

не стыдится скатывать бинты и перевязывать больных и не величает себя превосходительством, как Стакович, а просто старшей сестрой».

Н.И.Пирогов высоко ценил нравственные качества сестры милосердия Е.А.Хитрово как сестры-настоятельницы и, понимая всю важность назначения именно ее сестрой-настоятельницей в трудный период для Крестовоздвиженской общине сестер милосердия. Он в своем отношении к Комитету Одесской богадельни сердобольных сестер от 3 декабря 1855 года писал: «Хитрово всеми свойствами души, необходимыми для сестры-настоятельницы приобрела труднопокупаемую опытность пребыванием своим при одном из самых замечательных благотворительных учреждений нашего Отечества». Н.И.Пироговым были высказаны еще следующие справедливые слова: «В целой России едва ли найдется другая Е.А.Хитрово..».

Сразу же после отъезда главной начальницы Крестовоздвиженской общине сестер милосердия А.П.Стакович Е.А.Хитрово возглавила Крестовоздвиженскую общину в качестве сестры-настоятельницы, положив прочную нравственную основу жизни сестер милосердия. Под ее руководством сестры милосердия с усердием ухаживали за больными, не отказывались от самого неприглядного труда. Сила собственного примера Е.А.Хитрово сыграла в этом большую роль. Не случайно Е.М.Бакунина в своих воспоминаниях характеризовала ее как «умную, воспитанную, добрую, снисходительную, истинную сестру милосердия». Сама, будучи сестрой милосердия с высокими нравственными качествами, Е.М.Бакунина всегда стремилась к идеалу, и до конца своих дней имела этот идеал – сердобольную сестру Е.А.Хитрово: «Я знала много сестер милосердия, и только одна для меня олицетворяла этот идеал - это Е.А.Хитрово».

Напряженный труд днем и ночью подорвал силы Е.А.Хитрово, и, заболев «тифозной горячкой», она скончалась 2 (14)февраля 1856 года. Исполняя последнюю ее волю, тело ее было предано земле в Одессе, на кладбище Воскресенской церкви (могила не сохранилась). В рескрипте великой княгиней Еленой Павловной на имя попечителя Одесской богадельни сердобольных сестер было сказано: «Е.А.Хитрово принесла себя в жертву великому делу хождения за героями страдальцами, славными защитниками Крыма и пролившими кровь за дорогое наше Отечество. Имя ее вспомнит благодарное потомство...».

РАЗВИТИЕ ЗНАНИЙ ОБ ИНСУЛЬТЕ

Бондаренко М.В., Тибекина Л.М.

Санкт-Петербургский государственный университет (Россия)

Со времен Гиппократа (460-370 гг. до Р. Х.) мозг связывали с интеллектом и мыслию, а также с движениями противоположной половины тела. Об этом судили по возникновению судорог на половине тела, противоположной стороне повреждения головы (Mc Henry, 1969), что расценивали как внезапное, скорее общее, чем фокальное, нарушение работы мозга. Патогенез объясняли соответственно гуморальной теорией, базирующейся на балансе четырех жидкостей: крови, флегмы, черной желчи и желтой желчи. Анатомия почти не играла роли в этих объяснениях. Уже Эразистрат Хиосский (305 – 250 до Р.Х.) понимал, что головной мозг – регулятор функций органов, заключая это из того факта, что от мозга к органам и частям тела идут «нити», напоминающие управляющие марионеткой веревочки. Он отличил нервы от сосудов и первым различил чувствительные и двигательные нервы. Апоплексию часто относили к скоплению черной желчи в артериях мозга, препятствующей прохождению животного духа из желудочков (Clarke, 1963). Гален из Пергамона (131-201), энциклопедист и патофизиолог, популяризировал знания и традиции, накопленные за период греческой цивилизации. Гален отличал «karos» от «aoroplexu», в первом случае дыхание не было нарушено (Galenus, издание 1824 г.). Его тексты были единственным авторитетом во времена раннего и позднего Средневековья, когда наблюдения за человеческим телом были запрещены религиозными канонами. Andries van Wesele (1514-64), великий анатом Ре-

нессанса, который латинизировал свое имя в Andreas Vesalius, в 1543 г. в Базеле в своей знаменитой книге «*De humani corporis fabrica libri septem*» выполнил первые точные рисунки мозга. Решающий удар по гуморальной теории был нанесен в 1628 г. описанием процесса циркуляции крови, сделанным William Harvey (1578-1657). Однако прошло много десятилетий, прежде чем эти взгляды были широко приняты. Работа Гарвея создала основу для распознавания роли кровеносных сосудов в патогенезе инсульта. Thomas Willis (1641-75) известен в истории в основном благодаря его труду по анатомии мозга, впервые опубликованному в 1664 г., а также описанию взаимосвязей сосудов на основании мозга. Именно Willis наиболее ясно постиг функциональное значение этих анастомозов, что видно из следующего отрывка: «Однажды я вскрывал умершего, у которого правые артерии — сонная и позвоночная — внутри черепа окостенели и стали непроходимы, закрыв доступ крови с этой стороны. Однако больного не беспокоила «удивительная болезнь». Ишемический инсульт.

«Удивительную болезнь» Виллиса — апоплексию — издавна интуитивно объясняли какой-то неопределенной закупоркой, происходящей либо по причине недостаточного прохождения животного духа через нервы (в традициях греческой медицины), либо после Гарвея, из-за нарушения кровотока. Следует, однако, помнить, что представление о внутренней «нервной энергии» только постепенно теряло почву. Wepfer не только устанавливал факт поражения артерий, но продвинулся далеко вперед в изучении причин инсульта: он различал, с одной стороны, закупорку артерий, препятствующую притоку крови, и с другой — излияние крови в вещество мозга или полости желудочков, которые традиционно рассматривались как важный источник психической энергии. Он также заметил, что наиболее склонными к апоплексии были «тучные, те, у которых лицо и руки синюшные, и те, у которых был неровный пульс». Леон Ростан (Leon Rostan) (1790-1866), врач одной из больниц в Париже, впервые ясно распознал размягчение мозга как самостоятельное поражение, отличное от геморрагического, хотя патогенез еще был не ясен для него. Хотя Rostan различал «оссификацию» мозговых артерий, он не связывал эти поражения, через закупорку артериальной системы, с размягчением мозга. Это представление (Kuhn, 1962) еще не вошло в медицину, но, по крайней мере, он сомневался в том, что размягчение было своего рода воспалительным ответом. Современный врач должен знать, что воспаление было одной из основных медицинских парадигм с середины XVIII века и почти до середины XIX. Первый толчок по выявлению взаимосвязи между болезнью артерий и «размягчением» (*ramollissement*), как многие английские авторы продолжали называть инфаркт из уважения к Ростану, был дан Abercrombie в позднем издании его учебника (Abercrombie, 1836). Он провел аналогию с гангреной, вызываемой «слабостью циркуляции», которая в свою очередь вторична к «оссификации артерий». Роль артериальной закупорки как первичной причины размягчения мозга была подтверждена другими учеными (Bright, 1831; Carswell, 1838), но теорию воспаления продолжали защищать некоторые приверженцы (Cruveilhier, 1842; Durand—Fardel, 1843). Другие считали, что апоплексию может вызывать «церебральная анемия» (в противоположность застою) не только из-за потери крови, но также из-за снижения кровяного давления, особенно в случаях заболеваний сердца (Burrows, 1846). Остальные недостающие звенья в понимании церебрального инфаркта были получены Rokitansky (1804-1878) в Вене и Virchow (1821-1902) в Берлине. Rokitansky разделил размягчение мозга (которое он называл «энцефаломаляция») на три разновидности: 1) красное (геморрагическое) размягчение, воспалительное по природе; 2) белое размягчение (синоним «серозной апоплексии»), вызываемое застоем и отеком; 3) наиболее часто встречающееся желтое размягчение, патогенез которого был неизвестен. Virchow революционизировал медицинское понимание сосудистого заболевания, твердо выделяя значение изменений стенки сосуда, а не крови (Schiller называл это победой «солидизма» над «гуморализмом»; Schiller, 1970). Он также твердо установил, что тромбоз артерий вызывается не воспалением, а жировым перерождением сосудистой стенки. Чтобы его статьи были опубликованы, ему пришлось основать свой собственный журнал (Virchow, 1847, 1856). Для этих изменений артериальной стенки Вирхов вызвал к жизни термин «атеросклероз», который впервые использовал Lobstein (Lobstein, 1829). Затем появилась теория вазоспазма. Артериальный спазм, как причина гангрены конечностей, был описан в диссертации

Raynaud в 1862 г. Его теория вазоспазма была затем перенесена на мозговое кровообращение (Peabody, 1891; Russel, 1909). Вазоспазм оставался наиболее популярной теорией для объяснения ТИА в первой половине XX века и являлся обоснованием для применения так называемых вазодилататоров. Позже сформировалась гемодинамическая теория инсульта. Мысль о снижении кровотока (*«low flow»*) как причине церебральной ишемии, вероятно, принадлежит Ramsay Hunt, который провел аналогию между симптомами стеноза или окклюзии сонной артерии и симптомами перемежающейся хромоты у больных с тяжелым атеросклерозом периферических артерий (Hunt, 1914). В середине XX века появилась тромбоэмболическая теория. В 1950-х годах C. Miller Fisher доказал, что патогенез был более сложным, чем предполагает объяснение за счет постоянного сужения артерии. Во-первых, он наблюдал пациента, у которого гемиплегии предшествовал эпизод монокулярной слепоты противоположного глаза. (Fisher, 1952). Во-вторых, благодаря терпеливым и обширным офтальмоскопическим наблюдениям он заметил, что во время эпизода преходящей монокулярной слепоты белые массы продвигались медленно через ретинальные артерии, беловатый вид и рыхлость движущегося материала позволяли считать, что это были эмболы, в значительной степени состоящие из тромбоцитов (Fisher, 1959). Таким образом, артериоартериальная эмболия из атероматозных бляшек кажется на сегодняшний день важным фактором для объяснения ТИА и инсультов.

Экстравазаты крови в мозговое вещество были впервые распознаны Wepfer (1658) и Morgagni (1761). Причина оставалась неясной. (Adams & vander Eecken, 1953). В 1885 г. до того, как научились измерять артериальное давление, Kirkes наблюдал гипертрофию сердца у 17 из 22 больных с фатальным кровоизлиянием в мозг (Kirkes, 1855). Charcot и Bouchard в 1868 г. исследовали мозг больных, умерших от кровоизлияния в мозг. Они погружали его в проточную воду и нашли множественные крошечные расширения мелких кровеносных сосудов, так называемые милиарные аневризмы (Charcot & Bouchard, 1868). Аневризмы, описанные Charcot и Bouchard, были белыми или коричневыми узелками от 0,5 до 2,0 мм в диаметре, прикрепленными к мелкой артериоле, чаще всего в области базальных ганглиев. В начале этого века теория Charcot и Bouchard подверглась критике, и некоторые исследователи предположили, что большинство этих расширений было вовсе не аневризмами, а закупоривающими тромбами в местах разрывов (Ellis, 1909). Альтернативные объяснения патогенеза внутримозгового кровоизлияния включали предшествующий инфаркт в мозговой ткани и капиллярных сосудах. Учитывая частое наличие гипертензии, Rosenblath утверждал, что почечные токсины вызывали некроз сосудистых стенок (Rosenblath, 1918), а Westphal считал, что сосудистый спазм был промежуточным фактором (Westphal, 1932). Согласно другой теории, предполагалось, что артерии расширяются и разрываются, только если до этого наступил инфаркт ткани, который лишил питающий сосуд его нормальной опоры (Hiller, 1935; Globus et al., 1949; Schwartz, 1961). В 1960-х годах инъекционная техника восстановила представление о микроаневризмах (Ross Russell, 1963; Cole & Yates, 1967). «Менингеальная апоплексия» интересовала не только практикующих врачей и анатомов, но и историков медицины (Ljunggren et al., 1993). Первое описание аневризмы, хотя и неразорвавшейся, было сделано в 1765 г. Biumi, который обнаружил ее не на сосудах виализиева круга, а в кавернозном синусе (Biumi, 1765). Morgagni в 1761 г. также упоминал о расширениях артерий, которые могли быть аневризмами. Прошло много времени, прежде чем были определены клинические проявления аневризм. Brinton (1852) отмечал, что фатальный разрыв не является единственным возможным проявлением аневризмы и что другими проявлениями были локальное давление, приступы судорог или воспаление (здесь он, вероятно, имел в виду размягчение мозга, которое едва распознавалось в то время). Он также обнаружил, что у пациентов могли быть аневризмы вовсе без каких-либо симптомов. Из технических новшеств, которые сделали гораздо более легким постановку диагноза аневризматического субарахноидального кровоизлияния при жизни, первым была люмбальная пункция, введенная с лечебной целью у больных с гидроцефалией (Quincke, 1891). Froin в своей диссертации в 1904 г. исследовал спинномозговую жидкость на наличие клеток крови и после гемолиза - пигментов. Следующим шагом была нейрорадиология. Сообщение о первой ангиографической визуализации аневризмы сосудов мозга при жиз-

ни относится к 1933 г. (Moniz, 1933). К счастью, техника магнитно-резонансной ангиографии быстро продвигается вперед и может скоро заменить инвазивные методики, по крайней мере, для целей диагностики (Atlas et al., 1994; Korogi et al., 1994). Наибольшим успехом в наше время стало введение компьютерной томографии (КТ) (Hounsfield, 1973). Эта техника позволила точно определить размер кровоизлияния, отличить аневризматическое кровоизлияние от неаневризматического, при серийных исследованиях выявлять и различать наиболее важные осложнения: повторное кровотечение, отсроченную ишемию и гидроцефалию. Наши методы обследования сегодня не ограничиваются умершими, как это было раньше, и они очень развились, вначале за счет ангиографии, затем – благодаря изображению структур мозга и измерениям кровотока и метаболизма головного мозга, а недавно – за счет таких неинвазивных методов изображения сосудов, как ультразвук и магнитно-резонансная ангиография. Все же наши наблюдения в большей степени анатомические, и проводятся после того, что произошло с больным. Мы можем выявлять пациентов с большим или меньшим риском инсульта, но только в редких случаях способны реконструировать его патогенез инсульта. Таким образом, проблема инсульта остается предметом дальнейшего интенсивного изучения, при необходимости разработки новых методов диагностики и лечения.

СТАНОВЛЕНИЕ ВАЛЕОЛОГИИ, КАК НАУЧНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ, НА КАФЕДРЕ ГИГИЕНЫ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ БЕЛОРУССКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Борисова Т.С., Солтан М.М., Лабодаева Ж.П., Болдина Н.А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Вопросы формирования здорового образа жизни (ЗОЖ) были и остаются достаточно актуальными, что связано с неблагоприятными тенденциями в состоянии здоровья населения нашей страны: рост хронической неинфекционной патологии, в том числе среди детей и подростков, снижение рождаемости, рост смертности среди лиц трудоспособного возраста. Как следствие, кризисная демографическая ситуация, снижение трудового и репродуктивного потенциала страны. На сегодняшний день в Республике Беларусь 91,3% мужчин и 85,7% женщин трудоспособного возраста имеют от одного до пяти основных поведенческих факторов риска, способствующих ухудшению показателей здоровья. Такая ситуация диктует необходимость совершенствования методов диагностики здоровья, разработки новых методов и способов профилактики социально значимых заболеваний, а в целом – пересмотра позиций здравоохранения и поиска более эффективных путей здоровьесбережения.

Преподавание основ формирования здорового образа жизни (в аспекте гигиенического воспитания) всегда присутствовало в курсе гигиены детей и подростков, а наиболее актуальные аспекты здорового образа жизни были в центре научных изысканий сотрудников кафедры. Ярким подтверждением тому являются исследования проблемной научной лаборатории по гигиене двигательной активности детей, созданной Н.Т. Лебедевой. Данной проблеме посвящено 9 кандидатских диссертаций, опубликовано около 300 работ. Методики, заложенные сотрудниками научной лаборатории, широко использовались не только отечественными исследователями, но и разных регионов СССР.

Помимо плановых тематик, кафедра с 1994 г. совместно с РНПЦ гигиены и РЦГЭ являлась соисполнителем Государственной научной программы «Здоровье и окружающая среда» по заданию 01 ГНТП «Изучить условия формирования здоровья подрастающего поколения, разработать критерии оценки состояния здоровья школьников в системе formalизованных показателей»; принимала участие в комплексных научных исследованиях по медико-педагогическим проблемам «Здоровье студенческой молодежи», «Здоровый образ жизни и валеологическое образование детей, под-