

ного размера, проспективно наблюдавшихся на протяжении почти 20 лет, отследить динамику изменений гипофиза и аденом и доказать возможность регресса признаков макроаденом при гиперпролактинемиях на этапах терапии ингибиторами пролактина. Длительность наблюдения позволило сформировать автору новый подход к классификации аденом с включением начальных изменений в гипофизе, обозначенных им как аденопатии.

Монография снабжена качественными рисунками и верифицированными гистологически клиническими материалами, позволяющими рассматривать данную работу уже как методическое пособие, которое можно успешно использовать в специальностях 14.01.13 (лучевая диагностика, лучевая терапия); 14.01.05 – (кардиология); 14.01.01 – Акушерство и гинекология, 14.01.02 – эндокринология, 14.01.07 (глазные болезни) 14.01.11- неврология; 14.01.12 – онкология; 14.01.18- нейрохирургия. Приведенные автором клинические примеры и длительность наблюдения подтверждают тот факт, что при пролактиномах ведение пациентов консервативным способом вполне оправдано. Чрезвычайно важным является описанное автором открытие синдрома сельярной гипертензии, механизмы его развития и способы прижизненной диагностики на МР-томографе.

Изложенное выше позволяет рассматривать монографию и рекомендовать её применение в качестве методического пособия для вышеперечисленных врачебных специальностей, а также в педагогическом процессе у студентов медиков, врачей повышающих квалификацию при постдипломной подготовке. Заслуживает описание подходов обследования таких больных, авторские способы расчета объема аденом на этапах терапии, варианты развития турецкого седла и гипофиза, подходы с контрастированием. Проспективное наблюдение за пациентами с гиперпролактинемией, наряду с известными механизмами её развития, позволило автору высказать гипотезу о существовании «Ко-фактора» шишковидной железы, способствующего как угнетающему действию на гипофиз, так и в определённых ситуациях стимулирующему, ведущему к аденопатии и развитию аденом. Регресс клинической симптоматики особенно выражен при микроаденомах гипофиза, связанных дисфункцией щитовидной железы, приёмом контрацептивных средств, а также при микропролактиномах (размер гипоинтенсивных включений в передней доле 4-6 мм), аденомах, размеры которых не превышали 10 мм. Именно, исходя из этих соображений, при динамическом МРТ наблюдении, патологические изменения в передней доле гипофиза автор предлагает делить на аденопатии (мелкие гипоинтенсивные на T1 включения до 1-2 мм в передней доле гипофиза числом от 1 до 4-х, не склонные к слиянию), микроаденомы – размеры 4-6 мм и аденомы (6-10 мм), и макроаденомы – размеры аденом были более 10 мм. В большинстве эти случаи требуют консервативной тактики лечения у эндокринолога, но подход с точки зрения МРТ – наблюдения должен быть разным. Так, при изменениях гипофиза, обусловленных аденопатиями достаточно наблюдения 1 раза в 2-года; при аденомах, размер которых составляет 4-6 мм – 1 раз в 1,5 года; при пролактиномах размером 6-10 мм – 1 раз в год. Следует отметить, что в процессе динамического наблюдения за больными с аденомами гипофиза при гиперпролактинемиях, следует добиваться перевода аденомы в аденопатию, а при уменьшении размеров включений до 2-3 мм, обязательно должен осуществляться в дальнейшем гормональный контроль раз в 3-6 мес. При этом, нет необходимости, как понимают некоторые эндокринологи в проведении магнитно-резонансной томографии на этапах лечения бромокриптином или достинексом каждые полгода. Оптимальным можно считать, когда контроль над ситуацией ведется в содружестве врача – эндокринолога и специалиста МРТ.

## СТУДЕНЧЕСКАЯ КУРАЦИЯ БОЛЬНЫХ

**Макаров А.И.**

## STUDENT'S CURATION OF PATIENTS

**Makarov A.I.**

Прогресс науки и техники, в том числе медицины, привел к необходимости расширения содержательной стороны вузовского образования, проявившейся появлением большого количества новых учебных дисциплин и курсов и к неизбежному сокращению часов на преподавание профильных предметов. Среди проблем в организации преподавания клинических дисциплин до настоящего времени сохраняется приоритет информационного (ретрансляционного) метода обучения, что не способствует реализации известного и принятого в российской высшей медицинской школе постулата: основной задачей обучения на клинических кафедрах является формирование и развитие клинического мышления, овладение умениями и навыками работы с больными.

Современный период развития российского высшего медицинского образования характеризуется переходом на федеральный государственный образовательный стандарт (ФГОС) с базовой идеологией компетентного подхода к организации обучения. Согласно ФГОС среди компетенций, формируемых в результате освоения дисциплин, одной из основных профессиональных компетенций указана способность и готовность проводить субъективное и объективное (физикальное) обследование пациентов и интерпретировать полученные данные и результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, написать медицинскую карту стационарного больного.

Предлагаемые методические рекомендации ориентированы на формирование клинического мышления как основы врачебной деятельности (врачевания). Студенческая курация больных включает в себя ряд последовательно выполняемых действий, консультируемых и контролируемых преподавателем: клиническое обследование больных, знакомство с результатами дополнительных исследований, конструирование диагноза, анализ обследования и лечения больного, выполняемого лечащим врачом. Теоретические знания о выявленной патологии дают возможность студенту сформулировать свои рекомендации по дальнейшему обследованию и лечению курируемого больного и выполнить прогнозы жизнеспособности, исхода заболевания и трудоспособности. Организованная и реализуемая таким образом курация в полной мере базируется на компетентном

подходе к организации обучения на клинических кафедрах, основанного на концепции профессионально-ориентированного образования. Данная концепция направлена на формирование у обучаемых профессиональной компетентности и профессиональных установок. Курация больного дает возможность студенту закладывать основы и развивать концептуальный или научный (понимание теоретических основ врачебной профессии), инструментальный (владение базовыми профессиональными умениями и навыками), интегративный (умение сочетать теорию и практику) и другие типы компетентности.

Курация больных формирует у студента понимание необходимости в каждой клинической ситуации учитывать индивидуальные особенности конкретного больного человека и своеобразие развития и течения патологического процесса у разных пациентов, на что указывал известный русский клиницист-терапевт конца XIX-го века Захарьин Г.А.: «Кто усвоил метод и навык индивидуализировать, тот найдет и во всяком новом для него случае – случае, представляющем невиданные прежде особенности; а таких новых случаев всегда – довольно даже для самых опытных врачей и несравненно более для начинающих: такова особенность врачебной, так и всякой другой «практики», т.е. деятельности в реальных условиях – условиях действительности».

Методические рекомендации своим содержанием и указаниями ориентирует студента на понимание студентом приоритета клинических данных. Несмотря на значительные, а в отдельных клинических случаях единственные возможности дополнительных исследований, приоритет в общении с больными должен принадлежать и, несомненно, отдаваться клиническому осмыслению жалоб больного, истории развития его болезни (заболевания) или травмы и данным объективного (физикального) обследования традиционными врачебными приемами.

Развитие отечественного здравоохранения не может быть жизнеспособным без совершенствования системы подготовки медицинских кадров. Сегодня государственные образовательные учреждения высшего профессионального обучения в своей работе ориентированы в первую очередь на обеспечение качества образования. Автор в полной мере солидарен с позицией академика М.А.Пальцева: «В медицинских ВУЗах, занимающихся подготовкой кадров для практического здравоохранения, должно стать аксиомой положение о том, что не может быть качество медицинской помощи выше качества полученного образования». Методические рекомендации направлены для решения одной из важнейших задач высшего медицинского образования – клинической подготовки обучаемых студентов на всех этапах образовательного процесса: пропедевтическом, факультетском и госпитальном.

#### **ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ И ДИСТАНЦИОННАЯ ГАММА-ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Мусабаева Л.И., Слонимская Е.М., Лисин В.И., Дорошенко А.В.**

#### **INTRA-SURGICAL DIGITAL AND REMOTE GAMMA-THERAPY FOR PATIENTS WITH BREAST CANCER**

**Musabayeva L.I., Slonimskaya E.M., Lysin V.I., Doroshenko A.V.**

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), рак молочной железы (РМЖ) – самое часто диагностируемое злокачественное заболевание женщин в мире. В России рак молочной железы также занимает лидирующие позиции в структуре онкологической заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований среди женщин. За период с 1996 по 2004 г. увеличилась доля больных I-II стадиями заболевания рака молочной железы (61,6%) и снизилась однолетняя летальность до 11,5%. Лучевая терапия занимает одно из ведущих мест в органосохраняющем лечении первичного рака молочной железы I-II стадии заболевания. В институте онкологии клиническая апробация метода органосохраняющего лечения с использованием ИОЛТ и ДГТ проводилась с 2005 года. В настоящей монографии выполнены клинические исследования у 370 больных РМЖ Т 1-2N0-1M0, составивших две группы: исследовательскую и контрольную. В первую группу вошли 252 больных, во вторую, контрольную – 118 пациентов. Всем больным основной группы выполнены органосохраняющие операции с ИОЛТ-интраоперационной лучевой терапией быстрыми электронами энергией 6 МэВ малогабаритного бетатрона однократной дозой 10 Гр и ДГТ в суммарной дозе 48 Гр. Разработана технология смешанной лучевой терапии РМЖ, в которой впервые на основе радиобиологических моделей обоснованы значения предельно допустимых доз ИОЛТ, и разработан алгоритм суммирования доз при ИОЛТ и ДГТ с учетом перерыва между процедурами при любой их последовательности. Методом математического моделирования проведено сравнение эффективности ИОЛТ и ДГТ. Показано, что применение ИОЛТ наиболее перспективно для резистентных быстрорастущих злокачественных новообразований, так как данный метод обеспечивает существенно меньшие значения интегральной дозы по сравнению с ДГТ. Только с помощью предельно модифицированной математической модели ВДФ можно рассчитать дозовые нагрузки при сочетании ИОЛТ с наружным облучением в любой последовательности. Авторы сообщают об удовлетворительной переносимости больными РМЖ смешанной лучевой терапии ИОЛТ и ДГТ после проведения органосохраняющей операции, дают характеристику наблюдаемым лучевым реакциям и способу их лечения, а также высокую оценку косметического результата проведенного лечения у больных РМЖ. Обсуждаются перспективы применения и основные направления развития нового метода лечения с ИОЛТ и ДГТ у больных раком молочной железы.