЦЕЛЕ (spermatocele; греч. sperma, spermat[os] семя + kelē опухоль; син. семенная киста) — киста яичка или его придатка.

Врожденное С. может развиваться в яичке из остатков мюллерова протока (гидатид без ножки), в придатке яичка — из остатков вольфова тела (гидатид на ножке), в семенном канатике — из расположенного здесь придатка привеска яичка (paradidymis), представляющего собой также остаток вольфова тела. Врожденная киста заполнена прозрачной содержащей белок жидкостью светло-желтого цвета, без сперматозоидов.

Приобретенное С. развивается чаще при облитерации протоков яичка, придатка яичка, семявыносящего протока в результате травмы или воспалительного процесса и является по существу ретенционной кистой (см. *Киста*). Стенка такой кисты образована соединительной тканью и выстлана цилиндрическим эпителием. Содержимое С. воспалительного или травматического генеза может быть прозрачным или мутным, густым,

Публикации в научных журналах

84

Хронические нарушения уродинамики

ПУТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИЗУЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ УРОДИНАМИКИ

Паникратов К.Д., Стрельников А.И.
Ивановская государственная медицинская академия
Кафедра урологии

РЕЗЮМЕ Представлены итоги и перспективы изучения в урологической клинике ИвГМА хронических нарушений уродинамики (ХНУ) верхних и нижних мочевых путей на протяжении последних лет. Были исследованы причины НУ на клиническом, функциональном и морфологическом уровнях в зависимости от выраженности уродинамических расстройств при различной урологической патологии как врожденного, так и приобретенного генеза.

Нарушения уродинамики (НУ) относятся к одной из наиболее актуальных проблем в урологии. С одной стороны, это связано с чрезвычайно большой частотой их выявления при различной патологии почек, мочевых путей и мужских половых органов. Причем одни задерживания выступают как причины НУ: это амалии развития мочевой системы, ее травмы и их последствия, опухоли мочеполовых органов, нейрогенные дисфункции мочевого пузыря. Другие являются следствием, а нередко осложнениями НУ (острая и хроническая почечная недостаточность, нефрогенная артериальная гипертензия). Третьи могут выступать как причины, и как следствие указанных нарушений (пиелонефрит, мочекаменная болезнь). С другой стороны, актуальность проблемы обусловлена явно недостаточными сведениями о причинах, механизмах развития, также методах диагностики и лечения НУ верхних, так и нижних мочевых путей.

Урологическая клиника Ивановской государственной медицинской академии с момента ее организации в 1971 году избрала своей основной научной тематикой именно исследование нарушений уродинамики.

Первые шаги нашей клиники в изучении проблемы НУ были сделаны в начале 70-х годов и были посвящены, прежде всего, выявлению их причин. С помощью как клинических, так и морфологических методов исследования удалось установить и систематизировать все истинные причины хронических НУ ВМ, разработать их классификацию. Это позволило нам отказаться от таких диагнозов, как "гидронефроз", "гидроуретеронефроз", и в качестве основной нозологической формы положить использовать причину, а не следствие НУ. Мы смогли отвергнуть существование фиктивных надуманных и несуществующих факторов возникновения обструкции, как "нейромыш-

Предлагаются классификация причин и единая система оценки стадий ХНУ мочевых путей, а также современный подход к построению клинического диагноза в урологии. Разработаны новые оригинальные технологии диагностики и оперативного лечения нарушений уродинамики.

Ключевые слова: хронические нарушения уродинамики, обструкция мочевых путей (этиология, патогенез, диагностика, лечение).

ная дисплазия мочеточника", "высокое отхождение мочеточника", и, напротив, выявить причины наиболее частой врожденной патологии в мочеточнике — дисплазии его стенки. Были

ISSN 1606-8157
ВЕСТИНИК
ивановской медицинской академии

ТОМ 5

3-4

2000

ОСНОВНАЯ ТЕМАТИКА ЖУРНАЛА

Вопросы общей патологии	Клиническая медицина
Медицинская биология	Охрана здоровья семьи, матери и ребенка
Клиническая морфология и экспериментальная микроскопия	Акушерство, гинекология и перинатология
Возрастная и патологическая физиология	Актуальные вопросы неврологии и психиатрии
Возрастная и клиническая биохимия	Инфекционные болезни
Клиническая фармакология	Современные проблемы хирургии
Медицинская экология	Функциональные и лабораторная диагностика
Организация здравоохранения	Проблемы профилактики
Социальная медицина	История медицины



Т. 1, №1, 1996

Вестник Ивановской медицинской академии

99

Случай из практики

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ГИГАНТСКОМ ВРОЖДЕННОМ ГИДРОНЕФРОЗЕ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ

Паникратов К.Д.
Ивановская государственная медицинская академия
Кафедра урологии

РЕЗЮМЕ Целью сообщения является обсуждение особенностей врачебной тактики при гигантском врожденном гидронефрозе единственной почки. Показано, что даже в таком случае организм, используя все компенсаторные механизмы и резервные возможности, в известной мере обеспечивает утерянную почкой выделительную функцию. С другой стороны, представляет интерес и врачебная тактика при данной патологии. Разгрузка почки с помощью такого щадящего метода, как перкутанный нефростомия способствовала восстановлению нарушенных функций

почки, а индивидуальный выбор метода радикальной операции обеспечил ожидаемый отдаленный результат этого вмешательства. В качестве такой операции использована резекция латерально-мочеточникового сегмента с наложением не пиело-уретерального, а калико-уретерального анастомоза и нефростомии. Представлены вполне удовлетворительные результаты оперативного вмешательства.

Ключевые слова: врожденный гигантский гидронефроз единственной почки, диагностика, лечебная тактика.

При запущенных формах врожденного гидронефроза, как правило, развиваются выраженные хронические нарушения уродинамики, при которых резко угнетается как деятельность верхних мочевых путей, так и функция почек. В большинстве случаев при гигантском гидронефрозе имеет место нарушение уродинамики IV стадии по нашей классификации [1]. В этих случаях у взрослых выполняется органоуносящая операция - нефрэктомия, т.к. развиваются тяжелые необратимые функциональные и морфологические изменения в почке и верхних мочевых путях. Однако при поражении единственной почки приходится прибегать к другой тактике и в ряде случаев это оправдывает себя. В качестве примера мы приводим описание хирургической тактики, примененной нами у одной из больных.

Больная Б., 26 лет, история болезни N 1065, поступила в урологическую клинику Ивановской государственной медицинской академии 24.10.90 года с жалобами на периодическое повышение температуры тела и наличие опухолевидного образования в животе, которое заметила два месяца назад. В последнее время чувствует общую слабость. За 2 недели похудела на 5 кг. У больной было 3 беременности, одна из них 3 года назад закончилась срочными родами без каких-либо осложнений, две беременности прерваны по желанию больной.

Общее состояние при поступлении средней тяжести. Слева от пупка в мезогастральной области прощупывается подвижное образование, плотно-эластической консистенции, без-

ВЕСТИНИК
ивановской медицинской академии

ТОМ 1

1

1996

ОСНОВНАЯ ТЕМАТИКА ЖУРНАЛА

Вопросы общей патологии	Клиническая медицина
Медицинская биология	Охрана здоровья семьи, матери и ребенка
Клиническая морфология и экспериментальная микроскопия	Акушерство, гинекология и перинатология
Возрастная и патологическая физиология	Актуальные вопросы неврологии и психиатрии
Возрастная и клиническая биохимия	Инфекционные болезни
Клиническая фармакология	Современные проблемы хирургии
Медицинская экология	Функциональные и лабораторная диагностика
Организация здравоохранения	Проблемы профилактики
Социальная медицина	История медицины



Благодарим за внимание!

*В экспозицию вошли материалы,
подготовленные к юбилеям 2013 года(от 85
до 130 лет со дня рождения)*

- Экспозиция подготовлена зав. сектором информационно-
билиографического обслуживания библиотеки ИвГМА
Кокуновой Л.А.*