

Полученные награды по итоговой конференции студентов и молодых учёных УГМА – 4 дипломов и 6 полученных призов (с 1996 года по 2009 г.)

Воспитательно-образовательная работа на курсе

Воспитательная работа ведётся через предмет преподавания (в лекционном курсе и на практических занятиях студентов УГМА).

Совместная работа отражена в 8 научно-практических публикациях.

Элементы системы качества подготовки на курсе эндокринологии

С 2008 года проводится анкетирование студентов после каждой лекции и каждого цикла эндокринологии. Положительные результаты данных анкетирования внедрены и совершенствуются в учебном процессе не только для студентов, но для эффективной преподавательской работы [2] на этапах последиplomного образования по специальности “Эндокринология”.

С учётом выделения эндокринологии в базовую специальность необходимо продолжать оптимизацию преподавания дисциплины эндокринологии студентам 4 курса лечебного факультета для подготовки кандидатур для “сквозного” обучения в клинической интернатуре или ординатуре по специальности “Эндокринология”.

На курсе эндокринологии подтверждена лицензия на обучение в клинической ординатуре и с 2010 лицензирована клиническая интернатура по эндокринологии. Подтверждена лицензия на усовершенствование врачей-эндокринологов с подтверждением сертификата. Продолжаем совершенствовать процесс преподавания с учётом создания бально-рейтинговой системы.

К МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА

Киселева Т.П.¹, Абрамова Ф.А.², Игумнова Ю.Э.²

¹Государственное общеобразовательное учреждение высшего профессионального образования Уральская государственная медицинская академия Минздрава России,

²МУЗ ГКБ №40, Екатеринбург

Цель: изучить морфологические изменения околощитовидных желёз (ОЩЖ) при различных формах гиперпаратиреоза (ГПТ).

Материалы и методы: в основу работы положен морфологический анализ 48 препаратов ОЩЖ, удалённых при хирургическом лечении первичного ГПТ (ПГПТ)(38), вторичного ГПТ(ВГПТ) (2) и третичного ГПТ (ТГПТ)(6).

Результаты работы: структура изучаемых аденом ОЩЖ при ПГПТ и ТГПТ оказалась неоднородной по клеточному составу, тканевым структурам и характеру роста. 1-й тип клеток в опухолях отнесён к главным тёмным клеткам (мелкие, без чёткой границы клетки с вытянутым или круглым ядром с компактным расположением хроматина). 2-й тип клеток – главные светлые клетки (большие размеры, круглое ядро, рыхлый хроматин). 3-й тип – оксифильные клетки (редкие, крупные, небольшое компактное ядро, массивная оксифильная цитоплазма, минимальная митотическая активность). В одной и той же опухоли встречались тубулярные, трабекулярные, альвеолярные, железистые, кистозные и солидные поля. Разделить опухоли по тканевым структурам не представилось возможным. По характеру роста: экспансивный – 28 (75,78%); агрессивный – 9 (24,32%). Агрессивный рост чаще наблюдался в тёмноклеточных образованиях (из 8 в 6). Рак ОЩЖ был в 2 случаях ПГПТ. При ВГПТ преобладали главные клетки с высокой митотической

активностью. При ТППТ – в ОЩЖ дополнительно обнаруживались несколько подобных аденом на фоне гиперплазированной ткани с очагами некроза, дистрофии.

Выводы: микроскопическая структура аденом ОЩЖ не зависела от формы ГПТ. Измененная окружающая ткань вокруг аденом наблюдалась при ТППТ. Морфологическая оценка гиперплазий ОЩЖ при всех ГПТ требует дальнейшего изучения.

МЕСТО ДИНАМИЧЕСКОЙ ГЕПАТОБИЛИСЦИНТИГРАФИИ В ИССЛЕДОВАНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Климентьева Г.И., Курникова И.А., Кузнецова Н.М., Петухова Н.В.
ГОУ ВПО ИГМА Минздравсоцразвития России

Основными критериями метаболического синдрома (МС) являются нарушения липидного и углеводного обмена, которые формируют необратимые изменения в печени по типу жирового гепатоза. В тоже время морфо-функциональные нарушения со стороны печени вносят свой вклад в прогрессирование данных метаболических нарушений. Клиническое течение самого жирового гепатоза обычно бессимптомное. При ультразвуковом исследовании эхогенность ткани печени чаще повышенная, но эти изменения обнаруживаются при накоплении жира более 33%. Несмотря на то, что при жировом гепатозе непременно снижается функциональное состояние печени, с помощью традиционных лабораторных тестов подтвердить эти нарушения сложно. Диагноз жирового гепатоза подтверждается прицельной биопсией, но данное исследование инвазивное, имеющее четкие показания и чревато осложнениями.

Цель: изучить возможности динамической гепатобилисцинтиграфии в диагностике поражений печени у больных с метаболическим синдромом.

Материал и методы. Проведено комплексное обследование 45 пациентов (все женщины) в возрасте от 18 до 70 лет с различными проявлениями МС, перенесших холецистэктомии по поводу желчно-каменной болезни. В зависимости от ИМТ все пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – избыточная масса тела и 1 степень ожирения – 36 человек, 2 группа – 2 и 3 степень ожирения – 9 человек. Группой сравнения были пациенты без проявлений метаболического синдрома после холецистэктомии – 38 человек, двое из них мужчин, в возрасте от 28 до 66 лет с ИМТ 18,6 кг/м². Согласно дизайну исследования, были исключены больные с установленным диагнозом хронических заболеваний печени вирусной и/или алкогольной, аутоиммунной этиологии с наличием метаболических нарушений. Всем пациентам были проведены клинические и биохимические анализы крови, ультразвуковое исследование (УЗИ) печени, желчных путей, поджелудочной железы. Для исследования поглотительно-экскреторной функции печени, проходимости желчных путей всем пациентам проводилась динамическая гепатобилисцинтиграфия с использованием радиофармацевтического препарата БРОМЕЗИДА, ^{99m}Tc, сцинтилляционной гамма-камеры МВ-9101А с последующей обработкой на компьютерной системе «Супер-Сергам» (Венгрия). Обработка данных производилась с помощью пакета программ STATISTICA 6,0 (Matematica®, Matlab®, Harvard Graphics®) американской фирмы StatSoft (1995г.).

Результаты и обсуждение. У всех обследованных пациентов с МС при исследовании поглотительно-экскреторной функции печени обнаружены изменения функционального