

Все это требует разработки соответствующей методологии и методов комплексной оценки распространенности заболеваний среди населения, включая диагностические, медико-биологические, клинические, эпидемиологические, социологические и экспертные данные с формированием модели и технологических элементов использования информации. Это дает возможность прогнозировать востребованность соответствующих медицинских и оздоровительных технологий, для реализации которых необходимо будет формировать соответствующую организационную структуру здравоохранения, медицинских служб и учреждений.

В качестве перспективы социально-гигиенических исследований определены:

- оценка и прогноз воспроизводства населения, формирования и реализации репродуктивного потенциала населения

- оценка и прогноз потерь здоровья населения, их объем, структура, тенденции, изменения в поколениях людей

- разработка методических подходов к использованию эпидемиологических, гигиенических, клинических и медико-биологических исследований для реализации диагностической и экспертной функции медицины

- разработка методологии оценки формирования и потерь человеческого капитала, взаимосвязь его с другими видами капиталов (социально-экономический подход)

- реализации функций семьи и формирование медико-профилактического обслуживания на семейном уровне

- социально-гигиеническая оценка функционирования и планирование стратегии развития территориального здравоохранения, медицинских служб, медицинских и санаторно-курортных организаций с разработкой моделей и технологических элементов по формированию и реализации оздоровительных программ.

Разработка данных методологических подходов позволит усовершенствовать систему здравоохранения, развитие медицинской помощи в опережающем режиме, когда характер функционирования медицинских организаций, подготовка кадров, уровень медико-оздоровительных технологий будет успевать за тенденциями развития демографических, социальных, экономических и экологических процессов в обществе, формирования патологии населения.

Появляется возможность сближения и взаимопроникновения биологических, социальных и экономических законов развития человеческого общества. В этом случае становится реальным **наше влияние на процессы общественного здоровья**, и соответственно реализуется **принцип профилактики здоровья** человека в Российском государстве.

### **РОЛЬ БОКАЛОВИДНЫХ КЛЕТОК В АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

Бархина Т.Г., Голованова В.Е., Гуцин М.Ю.  
*ГУ НИИ Морфологии человека ФАМН  
Москва, Россия*

Последние достижения фундаментальной и клинической медицины позволили убедительно доказать, что аллергический ринит (АР) и бронхиальная астма (БА) являются заболеваниями, в основе которых лежит аллергическое воспаление, проявляющееся обратимой обструкцией дыхательных путей и феноменом неадекватного, усиленного ответа респираторных органов на различные специфические и неспецифические раздражители. Эти два явления не являются исключительными в сложном механизме развития АР и БА, но являются основополагающими в определении общей клинической картины заболевания.

Наши последние данные по изучению морфологии этого процесса свидетельствуют о том, что главным в патогенезе АР и БА является клеточно-гуморальный механизм. Одним из таких механизмов, который позволяет отнести эти заболевания к системным, является участие бокаловидных клеток различных органов и систем в патологических процессах, связанных с АР и БА. Наиболее часто повреждаются бокаловидные клетки в глотке, бронхах и органах ЖКТ.

Подтверждено с помощью световой микроскопии, ТЭМ и СЭМ, что повреждения, изменение секреции и состав секрета бокаловидных клеток разных органов имеет характерные особенности при развитии патологического процесса. По изменению состава секрета можно судить, как клетки реагируют на аллерген.

Реакция бокаловидных клеток во многом зависит от возраста: в молодом возрасте происходит значительное усиление секреции, а в зрелом и пожилом – ее резкое снижение. В пищеварительной системе бокаловидные клетки тоже вовлечены в процесс, но в меньшей степени.

### **РОЛЬ КЛЕТОЧНЫХ ПОПУЛЯЦИЙ ЭПИДЕРМИСА И ДЕРМЫ В АДАПТАЦИОННО-КОМПЕНСАТОРНЫХ И РЕГЕНЕРАТОРНЫХ ПРОЦЕССАХ**

Бархина Т.Г., Фисенко Г.И., Голованова В.Е.  
*УФАМН НИИ Морфологии человека ФАМН  
ОАО Институт пластической хирургии  
и косметологии  
Москва, Россия*

В связи с расширением спектра пластических и восстановительных операций на коже, интерес к разным методикам проведения этих оперативных вмешательств возрастает. Неудивительно, что при этом важно знать и теоретиче-

ские, и прикладные аспекты адаптивных и репаративных реакций.

Нами изучены различные возрастные группы больных при косметической и восстановительной дерматоабразии. Во всех случаях мы придерживались фундаментальных знаний, полученных ранее. Установлено, что во всех случаях мы сталкиваемся с повреждениями как эпидермиса, так и дермы. Постольку, поскольку в области лица репарация эпидермиса идет достаточно быстро, с привлечением различных клеточных популяций, необходимо было уточнить, какие клетки реагируют в первую очередь. В детском и молодом возрасте соотношение клеточных популяций эпидермиса подвергается незначительным изменениям. В более зрелые годы, и особенно в преклонном возрасте, это соотношение резко меняется. Клетки Лангерганса, которые включаются в процесс репарации наряду с кератиноцитами первыми, находятся в активном состоянии, и их количество увеличивается в послеоперационном периоде в молодом возрасте. С увеличением возраста пациентов активность этих клеток падает. Количество и качество меланоцитов в данных случаях значительной роли не играет, в отличие от состояния немногочисленных клеток Меркеля.

При изучении клеток дермы нами установлено, что состояние этих клеток при репарации имеет значительные индивидуальные особенности, и в каждом отдельном случае соотношение клеточных популяций следует рассматривать отдельно.

#### **СПОСОБЫ АКТИВИЗАЦИИ ТВОРЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СТУДЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ ИЗУЧЕНИЯ ДИАГНОСТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ**

Бодрова Т.Н., Тетенев Ф.Ф., Калинина О.В.  
*Сибирский государственный медицинский университет  
Томск, Россия*

Одной из важных задач курса пропедевтики (от греч. *propaideia* - обучаю предварительно) внутренних болезней является формирование клинического мышления. Клиническое мышление – это содержательно специфизированный процесс диалектического мышления, придающий целостность и законченность медицинскому знанию. Формирование клинического мышления зависит от личности студента, метода преподавания и его мотивации. С целью активизации творческой активности обучающихся на кафедре используются многочисленные элементы УИРС (учебно-исследовательская работа студентов). Основным из которых являются написание первой учебной истории болезни.

История болезни состоит из двух разделов: 1 - фактография и 2 – обоснование диагноза.

Используя учебное пособие «Физические методы исследования в клинике внутренних болезней» мы решили проблему качественного анализа фактографии – анализа результатов исследования пациента. Следующая задача, которая поставлена перед студентами, с помощью разработанной нами методики самостоятельно или при участии преподавателя описать свои рассуждения над результатами обследования пациента. Этот раздел истории болезни (обоснование диагноза) мы назвали профессиональным комментарием клинической картины. В известной учебной литературе указываются следующие разделы, которые обучающийся студент может фиксировать в истории: предварительный, обоснованный диагноз, этапный и заключительный эпикриз, если больной наблюдается длительное время. Конкретных, тем более подробных рекомендаций как вести и как изложить размышления в клинических случаях в литературе не описано. На кафедре по данному разделу созданы методические пособия и учебное пособие «Как научиться профессиональному комментарию клинической картины».

При написании истории болезни имеется четкий план работы, включающий 4 этапа. Первый – группировка всех найденных симптомов в синдромы. Творческий аспект этого этапа безусловный: а) здесь нужно учесть механизм каждого симптома, б) один и тот же симптом нельзя использовать при формировании разных синдромов. Второй этап заключается в поиске основного синдрома. Основной синдром: а) синдром определяющий тяжесть состояния пациента или б) синдром, определяющий нозологическую форму, при удовлетворительном состоянии больного. Третий этап – изложение причинно-следственной связи между синдромами. Заключительный этап постановки диагноза.

Диагноз может быть поставлен 2 методами: прямой и дифференциальный диагноз. Прямой способ построения диагноза применяется в тех случаях, когда при исследовании больного возникает одна явно доминирующая диагностическая гипотеза и она подтверждается при окончании обследования. Второй способ заключается в том, что обсуждается несколько диагностических гипотез.

Например, при пневмонии синдром общевоспалительной реакции организма можно рассматривать как результат местного воспаления в легких, если выявляются отчетливые симптомы поражения легких (извержение мокроты, боль в грудной клетке).

Описанный план комментария достаточен для формирования прямого клинического диагноза. Для построения плана дифференциального диагноза требуется выполнение следующих правил, они известны, изложены в учебнике В.Х. Василенко. Однако на практике они почти не используются. В первую очередь необходимо выполнить традиционные 5 фаз. 1 фаза – выделение основ-