

1(21) `2008

YAKUT MEDICAL JOURNAL



Учредитель
Якутский научный центр
Сибирского отделения
Российской академии медицинских наук

Соучредители:
Министерство здравоохранения РС(Я),
Медицинский институт ЯГУ им. М.К. Аммосова,
НПЦ «Фтизиатрия» МЗ РС(Я), Республиканский
центр по профилактике и борьбе со СПИД
МЗ РС(Я), ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии
в РС(Я)», ОАО ГСМК «Сахамедстрах»

Главный редактор
Томский М.И.

Редакционная коллегия:
заместители главного редактора:

Аргунов В.А., Петрова П.Г.

Научный редактор

Платонов Ф.А.

Зав. редакцией и ответственный секретарь

Николаев В.П.

НАУЧНО - ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ЯКУТСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА
СИБИРСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК

Выходит 4 раза в год

*Зарегистрирован Саха-Якутским
территориальным управлением
Министерства Российской Федерации по делам печати,
телевещания и средств массовых коммуникаций
от 30 октября 2003 г.*

Регистрационный номер ПИ №19-0465

Подписной индекс: 78781

Цена свободная

*«Якутский медицинский журнал» включен в утвержденный ВАК РФ
«Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий,
в которых рекомендуется публикация основных научных результатов
диссертаций на соискание ученой степени кандидата по биологическим
наукам и медицине» (редакция от июля 2007 г.)*

Редактор
Чувашова И.И.

Перевод
Семенов Т.Ф.

Обложка Игнатъева В.Н.

Компьютерная верстка
Николашкиной А.А.

Адрес учредителя и редакции:
677019, г. Якутск, Сергеляхское шоссе, 4,
ЦОМид НЦМ, корпус С1-01,
тел. (4112) 32-15-26; 39-55-42
телефакс (4112) 32-19-81
e-mail: ysc@sacha.ru
yscredactor@mail.ru

СОДЕРЖАНИЕ

Колонка главного редактора

Первому профессиональному медицинскому журналу
Республики Саха (Якутия) 5 лет

Передовая статья

Николаев В.П., Тихонов Д.Г.
«Якутскому медицинскому журналу» 5 лет

Оригинальные исследования

- Кобылина О.В., Николаева Т.Я.
Сравнительный анализ факторов риска развития
ишемического инсульта в якутской этнической группе
Шевченко О.П., Харламова Л.В., Кушхова Д.Х., Орлова О.В.,
Дайбанырова Л.В., Шевченко А.О.
Уровень неоптерина в крови у больных ишемической
болезнью сердца
Говорова И.П., Тарасова А.А.
Ультразвуковые особенности клапанного поражения у детей
с приобретенными пороками сердца
Яковлева А.И., Тарабукина Л.В., Петрова С.Р., Охлопкова
Л.Д., Миронова Г.Е., Григорьева Л.В., Махарова Н.В.
Состояние липидного обмена, про- и антиоксидантного
равновесия у больных с постинфарктным кардиосклерозом
Донская А.А., Морозов С.Н., Морозова Е.А., Пальшина А.М.,
Григорьева В.К.
Взаимосвязь основных показателей суточного мониторингирования
артериального давления с характером ремоделирования
левого желудочка у мужчин и женщин с артериальной
гипертонией в условиях г. Якутска
Гостева Л.З., Манаков Л.Г.
Динамика и структура фетоинфантильных потерь
на территории Амурской области
Винокуров М.М., Савельев В.В., Яковлев А.А., Петров А.П.
Новые аспекты в хирургическом лечении больных с острым
холециститом в условиях Крайнего Севера
Кобякова Т.С., Данилова Т.Г., Сазонов Н.Н.
Элементный состав биосубстратов населения таежной зоны
Центральной Якутии
Черемкин С.Н.
Причины рецидива болевого корешкового синдрома в раннем
послеоперационном периоде после удаления грыжи
поясничного межпозвонкового диска

Гигиена, санитария, эпидемиология и медицинская экология

- Тяптиргянова В.М., Беляева Н.А., Чернявский В.Ф.,
Теленков С.С., Данилова Н.Д.
Многофакторный подход в системе аккредитации
испытательных лабораторий и испытательных лабораторных
центров - как гарант качества в профилактической медицине
Чернявский В.Ф., Шестопалов А.М., Тяптиргянов М.М.,
Дегтярев А.Г., Беланов Е.Ф., Шаршов К.А., Никифоров О.И.,
Герасимова В.В., Антонов Н.А.
Птичий грипп в Якутии: проблема, опыт, диагностика
и профилактика

CONTENTS

Column of the editor-in-chief

- 4 The 5th anniversary of the first professional medical magazine of the
Republic Sakha (Yakutia)

The editorial

- 5 Nikolaev V.P., Tihonov D.G.
«The 5th anniversary of the Yakut medical magazine»

Original articles

- Kobylyina O. V, Nikolaeva T.Y.
The comparative analysis of risk factors of development of an ischemic
stroke in the Yakut ethnic group
8 Shevchenko O.P., Harlamova L.V., Kushhova D.H., Orlova O. V,
Dajbanyrova L.V., Shevchenko A.O.
12 Neopterin Level In Blood In Patients With Ihd
Govorova I.P., Tarasova A.A.
15 Ultrasonic Features Of Valve Defeat In Children With The Acquired
Heart Valvular Diseases In Rs (Y)
Jakovleva A. I., Tarabukina L.V., Petrova S.R., Ohlopkoval L.D.,
Mironova G. E, Grigoreva L.V., Maharova N.V.
19 State Of Lipid Exchange, Pro - And Antioxidant Balance In Patients With
Postmyocardial Infarction Cardiosclerosis
Donskaja A.A., Morozov S.N., Morozova E.A., Palshina A.M.,
Grigorieva V. K.
22 Interrelation of the basic parameters of daily monitoring of arterial
pressure with remodelling character of left ventricle in men and women
with an arterial hypertension in conditions of Yakutsk
Gosteva L.Z., Manakov L.G.
25 Dynamics and structure of phetoinfantile losses in Amur region territory
Vinokurov M. M, Savelyev V.V., Jakovlev A.A., Petrov A.P.
27 New aspects in surgical treatment of patients with acute cholecystitis in
the conditions of the Far North
Kobjakova T.S., Danilova T.G., Sazonov N.N.
31 Element structure of biosubstrata of the population of a taiga zone of
the Central Yakutia
Cheryomkin S. N.
34 Reason of painful radicular syndrome relapse in the early postoperative
period after removal of a lumbar intervertebral disk hernia

Hygiene, sanitary, epidemiology and medical ecology

- Tjaptirgjanova V. M, Beljaeva N.A., Chernyavsky V. F, Telenkov S.S.,
Danilova N.D.
37 The multifactorial approach in system of accreditation of test
laboratories and the test laboratory centres - as the guarantor of quality
in preventive medicine
Chernyavsky V.F., Shestopalov A.M., Tjaptirgjanov M. M., Degtjarev A.G.,
Belanov E.F., Sharshov K.A., Nikiforov O.I., Gerasimova V.V., Antonov N.A.
39 Bird flu in Yakutia: Problem, experience, diagnostics and prevention

Актуальная тема**Actual subject**

Федорова А.К., Омаров Н.Н., Ушницкий И.Д.
Потребность в замещении дефектов зубных рядов протезами
у различных возрастных групп населения РС(Я)
Курбатова Т.Н.
Клиническая и экономическая эффективность эрадикационной
терапии язвенной болезни в зависимости от степени тяжести
заболевания у работников угольной промышленности
в условиях Крайнего Севера (на примере предприятий
ОАО ХК «Якутуголь»)

41 Fedorova A.K., Omarov N.N., Ushnitskij I.D.
Need For Replacement Of Defects Of Dentitions By Dentures At
Various Age Groups Of The Population Of RS(Y)
Kurbatova T. N.
43 Clinical and economic efficiency of eradication therapy of stomach
ulcer depending on the degree of disease heaviness in workers of
the coal industry in conditions of the far north (on the example of the
enterprises of the open society CHC "Yakutugol")

Обмен опытом**Exchange of experience**

Сивцев В.В.
Оперативное лечение лимфофиброматоза наружных
половых органов
Попова З.П., Васильева О.Л., Захарова Г.Н., Астраханцев
С.П., Местникова С.И.
Первые результаты проведения дополнительной
диспансеризации населения по реализации первого
этапа национального проекта «Здоровье»
Нуртазинова Р.С., Попова З.П., Местникова С.И.
Медицинское обслуживание юношей допризывного возраста
Слепцова Т.Н., Попова З.П., Слепцова Э.Э.
Изучение качества жизни детского населения – актуальная
проблема педиатрии
Михайлова В.К., Местникова С.И., Тяптыргянова Т.М.
Анализ эффективности лечения детей с синдромом задержки
речевого развития

48 Sivtsev V.V.
Operative treatment of external genitals lymphofibromatosis
Popova Z.P., Vasileva O. L., Zaharova G. N., Astrahantsev S.P.,
Mestnikova S.I.
49 The first results of carrying out of additional prophylactic medical
examination of the population on realisation of the first stage of the
national project "Health"
Nurtazinova R. S., Popova Z.P., Mestnikova S.I.
51 Health services of young men in prospective conscript age
Sleptsova T. N., Popova Z.P., Sleptsova E.E.
52 Studying of life quality of the children's population – an actual problem
of pediatrics
Mihajlova V. K., Mestnikova S.I., Tjaptirgjanova T.M.
53 The analysis of treatment efficiency of children with a syndrome
of a speech delay

**Организация здравоохранения, медицинской науки
и образования****Organizing public health care, medical science and education**

Здравоохранение РС(Я) за 2007 год в цифрах и фактах

54 Public health care of RS(Y) in 2007

Научные обзоры и лекции**Scientific reviews and lectures**

Иванов И.А.
Депрессия и её формы, причины, механизмы возникновения,
клинические особенности и методы лечения (окончание)
Шадрин О.В., Бурцева Т.Е., Часнык В.Г.
Аритмии у новорожденных

56 Ivanov I.A.
Depression and its forms, the reason, occurrence mechanisms, clinical
features and treatment methods (end)
Shadrin O. V., Burtseva T.E., Chastnyk V.G.
58 Arrhythmias in newborns

Из хроники событий года**61 From a chronicle of year events****Страницы истории****History pages**

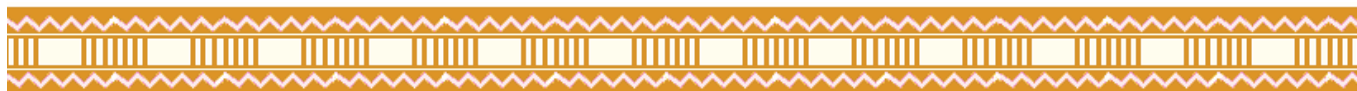
Макарова У.Е., Мяркяннов Т.А.
История развития и состояние специализированной помощи
больным внелегочным туберкулезом в РС (Я)

67 Makarova U.E., Mjarikjanov T.A.
History of development and condition of the specialised help to patients
with extrapulmonary tuberculosis in Republic Sakha (Yakutia)

Наши юбиляры**Whose anniversary is celebrated**

И.И. Местников (к 70-летию со дня рождения)
Е.К. Максимова 60 лет
Организатор здравоохранения В.И. Седалищев
(60 лет со дня рождения)

70 Ivan Ivanovich Mestnikov (to the 70th anniversary from the date of a birth)
72 60 years to E.K.Maksimov
73 V.I.Sedalishchev – the organizer of health authorities (60th years from
date of birth)

Слово пользователям «Якутского медицинского журнала»**74 Word to readers of "Yakut Medical Journal"****Объявления. Информация****78 Announcements. The information**

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

ПЕРВОМУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ ЖУРНАЛУ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ) 5 ЛЕТ

Прошло 5 лет как «Якутский медицинский журнал» появился в информационном поле здравоохранения, медицины, медицинской науки и образования Республики Саха (Якутия) и Российской Федерации. Он был учрежден Якутским научным центром РАМН и Правительства Республики Саха (Якутия) в соответствии с его уставной деятельностью. В последующем соучредителями выступили Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия), Медицинский институт ЯГУ им. М.К. Аммосова, НПЦ «Фтизиатрия», Республиканский центр по борьбе и профилактике со СПИД, ОАО ГСМК «Сахамедстрах», ОАО «Аргысмедстрах» и ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии».

«Якутский медицинский журнал» со дня учреждения как профессиональное издание для работников медицинской науки и образования, лечебно-профилактических учреждений практического здравоохранения, санитарно-эпидемиологической и фармацевтической служб и студентов медицинских учебных заведений ставил перед собой две основные цели: доводить до сведения читателей успехи и достижения медицинской науки республики, Российской Федерации и зарубежных стран, освещать научные проблемы и обсуждать пути их решения; способствовать формированию научного и клинического мировоззрения научных работников, практических врачей, активно пропагандируя принципы научно обоснованной медицинской практики.

В результате реализации этих целей журнал, по однозначному мнению медицинской общественности и научного сообщества республики, стал эффективно действующим каналом научно-технической, обзорно-аналитической информации по основным разделам медицинской науки и практики, своеобразным аккумулятором и распространителем новых идей, разработок и предложений в области медицинской науки и практического здравоохранения.

За 5 лет выхода журнала в свет научные и медицинские работники, преподаватели и студенты медицинских учебных заведений в более чем 30 руб-

риках находили достоверную информацию по профилактике, диагностике и лечению различных заболеваний, организации науки, здравоохранения и медицинского образования, лекции и обзоры по актуальным проблемам медицинской науки и практического здравоохранения, публикации, посвященные юбилейным датам известных специалистов и учреждений, рецензии к изданным монографиям и т.д. Вот далеко не полный перечень научных и практических интересов журнала.



На страницах журнала публиковались официальные документы учредителей (соучредителей), Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия) и Российской Федерации, а также других структур.

Журнал предстал активным пропагандистом духовного и физического развития народов республики, направленного на сохранение и укрепление здоровья человека, служение идеям добра и гуманизма.

Начиная с выхода первого номера «Якутский медицинский журнал» кроме распространения по подписке стал рассылаться как обязательный экземпляр всем научным библиотекам и библиотекам медицинских образовательных заведений республики, профильным министерствам и ведомствам, комитетам Государственного Собрания (Ил Тумэн) Республики Саха (Якутия). Кроме того, журнал доходил до пользователей, в том числе из улусов (районов), и гостей из-за пределов республики в качестве раздаточного

материала на научно-практических конференциях, коллегиях Министерства здравоохранения, различных совещаниях, а также во время выездных мероприятий разного уровня.

Отрадно отметить, что «Якутский медицинский журнал» стал известен не только в республике, но и за ее пределами. Так, наш журнал можно увидеть на полках научных библиотек и на рабочих столах ученых из Москвы, Санкт-Петербурга, Уфы, Тарту, Томска, Новосибирска, Красноярска, Хабаровска, Благовещенска и т.д. Членами редакционного совета журнала являются известные ученые и организаторы медико-биологических наук Российской Федерации и Республики Саха (Якутия).

Признанием того, что «Якутский медицинский журнал» действительно стал академическим изданием, стало включение его в утвержденный ВАК РФ «Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых рекомендуется публикация основных научных результатов диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук по биологической науке и медицине» в редакции от июля 2007 г.

Конечно же, для специализированного научно-практического издания 5 лет выхода – срок небольшой, поэтому редакционной коллегии «Якутского медицинского журнала» предстоит достаточно много работы по совершенствованию своей деятельности, привлечению в свои ряды авторов с интересными публикациями, предложениями и проектами, активных пользователей и подписчиков.

В будущем мы планируем продолжить и расширить работу по всем нашим рубрикам, которые были представлены в журнале за эти 5 лет. При этом хотелось, чтобы было больше интересных материалов в таких рубриках, как «Оригинальные исследования», «Организация здравоохранения, медицинской науки и образования», «Здоровый образ жизни. Профилактика», «Экономика здравоохранения». На страницах журнала, конечно же, должны найти отражение проблемы медико-демографической ситуации в республике, вопросы детского здра-

воохранения, медико-биологические и социальные аспекты комплексной профилактики и лечения алкоголизма и т.д.

Чтобы «Якутский медицинский журнал» стал еще более интересным и привлекательным, нам вместе с вами, нашими авторами и читателями, предстоит многоаспектная творческая ра-

бота, которая позволит не только сохранить взятый рубеж, но и идти на покорение еще больших высот.

Учредитель «Якутского медицинского журнала» ЯНЦ СО РАМН возлагает большую надежду на то, что соучредители журнала приложат все усилия по поддержанию статуса издания.

Уважаемые члены редакционной

коллегии, редакционного совета, учредители, многочисленные авторы и пользователи «Якутского медицинского журнала», поздравляю вас с 5-летием со дня выхода первого профессионального медицинского журнала в Республике Саха (Якутия), желаю плодотворной творческой работы в новом 2008 году, благополучия и счастья!

Директор ЯНЦ СО РАМН, д.м.н., профессор М.И. Томский

ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ

В.П. Николаев, Д.Г. Тихонов

«ЯКУТСКОМУ МЕДИЦИНСКОМУ ЖУРНАЛУ» 5 ЛЕТ

26 февраля 2003 г. был подписан в печать первый номер «Якутского медицинского журнала». За пять лет вышло 20 номеров журнала, опубликовано свыше 500 статей, сообщений и информационных материалов. За пять лет на страницах журнала выступили около 1000 авторов со всей республики, ученые Новосибирска, Томска, Владивостока, Москвы, Уфы и других городов нашей страны.

На страницах журнала затронуты проблемы здравоохранения по 31 рубрике, наиболее популярными из которых являются «Оригинальные исследования» (95 публикаций), «Организация здравоохранения, медицинской науки и образования» (51), «Страницы истории» (28), «Научные обзоры и лекции» (25), «Обмен опытом» (24).

В первом номере «Якутского медицинского журнала» была опубликована передовая статья директора Якутского научного центра РАМН и Правительства Республики Саха (Якутия), д.м.н., профессора А.И. Иванова «Состояние и перспективы развития медицинской науки в Республике Саха (Якутия)». Профессор А.И. Иванов сформулировал задачи Якутского научного центра по изучению фундаментальных и прикладных проблем медицины в регионе следующим образом: «... Блок фундаментальных исследований будет включать изучение молекулярно-генетических, иммунологических, этногенетических и биохимических особенностей формирования здоровья и развития заболевания в экстремальных условиях Крайнего Севера. В при-

кладные исследования приоритетного направления, которые формируются как государственный заказ, включают разработки по особенностям эпидемиологии заболеваний сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, бронхолегочной патологии, холдовой травмы и туберкулеза. ...В результате данных исследований будут разработаны научно обоснованные модели профилактики и алгоритмы лечения этих заболеваний»¹.

В течение пяти лет на страницах журнала опубликовано свыше 20 оригинальных научных статей, посвященных молекулярно-генетическим, иммунологическим и биохимическим особенностям формирования здоровья и развития заболеваний в условиях Якутии. Обращает внимание высокий научный уровень публикаций по молекулярно-генетическим проблемам региона. Так, Ноговицина А.Н., Максимова Н.Р., Сухомясова А.Л. с соавторами в передовой статье журнала № 4 от 2004 г. сообщили о создании в республике генетического регистра наследственной и врожденной патологии. В регистре уже накоплены данные по 9000 больным с наследственными заболеваниями, и он уже оказывает неоценимую помощь в профилактике генетических заболеваний в республике. В статье «Приоритетные направления развития медицинской науки в Якутии: нейрогенетические исследования» (2003, №3) профессор Платонов Ф.А. приходит к выводу, что «... якутскую популяцию правомерно рассматривать как немногочисленную, генетически однородную

и изолированную нацию, среди которой можно проследить развитие и природу распространения заболеваний с наследственной и наследственно-предрасположенной патологией, что, несомненно, может пролить свет на проблему их профилактики в человеческих популяциях». Исследования генома якутской популяции и больных с наследственными формами патологии освещены в ряде статей Платонова Ф.А. (2004), Сухомясовой А.Л., Федоровой С.А. с соавт. (2003), Федоровой С.А., Беклемишевой М.А., Виллемс Р. с соавт. (2003), Осаковского В.Л., Шатунова А.Ю., Гольдфарб Л.Г., Платонова Ф.А. (2004), Барашкова Н.А., Терютина Ф.М., Сухомясовой А.Л. с соавт. (2006), Григорьевой Л.В., Романовой А.Н., Кылановой Е.С. с соавт. (2006), Максимовой Н.Р., Ноговицыной А.Н., Сухомясовой А.Л. с соавт. (2007), Николаевой И.А., Максимовой Н.Р., Николаевой Т.Я. с соавт. (2007). ДНК-тестирование позволило определить мутагенные гены, ответственные или имеющие определенное значение для развития наследственного нанизма у якутов, рассеянного склероза, спиноцеребральной атаксии 1-го типа, миотонической дистрофии и сахарного диабета. Данное направление исследований ЯНЦ будет продолжено, тематика исследований утверждена в СО РАМН.

За последние годы в Республике Саха (Якутия) интенсивно растет заболеваемость и смертность населения от проявлений атеросклероза: ишемической болезни сердца (инфаркта миокарда), острых нарушений мозгового кровообращения. Эти проблемы широко отражены в публикациях «Якутского медицинского журнала». По данным секционных исследований, увеличи-

НИКОЛАЕВ Валериан Парфеньевич – д.м.н., зам. директора ЯНЦ СО РАМН; **ТИХОНОВ Дмитрий Гаврильевич** – д.м.н., ген. директор объединения «Якуткурорт».

¹ Иванов А.И. Состояние и перспективы развития медицинской науки в Республике Саха (Якутия) / А.И. Иванов // Якутский мед. журнал. – 2003. – № 1. – С. 5-6.

лось количество тяжелых проявлений атеросклероза, его омоложение. В структуре патологоанатомических вскрытий удельный вес этих заболеваний вырос за последние десять лет в два раза. Так, удельный вес нарушений мозгового кровообращения в общей структуре летальных исходов вырос от 6,1% в 1980-82 гг. до 11,1% в 1999-2000 гг.² При этом среди коренного населения ишемический инсульт увеличился в 1,87 раза, а внутримозговое кровоизлияние – в 2,18 раза. Отмечено увеличение смертности коренного населения от инфаркта миокарда³, от ишемической болезни сердца и инсульта с тенденцией омоложения⁴. Прогнозируется ухудшение эпидемиологической ситуации в ближайшее время⁵.

К сожалению, вплоть до настоящего времени не выяснены причины резкого увеличения инфаркта миокарда и инсульта среди коренного населения Севера. С чем это связано? С резким изменением характера рациона или с другими неизвестными факторами?

Четкое знание уровня распространенности атеросклероза, особенностей его этиопатогенеза и факторов риска на Севере поможет в разработке эффективных методов профилактики заболеваний, поможет замедлить темпы его интенсивного роста на Севере. СО РАМН утвердило тему НИР для ЯНЦ по изучению проблем атеросклероза в качестве приоритетного задания. В настоящее время по этой проблеме разворачиваются серьезные научные исследования. Разрабатывается комплексная анкета по изучению сердечно-сосудистых заболеваний, создается банк данных, готовится мониторинг больных, которым прове-

дены углубленные кардиологические исследования сотрудниками ЯНЦ.

На страницах журнала опубликован ряд статей по проблеме онкопатологии. Много внимания уделяется выявлению риска развития онкологических заболеваний в регионе. Активно работает с журналом в этом направлении профессор П.М. Иванов с соавторами. Тема НИР «Распространенность онкопатологии и выявление риска ее развития, установление патогенетических основ индивидуальной чувствительности к противоопухолевым препаратам у больных в зависимости от этнической принадлежности» утверждена СО РАМН. Следует отметить, что нам предстоит наладить исследования по установлению патогенетических основ индивидуальной чувствительности к противоопухолевым препаратам у больных в зависимости от этнической принадлежности.

Проблеме подросткового здоровья на страницах журнала посвящен ряд статей. В дальнейшем этому направлению исследований нужно уделять более пристальное внимание редакции журнала. Необходимо практиковать публикацию заказных статей в виде научных обзоров по этой проблематике. Тема НИР по этому направлению работ является приоритетной для ЯНЦ, планируется усилить исследования по этой тематике.

На страницах журнала регулярно освещаются вопросы развития кардиохирургии в Республике Саха (Якутия). В.С. Петров, В.С. Попов (2007, №1) анализировали работу Республиканской больницы №1-НЦМ по оказанию высокотехнологичных видов медицинской помощи населению республики за 15 лет. Авторы пишут, что РБ №1-НЦМ по объему высокотехнологичных видов медицинской помощи в Дальневосточном ФО вышла на 1-е место. Так, произведено 2203 операции в кардиохирургическом отделении, из них 667 – в условиях искусственного кровообращения. Несмотря на это, авторы утверждают, что потребность в республике на кардиохирургические операции удовлетворяется всего лишь на 30 %. Попова Л.А., Васильев А.И., Федосеева А.К. с соавт. (2007, №1-2) опубликовали статьи о результатах использования метода временного внутрипросветного шунтирования при операциях на сонных артериях, хирургического лечения стенозов сонных артерий. Статья Петровой М.Н., Марковой О.Г., Саввиной Г.Р. с соавт. (2006, №3) посвящена эффективности имплантируемого кардиовертер-де-

фибриллятора при остановке сердца у больных, перенесших инфаркт миокарда и внезапную смерть.

Интересные статьи опубликованы в журнале под рубрикой «Страницы истории». Так, в трех номерах журнала (2006, №4–2007, №1-2) опубликованы воспоминания заслуженного врача ЯАССР Е.Я. Гостхоржевич, отдавшей много сил и энергии, посвятившей молодые годы и высокое профессиональное мастерство здравоохранению Якутии «Записки эпидемиолога (моя жизнь)». Содержательными являются и другие статьи, освещающие историю медицины, здравоохранения, медицинской науки и образования в республике.

Немало материалов было опубликовано по вопросам организации здравоохранения, медицинской науки и образования. Рубрика интересная и актуальная, хотелось бы, чтобы в ней выступили со статьями организаторы здравоохранения не только городских и республиканских, но и улусных (районных) лечебно-профилактических учреждений. По отзывам врачей и специалистов, в журнале большое внимание привлекает рубрика «Точка зрения», где авторы делятся своими взглядами на различные проблемы практического здравоохранения, медицинской науки и образования.

В конце 2006 г. в журнале была открыта рубрика «Трибуна главного специалиста», которая, по замыслу редколлегии, должна была стать действенным рупором для штатных и внештатных главных специалистов Министерства здравоохранения республики по профильным направлениям. Однако, к сожалению, на сегодня она таковой еще не стала.

В журнале мало материалов, авторами которых являются врачи, специалисты и организаторы здравоохранения сельского здравоохранения, где проблем достаточно много, но есть и позитивный опыт работы, которым можно было бы поделиться.

Следует отметить, что предложение редколлегии открыть самостоятельную рубрику санитарно-эпидемиологического направления было поддержано ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Саха (Якутия)», и она появилась под названием «Гигиена. Санитария. Эпидемиология и медицинская экология». Рубрику открыла статья В.Ф. Чернявского, И.Я. Егорова, С.С. Теленкова и соавт. «Концептуальное, нормативное и научно-методическое обеспечение в деятельности единой системы сани-

² Аргунов В.А. Атеросклероз сонных артерий и цереброваскулярная патология / В.А. Аргунов, С.А. Винничук // Якутский мед. журнал. – 2003. - № 4. – С. 6-10.

³ Аргунов В.А. О работе регистра инфаркта миокарда в г. Якутске / В.А. Аргунов [и др.] // Современные проблемы сердечно-сосудистой патологии на Крайнем Севере: материалы научно-практ. конф. (Якутск, октябрь, 2004 г.). – Якутск: НИИПК «Саха-полиграфиздат», 2004. – С. 16-17.

⁴ Романова А.Н. Атеросклероз коронарных артерий и частота основных факторов риска у мужчин якутской национальности с ишемической болезнью сердца / А.Н. Романова // Якутский мед. журнал. – 2006. - №3. – С. 6-9.

⁵ Алексеев В.П. Эпидемиология ИБС и особенности атеросклероза у мужчин Якутска / В.П. Алексеев [и др.] // Тер. архив. – 2001. - № 1. – С. 12-17.

тарно-эпидемиологического надзора в Республике Саха (Якутия)» (2007 №1). В последующих номерах журнала эта рубрика была представлена интересными материалами.

Редколлегия «Якутского медицинского журнала» в 2003 и 2004 гг. подвела итоги активности авторов и пользователей журнала по ряду номинаций. По итогам 2003 г. в номинациях победителями стали:

«Активный автор «Якутского медицинского журнала» - кандидат медицинских наук» – зав. лабораторией телемедицины и информационного обеспечения отдела клинической медицины и информационных технологий ЯНЦ РАМН и Правительства РС (Я) М.Х. Николаев, за серию оригинальных статей и публикацию в рубрике «Точка зрения»;

«Активный автор «ЯМЖ» – доктор медицинских наук» – генеральный директор объединения «Якуткурорт» профессор Д.Г. Тихонов, за публикацию статей и материалов в рубриках «Медицинская наука и здравоохранение за рубежом», «Здоровый образ жизни. Профилактика» и «Точка зрения»;

«Активный автор «ЯМЖ» - врач» - врач-ординатор отделения урологии и литотрипсии РБ №1-НЦМ А.Н. Габышев за серию публикаций в рубрике «Случай из практики»;

«Активный автор «ЯМЖ» - не медицинский работник» - гл. специалист отдела кадров ЯНЦ РАМН и Правительства РС (Я) Н.Н. Китаева, за серию материалов в рубрике «Комментарий юриста»;

«Активный пользователь «ЯМЖ»» - Вилюйская центральная улусная больница (гл. врач В.И. Тимофеев).

По итогам 2004 г. отмечены:

«Активный автор «Якутского медицинского журнала» - руководитель лечебно-профилактического учреждения» – генеральный директор объединения «Якуткурорт», д.м.н., профессор Д.Г. Тихонов, за серию материалов, посвященных практическому здравоохранению, и публикации в рубрике «Точка зрения»; «Активный автор «ЯМЖ» - преподаватель вуза» - д.м.н., профессор, зав. курсом кли-

нической фармакологии кафедры педиатрии МИ ЯГУ им. М.К. Аммосова Н.С. Платонова, за серию материалов по иммунологии и аллергологии, посвященных практическим врачам; «Активный автор «ЯМЖ» - преподаватель суза» - зам. директора по научно-методической работе Якутского базового медицинского колледжа к.м.н. Н.И. Ядреева, за материалы по реформе сестринского дела в РС (Я) и истории среднего медицинского образования в Якутии; «Активный автор «ЯМЖ» - научно-исследовательское (лечебно-профилактическое) учреждение (отдел, лаборатория)» - отдел биохимии и иммунологии ЯНЦ РАМН и Правительства РС (Я) (рук. – д.б.н. Г.Е. Миронова), за серию публикаций в журнале и приложениях к «ЯМЖ» №2 и 3; «Активный авторский коллектив «ЯМЖ» - врачи-гинекологи ПЦ РБ №1-НЦМ О.М. Колесова, Г.И. Николаева, А.А. Аргунова, Н.Ю. Бадмажапова и доцент кафедры акушерства и гинекологии МИ ЯГУ им. М.К. Аммосова к.м.н. М.И. Соловьева, за публикации в рубрике «Оригинальные статьи»; «Активный автор «ЯМЖ» - врач сельского звена здравоохранения» - врач-терапевт Среднеколымской ЦУБ им. С.И. Мицкевича В.А. Третьякова; «Активный организатор публикаций и пропагандист «ЯМЖ» - начальник отдела по работе с учреждениями социального обслуживания Министерства труда и социального развития РС (Я) П.А. Семенов за подготовку серии материалов по вопросам медико-социальной реабилитации лиц пожилого и старческого возраста и инвалидов; «Активный автор и пропагандист «ЯМЖ» - зав. лабораторией Института здоровья АН РС (Я), д.м.н. Л.Ф. Тимофеев, за серию материалов в рубрике «Организация здравоохранения и медицинской науки».

В первом номере «Якутского медицинского журнала» были напечатаны советы Д. Тервел-Джонс (перепечатка из ж-ла «Врач») под названием «Как написать научную медицинскую статью» (№1 – С. 52), в которых в очень лаконичном стиле и понятной форме изложены общепринятые правила написания научной статьи. И в после-

дующем редколлегия журнала постоянно публиковала методические материалы в помощь врачам, научным работникам и организаторам здравоохранения. Большим интересом среди читателей журнала пользовалась рубрика «Комментарий юриста». На страницах журнала постоянно публиковались официальные документы и материалы учредителя, соучредителей, Министерства здравоохранения республики, материалы научно-практических конференций и других научных форумов и мероприятий. Поэтому можно с большой уверенностью сказать, что «Якутский медицинский журнал» стал организационно-методическим и научно-организационным печатным органом медицинской общности, научного медицинского и образовательного сообщества.

В июле 2007 г. «Якутский медицинский журнал» был включен в утвержденный ВАК РФ «Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых рекомендуется публикация основных научных результатов диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук по биологической науке и медицине», что значительно расширяет возможность напечатания материалов исследований ученых республики, желающих получить ученую степень. Включение «ЯМЖ» в «Перечень ВАК ...» наглядно свидетельствует о высокой оценке пятилетней работы редколлегии журнала и всех авторов статей, опубликованных в журнале за эти пять лет.

В заключение следует сказать, что есть более чем достаточные основания и доводы для позитивной оценки деятельности «Якутского медицинского журнала» за 5 лет, в течение которых происходило его становление как профессионального научно-практического издания, востребованного работниками медицинской науки и образования, практического здравоохранения. В связи с этим надо полагать, что редколлегию, редакционный совет, авторов и пользователей «Якутского медицинского журнала» впереди ждет еще более интересная, творческая и перспективная работа. Надеемся, что мы сделаем это вместе.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИСЛЕДОВАНИЯ

О.В. Кобылина, Т.Я. Николаева

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ
РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО
ИНСУЛЬТА В ЯКУТСКОЙ ЭТНИЧЕСКОЙ
ГРУППЕ

Цель работы: сравнительный анализ факторов риска развития ишемического инсульта в группе больных инсультом в зависимости от пола, анализ частоты встречаемости факторов риска среди больных и здоровых людей якутской национальности.

Материалы и методы. Методом случай-контроль проведено исследование основных факторов риска развития ишемического инсульта (артериальная гипертония, наследственность, кардиальная патология, сахарный диабет и др.) в двух группах. Первую группу составили 123 больных, вторую - 129 здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Исследование проводилось на базе нейрососудистого отделения РБ№2 - ЦЭМП. Контрольная группа была собрана методом случайной выборки.

Результаты. На первом месте по частоте встречаемости находится артериальная гипертония, затем наследственная предрасположенность, на последнем – сахарный диабет и злоупотребление алкоголем. Курение было зарегистрировано больше у мужчин ($p < 0,0005$), а избыточная масса тела встречалась чаще у женщин ($p < 0,02$). Выявлено статистически достоверное повышение частоты встречаемости в группе больных таких факторов риска, как артериальная гипертония ($p < 0,001$), курение ($p < 0,00005$), избыточная масса тела ($p < 0,0005$).

Выводы. Среди якутского населения отмечается четкая тенденция к росту ишемического инсульта, связанная в первую очередь с высокой распространенностью артериальной гипертензии, неадекватностью ее лечения.

The purpose of research: By the comparative analysis of risk factors of development of an ischemic stroke in group of patients with stroke depending on sex, the analysis of frequency of occurrence of risk factors in group of patients and group of the control in the Yakut ethnic group.

Materials and methods. By the method "case-control" we carried out research of major factors of risk of development of an ischemic stroke (an arterial hypertension, a heredity, cardiac pathology, diabetes mellitus, etc.) in two groups. The first group have made 123 patients, the second one have made 129 healthy persons of the Yakut nationality comparable on sex and age. Research was spent on the basis of the Neurovascular branch of RHN#2 - CUMC. The control group has been collected by a method of casual sample.

Results. On the first place on frequency of occurrence, there is an arterial hypertension, then hereditary predisposition, on the last - diabetes mellitus and abusing alcohol. Smoking has been registered more at men ($p < 0,0005$), and the overweight of body met more often at women ($p < 0,02$). Statistically authentic increase of frequency of occurrence in group of sick such risk factors, as an arterial hypertension ($p < 0,001$), smoking ($p < 0,00005$), overweight of body ($p < 0,0005$) is revealed.

Conclusions. In Yakutia the precise tendency to growth of the ischemic stroke, connected first of all with high prevalence of an arterial hypertension, inadequacy of its treatment is marked.

Введение

Острые нарушения мозгового кровообращения - актуальная медицинская и социальная проблема. Они занимают ведущее место в структуре заболеваемости и смертности в экономически развитых странах и являются лидирующей причиной инвалидизации населения. В России ежегодно регистрируется 400-450 тыс. новых случаев инсульта, отмечается увеличение распространенности заболевания у лиц трудоспособного возраста. В структуре инсульта преобладают ишемические инсульты (ИИ), доля которых составляет около 70% [7]. С созданием Национальной ассоциации по борьбе с инсультом появилась возможность получения точных эпидемиологических данных, анализа факторов риска, оказывающих воздействие на возникновение и течение заболевания в популяциях отдельных регионов с учетом их географических и этнических особенностей.

КОБЫЛИНА Ольга Васильевна – врач-невролог нейрососудистого отд. РБ №2-ЦЭМП; **НИКОЛАЕВА Татьяна Яковлевна** – д.м.н., проф., зав. кафедрой МИ ЯГУ.

Одним из регионов с неблагоприятной обстановкой в отношении цереброваскулярной патологии является Республика Саха (Якутия), в которой наблюдается четкая тенденция роста смертности от инсульта. До недавнего времени было общепринято, что среди аборигенов Крайнего Севера России такие «болезни цивилизации», как ИБС и АГ, встречались редко [1]. В 1982 г. у приезжего населения Якутии частота ИБС составляла 12%, в группе якутов-горожан – 9,1% и у якутов, проживающих в сельской местности – 7,8%. По данным регистра мозгового инсульта, проведенного в те же годы, частота ИИ среди приезжих была выше, чем среди коренных жителей республики. Вместе с тем цереброваскулярная патология как причина смерти у мужчин-якутов встречалась чаще, чем у приезжих мужчин [4]. В последнее время в связи с интенсивным экономическим, научно-техническим освоением северных территорий, изменением их экологии и связанным с этим изменением традиционного образа жизни коренного населения Севера ситуация изменилась в сторону возрастания

заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистой патологии.

В настоящее время самое пристальное внимание неврологов привлекает выявление наиболее ранних патологических процессов, которые в перспективе могут привести к необратимым изменениям мозговых структур. Изучение факторов риска (ФР), предикторов возможных нарушений мозгового кровообращения становится приоритетным направлением в ангионеврологии. Оценивая ФР развития инсульта, можно назвать это заболевание многофакторным. Рассматриваются следующие группы ФР: установленные (бесспорные), предполагаемые (спорные), управляемые (т.е. поддающиеся контролю), неуправляемые, основные, второстепенные, социально-культурные (курение, образ жизни, нерациональное питание), ассоциированные с основным заболеванием (АГ, нарушение липидного обмена, сахарный диабет, транзиторные ишемические атаки и др.). Анализ литературы свидетельствует, что большинство исследователей в качестве факторов риска ИИ

рассматривают весь комплекс, хотя в ряде случаев приходят к выводу о независимом характере действия отдельных из них. Все это свидетельствует о сложности проблемы, но в то же время и о необходимости ее интенсивной разработки [3].

В данной работе мы исследовали основные факторы риска развития ИИ в группе больных-якутов в зависимости от пола и провели сравнительный анализ частоты встречаемости исследуемых ФР в группе больных и группе контроля.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе нейрососудистого отделения РБ №2 – Центра экстренной медицинской помощи г. Якутска. Группа больных составила 123 чел. якутской национальности (87 мужчин, средний возраст $50,4 \pm 0,89$ и 36 женщин, средний возраст $48,3 \pm 1,38$) с ишемическим инсультом в каротидном бассейне. Группа больных была собрана методом случайной выборки, в которую вошли индивиды, у которых этническая принадлежность учитывалась по материнской линии до третьего поколения.

В группу контроля вошло 129 чел. той же национальности (средний возраст $49,3 \pm 1,02$), не имеющих в анамнезе перенесенных инсультов и инфарктов и сопоставимых по полу и возрасту с группой больных. Допускалось включение в группу контроля лиц с АГ. Артериальная гипертония регистрировалась в случае увеличения САД более 140 мм рт. ст., ДАД – более 90 мм рт. ст. Диагноз ИИ ставился на основании анамнестических сведений, результатов неврологического осмотра и данных дополнительного обследования (компьютерной томографии, ультразвукового исследования магистральных сосудов). Всем больным проводили детальный анализ факторов риска сосудистой патологии головного мозга и семейного анамнеза. Полученные результаты были подвергнуты статистической обработке с использованием программы «SPSS 10,0» для Windows. Значение вероятности (p) оценивали с помощью точного критерия Фишера. Статистически значимыми считали различие сравниваемых величин при значении $p < 0,05$.

Результаты

Анализ факторов риска среди группы больных (123 чел.) показал, что на первом месте по частоте встречаемости находится артериальная гипертония, затем в порядке убывания наследственная предрасположенность, гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ), гиперхолестеринемия, курение, избы-

Таблица 1
Частота встречаемости основных факторов риска развития ишемического инсульта у 123 больных якутской этнической группы

Фактор риска	Абс. кол-во	% отношение
Артериальная гипертония	98	79,7
Наследственная отягощенность по сердечно-сосудистым заболеваниям	92	74,8
Гипертрофия левого желудочка	90	73,2
Гиперхолестеринемия	78	63,4
Курение	72	58,5
Избыточная масса тела (ИМТ>25)	57	46,3
Заболевания сердца	20	16,2
Наличие в анамнезе ИМ	20	16,2
Мерцательная аритмия	17	13,8
Злоупотребление алкоголем	17	13,8
Сахарный диабет	14	11,3

Таблица 2
Частота встречаемости факторов риска развития ишемического инсульта у якутов в зависимости от пола

Фактор риска	Мужчины (n=87)		Женщины (n=36)		Значение p
	абс.	%	абс.	%	
Артериальная гипертония	71	81,6	27	75	нд
Наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям	66	75,9	26	72,2	нд
Гипертрофия левого желудочка	66	75,9	24	66,6	нд
Заболевание сердца	11	12,6	9	25	нд
Гиперхолестеринемия	59	67,8	19	52,7	нд
Курение	60	69	12	33,3	$p < 0,0005$
Избыточная масса тела (ИМТ>25)	34	39	23	63,9	$p < 0,02$
Наличие в анамнезе ИМ	17	19,5	3	8,3	нд
Мерцательная аритмия	8	9,2	9	25	нд
Злоупотребление алкоголем	14	16,1	3	8,3	нд
Сахарный диабет	9	10,3	5	13,9	нд

Таблица 3
Соотношение анализируемых факторов риска в группе больных и в группе контроля

Фактор риска	Больные ИИ (n=123)		Контроль (n=129)		Значение P
	абс.	%	абс.	%	
Артериальная гипертония	98	79,7	49	37,9	$p < 0,001$
Наследственность	92	74,8	87	67,4	нд
Курение	72	58,5	42	32,5	$p < 0,00005$
Избыточная масса тела (ИМТ>25)	57	46,3	32	24,8	$p < 0,0005$

точная масса тела, заболевания сердца, наличие в анамнезе инфаркта миокарда (ИМ), мерцательная аритмия и на последнем – злоупотребление алкоголем и сахарный диабет (СД) (табл.1).

Для выявления гендерных различий в распространенности изучаемых факторов риска развития ИИ был проведен анализ их частоты отдельно в группе мужчин и отдельно в группе женщин (табл.2).

Из таблицы видно, что из исследуемых факторов риска статистически достоверные различия были выявлены только для таких показателей, как курение и избыточная масса тела с ИМТ>25. Курение было зарегистри-

ровано больше у мужчин (69% против 33,3 у женщин, $p < 0,0005$), а избыточная масса тела встречалась чаще у женщин (63,9% против 39 у мужчин, $p < 0,02$). Исходя из данных, приведенных в таблице, у женщин выше показатели заболевания сердца и мерцательной аритмии, а у мужчин – гиперхолестеринемии и злоупотребления алкоголем, однако эти различия не достигли статистически значимых величин.

В табл. 3 проведен сравнительный анализ основных факторов риска в группе больных и группе контроля. При проведении анкетирования в группе контроля учитывались такие ФР, как артериальная гипертония, курение,

злоупотребление алкоголем, избыточная масса тела. Представленные в таблице данные свидетельствуют о статистически достоверном повышении частоты встречаемости в группе больных этих факторов риска.

Обсуждение и выводы

Частота инсульта различна у разных этнических групп. Так, азиаты, особенно китайцы и японцы, более подвержены инсульту, чем европейцы. Среди жителей Новой Зеландии раннее возникновение и высокая частота ишемического инсульта отмечены у народности майори [9]. В Якутии анализ заболеваемости в 2004 г. показал, что у коренного населения данный показатель ниже (1,12 на 1000), чем у русских (1,96 на 1000), но выше показателей 1981 г. (0,86 на 1000), т.е. отмечается четкая тенденция к увеличению распространенности ИИ [8]. Заболеваемость инсультом среди мужчин в группе исследуемых нами больных выше, чем у женщин, что подтверждается предыдущими исследованиями, проведенными в Якутии, и сопоставимо с литературными данными [5,11,17].

Артериальная гипертония является одним из наиболее частых и одним из устранимых факторов риска развития ИИ, причем риск последнего возрастает даже при умеренном повышении АД. Изучение эпидемиологической ситуации в России и Якутии показало, что частота АГ среди русского и якутского населения значительно выше среднего показателя для большинства европейского населения европейских стран [5]. Проведенные в Китае эпидемиологические исследования показали, что почти половина больных, умирающих от инсульта, страдает артериальной гипертонией [12]. В нашем исследовании у якутов, страдающих ИИ, артериальная гипертония как фактор риска встречалась у подавляющего числа больных (98 чел. – 79,7%), а также была зарегистрирована у 37,9% здоровых лиц, включенных в контрольную группу. По данным Иванова К.И. (2003), распространенность АГ у коренных якутов составила 29,3%, тогда как 20 лет назад эти цифры были более чем в 2 раза ниже и составляли 11,6%. Очевидно, можно говорить о резком увеличении распространенности АГ в Якутии среди коренного населения, что могло явиться одной из причин роста заболеваемости инсультом среди населения республики.

Установлено, что ИИ относится к комплексным заболеваниям, развитие, клиническое течение и исход ко-

торых во многом обусловлены как влиянием факторов внешней среды, так и *наследственной предрасположенностью*. Наличие инсульта в анамнезе у кого-либо из родителей увеличивает риск его развития у пробандов. Этому могут способствовать передаваемые по наследству факторы риска развития инсульта, наследование восприимчивости к воздействию определенных факторов риска, влияние семьи на образ жизни, культурно-социальные особенности, взаимодействие между генетическими факторами и окружающей средой [2]. Наследственная отягощенность по сердечно-сосудистым заболеваниям в нашей группе является вторым по величине фактором риска развития ИИ (74,8%), причем частота встречаемости этого ФР примерно одинакова в группе больных и группе контроля.

С повышением систолического давления увеличивается *масса левого желудочка*. ГЛЖ повышает риск сердечной недостаточности в 5-8 раз, а ИБС и инсульта – в 5 раз. Больные с признаками ГЛЖ на ЭКГ подвергаются в пять раз большему риску смерти от остановки сердца. У женщин была выявлена зависимость развития инсульта от степени ГЛЖ [10]. В существующем исследовании ГЛЖ является третьим по значимости фактором риска развития инсульта у якутов, как в группе мужчин, так и в группе женщин.

Важную роль в развитии ИИ играет *атеросклероз сосудов головного мозга* и его сочетание с АГ. Около 50% ИИ являются тромботическим или эмболическим осложнением атеросклеротического процесса в артериях крупного, среднего и мелкого калибра. Таким образом, морфологической основой ИИ в большинстве случаев является атеросклероз сосудов головного мозга [2]. Исследования липидного спектра у коренного населения Якутии показали высокий уровень холестерина в сыворотке крови, что сопоставимо с нашими данными. Данный факт рассматривается как генетически обусловленный физиологический уровень холестерина, связанный с особенностями питания в экстремальных климатических условиях Крайнего Севера [1]. Поэтому гиперхолестеринемия как фактор риска в какой-то степени уменьшает свою значимость.

Курение представляет существенный и устранимый фактор риска. Доказано, что курение увеличивает риск инсульта вдвое, имеется также отчетливый дозозависимый эффект. Предполагают, что роль курения как фак-

тора риска обусловлена изменением реологических свойств крови, за счет нарушения фибринолиза и склонности к тромбообразованию, и атеросклерозом [16,17]. У коренного населения Якутии, страдающего ИИ, курение явилось умеренным фактором риска со статистически достоверным увеличением числа курильщиков у мужчин, основная масса которых выкуривала одну пачку сигарет в сутки.

Избыточный вес – не только ФР развития сосудистых заболеваний, но и фактор, ухудшающий качество жизни. Выявлена достоверная связь между избыточной массой тела и выраженностью коронарного атеросклероза в мужской популяции, независимо от наличия или отсутствия артериальной гипертонии и сахарного диабета [15, 17]. Suk S-H. [18] установил связь ожирения с ИИ в нескольких расовых группах и преимущественно у женщин. Причем автор подчеркивал связь именно между брюшным ожирением с ИИ, где имеет значение не индекс массы тела, а соотношение объема талии и бедер [18]. В нашей группе избыточная масса тела также превалировала у женщин (63,9% против 39 у мужчин, $p < 0,02$), но определялась она только по индексу массы тела.

Частой причиной развития ишемического инсульта являются кардиогенная эмболия, особенно если причиной развития эмболии становится *мерцательная аритмия* ревматического и неревматического генеза, недавно перенесенный инфаркт миокарда, дилатационная кардиомиопатия, искусственный клапан сердца, ревматический митральный стеноз. Средний абсолютный риск развития инсульта у больных с неревматической мерцательной аритмией, не получающих антикоагулянты, составляет примерно 5% в год (в 6 раз выше, чем у больных с синусовым ритмом) [7, 11]. У обследованных якутов общий процент сердечной патологии достаточно низок (мерцательная аритмия – 13,8%, наличие в анамнезе ИМ – 16,2 и заболевание сердца – 16,2%).

Взаимосвязь между ишемическим инсультом и *употреблением алкоголя* отмечена во многих исследованиях. Авторы подчеркивают повышение артериального давления, возникновение мерцательной аритмии и кардиомиопатии при значительном употреблении алкоголя, что в свою очередь может привести к эмболии из камер сердца в сосуды головного мозга, увеличивая риск развития инсульта почти вдвое. Показано, что употребление алкоголя

имеет дозозависимый эффект в развитии атеросклероза. По данным большинства исследований, риск инсульта в 1,6 раза выше у лиц, никогда не употреблявших алкоголь, по сравнению с иногда употребляющими. Кроме того, был выявлен повышенный риск кардиогенной эмболии в ближайшие 24 часа после употребления алкоголя в дозе 40 г у лиц с возможными источниками эмболии [13]. В нашей группе больных алкоголем злоупотребляли 17 чел. (13,8%).

Одним из самых спорных и обсуждаемых ФР развития ишемического инсульта во всех этнических группах является *сахарный диабет*. Летальность у больных с СД выше, чем у больных, не страдающих этим заболеванием. Наличие СД повышает риск развития инсульта в 1,8–4 раза [14, 17]. СД является независимым ФР повторного инсульта, а также повышает риск смерти у выживших через 30 дней. У больных с СД чаще встречаются АГ, ожирение, гиперхолестеринемия, рано развивается атеросклероз. В возникновении лакунарных инсультов у больных с сахарным диабетом значительную роль играет поражение мелких сосудов головного мозга [17]. Кроме того, острая гипергликемия вызывает нарушение реактивности сосудистой стенки, влияя на выработку окиси азота и простагландинов. В якутской популяции сахарный диабет встречался реже остальных факторов риска, составляя 11,3%.

По литературным данным известно, что низкая распространенность СД и избыточной массы тела у коренных жителей Севера связана с особым «экономным» типом метаболизма, включающим в себя мощные механизмы антиатерогенной защиты, а также низкие, по сравнению с пришлым населением, уровни тиреоидных гормонов и инсулина [1]. Вместе с тем наблюдаемый с изменением традиционного образа жизни значительный рост распространенности АГ в самом ближайшем будущем, несомненно, коснется и таких ФР, как ожирение и

СД, что может повлиять на рост заболеваемости инсультом.

Сравнительный анализ факторов риска в группе больных и группе контроля, сопоставимых по полу и возрасту, показал статистически достоверное увеличение распространенности в группе больных артериальной гипертензии, курения и избыточной массы тела. Наследственная отягощенность по сердечно-сосудистым заболеваниям примерно одинакова в обеих группах. Учитывая многофакторность ИИ, очевидно, что для развития заболевания, помимо исследованных факторов риска, имеют значение еще и факторы внешней среды, образ жизни, а также исследование молекулярно-генетических основ формирования ишемического повреждения головного мозга.

Исходя из всего вышеизложенного, можно сделать вывод, что в Якутии отмечается четкая тенденция к росту ишемического инсульта, связанная в первую очередь с высокой распространенностью артериальной гипертензии, неадекватностью ее лечения, а также с ростом заболеваемости сахарным диабетом и, возможно, с изменением условий жизни коренного населения, включающим механизацию ручного труда, сидячий образ жизни, изменение диеты.

Литература

1. **Алексеев В.П.** Особенности развития атеросклероза и ИБС, их патоморфоз у коренного и пришлого населения Крайнего Севера (эпидемиологическое и патолого-анатомическое исследование): дис. ... д-ра мед. наук / В.П. Алексеев. – М., 1990. – 464 с.
2. **Верещагин Н.В.** Гетерогенность инсульта: взгляд с позиций клинициста / Н.В. Верещагин // Инсульт. – 2003. – 9. – С.8-10.
3. **Джибладзе Д.Н.** Патология сонных артерий и проблема ишемического инсульта / Д.Н. Джибладзе. – М., 2002. – С.12-53.
4. **Кузьмина З.М.** Регистр мозгового инсульта в условиях г. Якутска / З.М. Кузьмина // Вопросы физиологии и патологии человека региона Якутии. – Якутск, 1984. – С.85-86.
5. **Николаева Т.Я.** Ишемический инсульт в Восточно-Сибирском регионе: эпидемиология, факторы риска, клинико-ге-

нетические и нейроиммунные механизмы: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Т.Я. Николаева. – М., 2006.

6. **Ноздрачев К.Г.** Особенности липидно-гормональных ассоциаций у коренных и пришлых жителей Севера при ИБС и ее факторы риска: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / К.Г. Ноздрачев. – М., 1999. – С.49.

7. **Скворцова В.И.** Ишемический инсульт / В.И. Скворцова., М.А. Евзельман. – Орел, 2006. – С.22-27.

8. **Третьякова Н.Н.** Эпидемиология и этнические особенности инсульта в г. Якутске (по данным регистра): автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.Н. Третьякова. – М., 2006.

9. **Bonita R.** Ethnic Difference in Stroke Incidence and Case Fatality in Auckland, New Zealand / R. Bonita, J.B. Broad, R. Beaglehole // Stroke. – 1997. – 28:4. – P.758-761.

10. **Di Tillio M.R.** Left Atrial Size and the Risk of Ischemic Stroke in an Ethnically Mixed Population / M.R. Di Tillio [et al.] // Ibid. – 1999. – 30:10. – P.2019-2024.

11. **Goldstein L.B.** Primary Prevention of Ischemic Stroke. The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline / L.B. Goldstein [et al.] // Circulation. – 2006. – 113. – P.873-923.

12. **He J.** Stroke in the People's Republic of China. II Meta-Analysis of Hypertension and Risk of Stroke / J. He [et al.] // Stroke. – 1995. – 26:12. – P.2228-2232.

13. **Iso H., Baba Sh., Mannami T., Sasaki S., Okada K., Konishi M., Tsugane Sh.** et al. Alcohol Consumption and Risk of Stroke Among Middle-Aged Men: The JPHC Study Cohort I / Iso H. [et al.] // Ibid. – 2004. – 35. – P.1124.

14. **Karapanayiotides Th.** Stroke patterns, etiology, and prognosis in patients with diabetes mellitus / Th. Karapanayiotides [et al.] // Neurology. – 2004. – 62. – P.1558-1562.

15. **Kurth T.** Body Mass Index and the Risk of Stroke in Men / T. Kurth [et al.] // Arch Intern Med. – 2002. – 162. – P.2557-2562.

16. **Mast H.** Cigarette Smoking as a Determinant of High Grade Carotid Artery Stenosis in Hispanic, Black, and White Patients With Stroke of Transient Ischemic Attack / Mast H. [et al.] // Stroke. – 1998. – 29b:5. – P.908-912.

17. **Sacco RL.** Guidelines for Prevention of Stroke in Patients With Ischemic Stroke or Transient Ischemic Attack / R.L. Sacco [et al.] // Circulation. – 2006. – 113. – P.409-449.

18. **Suk S-H.** Abdominal Obesity and Risk of Ischemic Stroke. The Northern Manhattan Stroke Study / Suk S-H. [et al.] // Stroke. – 2003. – 34. – P.1586.

О.П. Шевченко, Л.В. Харламова, Д.Х. Кушхова, О.В. Орлова,
Л.В. Дайбанырова, А.О. Шевченко

УРОВЕНЬ НЕОПТЕРИНА В КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Введение. Неоптерин (НП) относится к птеридинам, которые представляют собой гетерогенную группу веществ, производных гуанозинтрифосфата, уровень которых повышается при активации макрофагов в ответ на стимуляцию интерферона- γ . Повышение уровней неоптерина отмечается при остром коронарном синдроме и при различных патологических состояниях, сопровождающихся воспалительными-деструктивными изменениями.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь содержания неоптерина в крови у больных с различными формами ишемической болезни сердца.

Материалы и методы. В исследование включены 110 лиц (43 женщины и 67 мужчин) в возрасте от 35 до 80 лет (средний возраст составил $67,9 \pm 7,6$ лет): 17 больных инфарктом миокарда, 38 больных нестабильной стенокардией, 40 пациентов со стенокардией напряжения, 15 здоровых лиц. Помимо рутинных клинических исследований, у всех определялись уровни НП, sVCAM-1, интерлейкина-6 (ИЛ-6) и С-реактивного белка (СРБ) при помощи высокочувствительных иммуноферментных методов.

Результаты. Уровни неоптерина достоверно коррелировали с содержанием СРБ ($r = 0,69$, $p = 0,01$), ИЛ-6 ($r = 0,36$, $p = 0,03$) и sVCAM-1 ($r = 0,42$, $p = 0,043$). Содержание НП, sVCAM-1, ИЛ-6 и СРБ в крови здоровых лиц и у больных стенокардией напряжения достоверно не отличалось. По сравнению с больными стенокардией напряжения у больных нестабильной стенокардией повышены уровни неоптерина – $9,3 \pm 4,9$ нмоль/л vs $14,9 \pm 8,6$ ($p < 0,05$) и СРБ – $4,9 \pm 3,9$ мг/л vs $11,2 \pm 10,4$ ($p < 0,05$).

Заключение. Неоптерин является маркером, участвующим в патогенезе ИБС; уровни его в крови коррелируют с выраженностью системного воспаления и повышены у больных с ОКС.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, неоптерин, воспаление.

Introduction. Neopterin (NP) concerns to pteridines which represent heterogeneous group of the substances derivative of the guanosinetriphosphate which level raises at activation of macrophages in reply to stimulation of interferon - γ . Increase of neopterin levels is marked in acute coronary syndrome and in the various pathological states, accompanied by inflammatory-destructive changes.

The purpose of research. To study interrelation of the neopterin content in blood in patients with various forms of ischemic heart disease.

Materials and methods. 110 persons (43 women and 67 men) are included in research in the age of from 35 till 80 years (middle age has made $67,9 \pm 7,6$ years): 17 patients with myocardial infarction, 38 patients with unstable angina pectoris, 40 patients with angina of exertion, 15 healthy persons. Besides routine clinical researches, in the all NP levels, sVCAM-1, interleukine-6 (IL-6) and C-reactive protein (CRP) by means of high-sensitive immunoferment methods were defined.

Results. Neopterin levels authentically correlated with CRP content ($r = 0,42$, $p = 0,01$), IL-6 ($r = 0,36$, $p = 0,03$) and sVCAM-1 ($r = 0,42$, $p = 0,043$). Content of NP, sVCAM-1, IL-6 and CRP in blood of healthy persons and in patients with angina of exertion authentically did not differ. In comparison with the patients with angina of exertion, in patients with unstable angina pectoris neopterin levels are higher – $9,3 \pm 4,9$ nmol/l vs $14,9 \pm 8,6$ ($p < 0,05$) and CRP – $4,9 \pm 3,9$ mg/l vs $11,2 \pm 10,4$ ($p < 0,05$).

The conclusion. Neopterin is a marker participating in IHD pathogenesis; its levels in blood correlate with expressiveness of a system inflammation and are higher in patients with acute coronary syndrome (ACS).

Keywords: acute coronary syndrome, neopterin, inflammation.

Воспаление играет важную роль в процессах атерогенеза, способствуя прогрессированию изменений и развитию осложнений у больных ишемической болезнью сердца (ИБС). Важными клеточными элементами воспаления при атеросклерозе являются макрофаги. Активация воспаления при атеросклерозе сопровождается увеличением количества макрофагов и усилением их протеолитической активности. Последнее сопровождается коллагенолизом фиброзной покрышки, которая ограждает кровь от контакта с

высокотромбогенными субстанциями липидного ядра атеросклеротической бляшки. Истончение, потеря прочности и повреждение фиброзной покрышки атеросклеротической бляшки под влиянием воспалительных процессов запускают процессы тромбообразования в просвете артерии и поэтому являются основной причиной развития острого коронарного синдрома [1,3,4,14].

Неоптерин (НП) является продуктом активированных макрофагов и служит важным маркером активности воспаления. Он представляет собой производное птеридина, образующееся в результате метаболизма гуанозин-трифосфата и выступает в качестве предшественника при синтезе биооптерина, который в свою очередь является важным кофактором в синтезе нейромедиаторов. НП вырабатывается макрофагами в ответ на стимуляцию интерфероном- γ и фактором некроза опухоли – α [2,6,16].

Повышенное содержание НП в сыворотке крови было выявлено у больных с выраженным атеросклерозом сонных, коронарных и периферических артерий в течение первой недели острого инфаркта миокарда [8,9,10,17].

Повышение концентраций НП и С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови у больных со стабильной и нестабильной стенокардией имеет неблагоприятное прогностическое значение [1,4,5,13]. Концентрация НП выше в атеросклеротических бляшках, чем в неизмененной сосудистой стенке и существенно повышена в бляшках, имеющих высокую активность воспаления. Результаты клинических исследований показали, что у больных ИБС с высокими уровнями НП в крови чаще возникают острые коронарные синдромы, у них хуже прогноз, при коронароангиографическом исследовании выявляется более быстрое прогрессирование стенозирования коронарных

Сотрудники ФУВ ГОУ ВПО РГМУ: **ШЕВЧЕНКО Олег Петрович** – д.м.н., зав. кафедрой; **ХАРЛАМОВА Любовь Васильевна** – аспирант; **КУШХОВА Дина Хасбиевна** – аспирант; **ШЕВЧЕНКО Алексей Олегович** – д.м.н., ассистент каф. кардиологии; **ОРЛОВА Ольга Владимировна** – к.м.н., с.н.с. ФГУ «НИИ трансплантологии и искусственных органов Росмедтехнологий»; **ДАЙБАНЫРОВА Лилия Владимировна** – к.м.н., доцент МИ ЯГУ.

артерий [10,19]. В то же время истинная роль НП в клинической практике до конца не изучена.

Целью настоящего исследования было оценить содержание неоптерина в крови у больных в плазме крови с различными клиническими формами ИБС и его связь с концентрацией других маркеров воспаления.

Материалы и методы

Под наблюдением находились 95 больных ИБС (34 женщины и 61 мужчина) в возрасте от 35 до 80 лет (средний возраст составил $67,9 \pm 7,6$ лет), которые были госпитализированы в кардиологическое отделение Клинической больницы УД Президента РФ. Среди обследуемых у 40 больных была стабильная стенокардия напряжения (СШН), у 38 – нестабильная стенокардия (НС), у 17 – инфаркт миокарда (ИМ). Диагноз инфаркта миокарда основывался на выявлении характерных клинических признаков (ангиозные боли в грудной клетке продолжительностью 30 мин и более), повышения уровней в крови кардиальных маркеров (МВ КФК и тропонина Т), а также характерных для инфаркта миокарда изменений на электрокардиограмме (ЭКГ).

У всех больных с нестабильной стенокардией наблюдалось снижение толерантности к нагрузке и появление приступов стенокардии в покое, при этом отсутствовали стойкие изменения сегмента ST или зубца Т, повышение уровней МВ КФК и тропонина Т. Диагноз СШН основывался на выявлении типичных приступов стенокардии, которые возникали при физической нагрузке и купировались приемом нитроглицерина, и регистрации переходящих ишемических изменений сегмента ST на ЭКГ во время нагрузочного теста.

В исследование не были включены пациенты с острым состоянием или с обострениями хронических воспалительных, аутоиммунных и инфекционных заболеваний в течение менее 4 недель после наступления ремиссии; с тяжелыми поражениями печени и/или почек (содержание креатинина в крови > 3 мг/дл); декомпенсированным сахарным диабетом; выраженной сердечной недостаточностью (ФВЛЖ $< 30\%$); лица моложе 20 лет и беременные женщины. Группу сравнения составили 15 лиц без признаков ишемической болезни сердца (мужчин - 6, женщин - 9).

Образцы крови для определения уровней неоптерина, С-реактивно-

го белка, растворимой формы сосудистых молекул адгезии (sVCAM-1) и интерлейкина-6 (ИЛ-6) забирались у пациентов в течение первых суток госпитализации. Для хранения образцы замораживались при температуре -20°C .

Концентрацию НП в плазме крови определяли методом иммуноферментного анализа с использованием наборов фирмы "IBL", Германия. Определение концентрации СРБ проводили методом иммунотурбидиметрии в микропланшетном формате с помощью наборов реагентов производства фирмы «Orion», Финляндия (для С-реактивного белка). Концентрацию ИЛ-6 определяли методом иммуноферментного анализа (реагенты Bender Medsystems, США). Количественное определение sVCAM в плазме крови проводили иммуноферментным методом с применением набора реагентов производства «Bender MedSystems», Австрия.

Полученные данные обрабатывали на компьютере с использованием пакета прикладных программ для научно-технических расчетов SPSS v12.0 (LEAD Technologies Inc., США). Достоверность различий количественных параметров в двух группах определялась по t-критерию Стьюдента (для признаков с нормальным распределением). Для оценки связи количественных признаков использовались методы линейной регрессии и корреляции (коэффициент корреляции Пирсона).

Результаты исследования и обсуждение

Содержание НП, определяемое в плазме крови больных ИБС и лиц, составляющих группу сравнения, находилось в диапазоне от 0,7 до 65 нмоль/л (в среднем $16,2 \pm 18,04$). У лиц без ИБС, больных со стабильной стенокардией напряжения, с нестабильной стенокардией и инфарктом миокарда уровни неоптерина в крови составляли $3,1 \pm 2,7$; $9,3 \pm 4,9$; $14,9 \pm 8,6$ и $18,3 \pm 6,9$ нмоль/л соответственно. У больных с ИБС уровень неоптерина был выше, чем у лиц без ИБС, составивших группу сравнения. У

больных с острым коронарным синдромом (ОКС) уровни неоптерина были достоверно выше, чем у больных со стабильной стенокардией напряжения и лиц без признаков ИБС (рис.1).

Таким образом, результаты проведенного анализа показали, что у больных ИБС в плазме крови повышено содержание НП, отражающего функциональную активность макрофагов в периферической крови и являющегося биомаркером воспаления и интегральным маркером активации иммунной системы. У больных с различными клиническими формами ИБС уровень НП оказался выше, чем у лиц без ИБС, но наиболее высокие концентрации этого маркера выявлялись у больных с острым коронарным синдромом, что, по-видимому, отражает участие иммунной системы и воспаления в патогенезе ОКС.

При изучении зависимости уровней неоптерина от демографических и клинических данных установлено, что содержание НП не зависит от возраста, пола, индекса массы тела, наличия в анамнезе перенесенного инфаркта миокарда или острого нарушения мозгового кровообращения и сахарного диабета у больных ИБС. При анализе содержания НП и показателей обмена липидов (общего холестерина (ХС), липопротеидов высокой

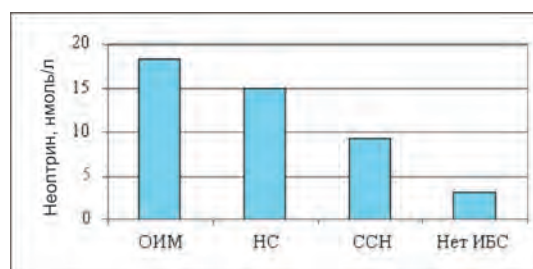


Рис.1. Уровни неоптерина у лиц без ИБС, больных стабильной стенокардией напряжения (СШН), нестабильной стенокардией (НС) и острым инфарктом миокарда (ОИМ), * $p < 0,0$

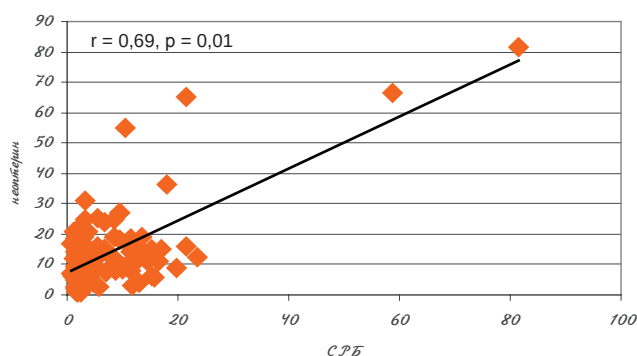


Рис. 2. Связь уровней неоптерина и СРБ в плазме крови у больных ИБС

плотности (ЛПВП), низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов (ТГ)) все связи были статистически недостоверны. Анализ связи изучаемых маркеров с лабораторными показателями, такими как СОЭ, концентрация гемоглобина, количество лейкоцитов, позволил выявить связь уровней НП в плазме крови с содержанием лейкоцитов ($r=0,46$, $p=0,02$) и скоростью оседания эритроцитов ($r=0,65$, $p=0,02$).

Уровень НП у обследованных больных ИБС достоверно коррелировал с содержанием маркеров воспаления: СРБ ($r = 0,69$, $p = 0,01$) (рис. 2), ИЛ-6 ($r = 0,36$, $p = 0,03$).

В последние годы были получены данные о том, что повышенный уровень СРБ в плазме крови является признаком вялотекущего воспалительного процесса и неблагоприятным прогностическим фактором у больных с острым инфарктом миокарда [11,13,15,17], нестабильной стенокардией и стенокардией напряжения [9,12,14,18], у практически здоровых лиц [11,17].

Содержание СРБ у лиц без ИБС, больных со ССН, НС и ИМ уровни неоптерина в крови составляли $2,6 \pm 1,25$; $4,9 \pm 3,9$; $11,2 \pm 10,4$ и $20,5 \pm 26,4$ мг/л соответственно. У больных с ИБС, уровень СРБ был выше, чем у лиц без ИБС, составивших группу сравнения.

С-реактивный белок – это высокочувствительный маркер воспаления и повреждения. Синтез СРБ происходит в печени. Провоспалительные цитокины интерлейкин-6, интерлейкин-1, фактор некроза опухолей гамма стимулируют транскрипцию мРНК и тем самым способствуют увеличению синтеза СРБ.

У больных со стабильной стенокардией напряжения и однососудистым поражением нормализация уровня СРБ в плазме крови после процедуры стентирования являлась благоприятным прогностическим фактором и свидетельствовала о низкой степени риска развития неблагоприятных исходов [11,15,19].

На рис. 3 представлены данные о связи уровня неоптерина с маркером активации и повреждения эндотелия – растворимой формы сосудистых молекул клеточной адгезии (sVCAM-1) ($r = 0,42$, $p = 0,043$). Выявлена положительная корреляция средней силы содержания неоптерина и sVCAM-1. Молекулы адгезии могут играть важную роль в патогенезе атеросклероза благодаря тому, что они способствуют миграции в сосудистую стенку моноцитов, которые при активации трансфор-

мируются в макрофаги, являющиеся наиболее важными клеточными элементами при атеросклерозе. Сосудистые молекулы клеточной адгезии являются белками, которые экспрессируются на поверхности эндотелиальных клеток. Часть этих молекул «смываются» в кровоток и циркулируют в крови в виде растворимых молекул адгезии (sVCAM) [7].

Выявленная в данной работе зависимость между повышенным уровнем sVCAM-1 и неоптерина подтверждает наличие связи между активностью эндотелия и макрофагальной системой при атеросклерозе. Повышение уровня сосудистых молекул клеточной адгезии sVCAM-1, вероятно, свидетельствует о повреждении эндотелия. Эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что повышенное содержание sVCAM-1 у практически здоровых людей связано с повышенным риском развития инфаркта миокарда [7,16].

Заключение

Проведенные исследования свидетельствуют, что содержание неоптерина – маркера активации макрофагов, повышено при ишемической болезни сердца по сравнению со здоровыми людьми. Наибольшие концентрации НП и СРБ выявляются при остром коронарном синдроме, что подтверждает участие макрофагов и воспаления в развитии ишемической болезни сердца и острого коронарного синдрома.

Уровни НП не связаны с возрастом, полом, индексом массы тела и показателями обмена липидов. В то же время отмечается корреляция со скоростью оседания эритроцитов и количеством лейкоцитов в периферической крови, что указывает на связь неоптерина с воспалением.

Выявлена связь НП с индикаторами активности воспаления СРБ и ИЛ-6 и содержанием sVCAM-1, отражающим активацию эндотелия стенки сосуда.

Таким образом, полученные данные позволили установить, что определение уровня неоптерина может явиться дополнительным критерием, указывающим на активность воспаления у больных ИБС, и который можно использовать для прогнозирования развития острых коронарных событий.

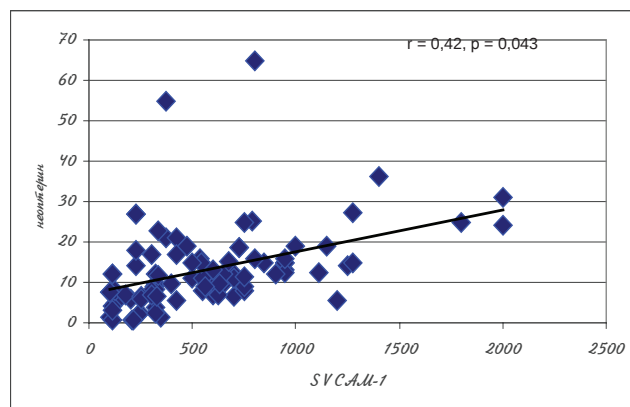


Рис. 3. Связь уровней неоптерина и sVCAM-1 в крови у больных ИБС

Литература

1. Насонов Е.Л. Иммунологические маркеры атеросклероза / Е.Л. Насонов // Тер. арх. – 2002. – №5. – С.80-85.
2. Шевченко О.П. Неоптерин / О.П. Шевченко, Г.А. Олефиренко, О.В. Орлова. – М., Реафарм, 2003.
3. Шевченко О.П. Белки острой фазы воспаления / О.П. Шевченко // Лаборатория. – 1996. – №1. – С.3-6.
4. Apple F.S. Future Biomarkers for Detection of Ischemia and Risk Stratification in Acute Coronary Syndrome / F.S. Apple [et al.] // Clinical Chemistry. – 2005. – 51. – P.810-824.
5. Auer J. Serum neopterin and activity of coronary artery disease / J. Auer [et al.] // Heart Dis. – 2001. – 3. – P.297-301.
6. Avanzas P. Elevated serum neopterin predicts future adverse cardiac events in patients with chronic stable angina pectoris / P. Avanzas [et al.] // Eur Heart J. – 2005. – 26. – P.457-463.
7. Ertugrul E. Decreased soluble cell adhesion molecules after tirofiban infusion in patients with unstable angina pectoris / E. Ertugrul [et al.] // Thromb J. – 2004. – 2. – P.4.
8. Garcia-Moll X. Serum neopterin and complex stenosis morphology in patients with unstable angina / X. Garcia-Moll [et al.] // J. Am Coll Cardiol. – 2000. – 35. – P.956-962.
9. Gupta S. Serum neopterin in acute coronary syndromes / S. Gupta [et al.] // Lancet. – 1997. – 349. – P.1252.
10. Gurfinkel E.P. Serum neopterin levels and the angiographic extent of coronary arterial narrowing in unstable angina pectoris and in non-Q wave acute myocardial infarction / Gurfinkel E.P. [et al.] // Am. J. Cardiol. – 1999. – 83. – P.515-518.
11. Hansson G.K. Inflammation, atherosclerosis, and coronary artery disease / Hansson G.K. [et al.] // N Engl J Med. – 2005. – 352. – P.1685-1695.
12. Kaski J.C. Inflammation markers and risk stratification in patients with acute coronary syndromes: design of the SIESTA Study (Systemic Inflammation Evaluation in Patients with non-ST segment elevation Acute

coronary syndromes) / J.C. Kaski [et al.] // Rev. Esp. Cardiol. – 2003. – 56. – P.389-395.

13. **Koenig W.** Biomarkers of Atherosclerotic Plaque Instability and Rupture / W. Koenig, N. Khuseynova // Arterioscler. Thromb. Vasc. – 2007. – 27(1). – P.15–26.

14. **Libby P.** Current concepts of the pathogenesis of the acute coronary syndromes / P. Libby // Circulation. – 2001. – 104. – P.365–372.

15. **Morrow D.A.** Clinical relevance of C-

reactive protein during follow-up of patients with acute coronary syndromes in the Aggrastat-to-Zocor Trial / Morrow D.A. [et al.] // Ibid. – 2006. – 114. – P.281–288.

16. **Ray K.K.** Long-Term Prognostic Value of Neopterin: A Novel Marker of Monocyte Activation in Patients With Acute Coronary Syndrome / K.K. Ray // Ibid. – 2007. – 115(24). – P.3071-3078.

17. **Shumacher M.** Increased neopterin in patients with chronic and acute coronary

syndromes / M. Shumacher // Am.J.Coll. Cardiol. -1997. – V.30. – P.703-707. [et al.]

18. **Sun H.** C-reactive protein in atherosclerotic lesions: its origin and pathophysiological significance / H. Sun [et al.] // Am J Pathol. – 2005. – 167. – P.1139-1148.

19. **Zouridakis E.** Markers of inflammation and rapid coronary artery disease progression in patients with stable angina pectoris / Zouridakis E. [et al.] // Circulation. – 2004. – 110. – P.1747–1753.

И.П. Говорова, А.А. Тарасова

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛАПАННОГО ПОРАЖЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПРИОБРЕТЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Проведен анализ ультразвуковых особенностей клапанного поражения сердца у 129 детей в возрасте от 1 года до 15 лет с приобретенными пороками сердца, проживающих в Республике Саха (Якутия). Изучены ультразвуковые признаки, характерные для различных этапов заболеваний, относящихся к основным причинам развития приобретенных пороков сердца: в активной и неактивной фазе ревматического кардита, при остром и подостром течении инфекционного эндокардита, а также при перенесенном инфекционном эндокардите в анамнезе. Предложены рекомендации по проведению ультразвукового исследования сердца для своевременной диагностики и оптимизации диспансерного наблюдения детей с приобретенными пороками сердца.

The analysis of ultrasonic features of heart valve defeat in 129 children in the age of from 1 year till 15 years with the acquired heart valvular diseases in Republic Sakha (Yakutia) is lead. Ultrasonic attributes, characteristic for various stages of the diseases concerning principal causes of development of the acquired heart valvular diseases are studied: in an active and inactive phase of rheumatic carditis, at acute and subacute current of infective endocarditis, and also at infective endocarditis in the anamnesis. Recommendations on carrying out of ultrasonic research of heart for duly diagnostics and optimization of clinic supervision of children with the acquired heart valvular diseases are offered.

Введение

Приобретенные пороки сердца относятся к одной из актуальных проблем детской кардиологии [2,5,6]. Чаще всего они формируются вследствие перенесенного инфекционного эндокардита и ревматизма [6,9,10]. Своевременная диагностика приобретенных пороков сердца является важной задачей как для педиатров, детских кардиологов, так и для врачей ультразвуковой диагностики. На протяжении последних лет эхографическая картина поражения клапанов сердца при ревматическом кардите и инфекционном эндокардите представляет большой интерес для специалистов ультразвуковой диагностики [1,7,8,9,12]. Но в литературе недостаточно освещены вопросы, связанные с особенностями клапанного поражения на различных этапах формирования пороков сердца в детском возрасте, что имеет важное значение для детей,

проживающих в регионах с тяжелыми климатическими условиями, в связи с высокой распространенностью приобретенных пороков сердца. Целью настоящей работы явилось изучение ультразвуковых особенностей клапанного поражения у детей с приобретенными пороками сердца, проживающих в Республике Саха (Якутия).

Материал и методы исследования

На базе РБ №1 – Национального центра медицины МЗ РС(Я) за 2000–2006 гг. было проведено комплексное клинко-ультразвуковое исследование 129 детям в возрасте от 1 года до 15 лет с приобретенными пороками сердца. Было обследовано 77 (59,7%) девочек и 52 (40,3%) мальчика. У 52 (40,3%) детей отмечалось ревматическое поражение сердца. 24 (46,2%) пациента перенесли ревматический кардит в активной фазе, 28 (53,8%) – в неактивной фазе. О наличии ревматической атаки судили на основании критериев Киселя-Джонса [14]. Первая атака ревматизма была у 18 (75%) больных, повторная атака – у 6 (25%) пациентов. Дети с ревматизмом в неактивной фазе в анамнезе достоверно перенесли кардит с формированием пороков сердца. 77 (59,7%) больных были обследованы с инфекционным

эндокардитом. Диагноз инфекционного эндокардита устанавливался в соответствии с модифицированными критериями Duke [13,15]. Острое течение заболевания наблюдалось у 18 (23,4%) детей, подострое – у 34 (44,2%) пациентов. Высокая степень (3-я) активности процесса отмечалась у 7 (9,1%), 2-я – у 13 (16,9%), 1-я степень – у 32 (41,2%) больных. 25 (32,4%) детей перенесли инфекционный эндокардит в анамнезе.

Обследование детей включало: анализ жалоб, анамнеза; общеклинические, биохимические, иммунологические, бактериологические исследования; электро- и фонокардиографию; ультразвуковое исследование сердца, которое выполнялось по стандартной методике [12] на аппарате Sequoia-512 (Siemens, Германия) с применением секторных датчиков с частотами сканирования от 3,5 до 5 МГц. При ультразвуковом исследовании определяли характер поражения клапанного аппарата сердца. При ревматическом кардите использовали ультразвуковые критерии, разработанные Полубенцевой Е.И. [7]. Для оценки вегетаций применяли классификацию Sanfilippo А. и соавт. [16]. Ультразвуковое исследование сердца проводилось при

ГОВОРОВА Изабелла Прокопьевна – врач УЗ-диагностики ГУ РБ №1 – НЦМ; **ТАРАСОВА Алла Алексеевна** – д.м.н., проф. ГОУ ДПО «Российская медицинская академия последиplomного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

поступлении в стационар, в процессе лечения и при выписке из стационара. 99 детей были обследованы в процессе катamnестического наблюдения от 1 до 3 лет.

Статистический анализ данных осуществлялся стандартными методами. Степень достоверности качественных показателей оценивали по критерию χ^2 (хи-квадрат). Статистически значимыми считали различия при величине $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведенный анализ показал, что в структуре приобретенных пороков сердца преобладали митральные пороки, затем следовали аортальные и трикуспидальные пороки. Пороки легочного клапана были редкими и формировались в исходе инфекционного эндокардита на фоне врожденных пороков сердца. Среди пороков преобладала клапанная недостаточность при сравнении с клапанным стенозом, а также изолированные пороки при сравнении с комбинированными пороками. Более высокая частота и степень выраженности приобретенных пороков сердца отмечались у детей при инфекционном эндокардите (табл.1).

В активной фазе ревматического кардита изолированное поражение митрального клапана было выявлено у 15 (62,5%) детей, в комбинации с аортальным клапаном – у 9 (37,5%) больных (табл. 2). При ультразвуковом исследовании у всех детей в этой группе отмечалось утолщение створок митрального клапана, но с более выраженным поражением передней створки. Краевое «булавовидное» утолщение передней створки определялось в 100% случаев в первые два месяца ревматической атаки. Данный признак выявлялся в 4 недели от начала заболевания и сохранялся у всех детей в течение первых 3 месяцев заболевания и у большинства детей (66,6%) в течение года наблюдения. Утолщение задней створки митрального клапана было выявлено через 1-2 месяца после начала атаки и сохранялось в течение года у большинства (62,3%) детей. Снижение амплитуды движения (гипокинез) задней створки митрального клапана являлось распространенным признаком поражения, который встретился у 20 (83,3%) детей через 4-6 недель после начала заболевания и сохранялся у большинства (66,7%) из них при наблюдении в течение года. Диастаз створок митрального клапана в систолу определялся у 2 (8,3%) детей с активностью процесса 2-й степени и у 1 (4,2%) ребенка с ак-

тивностью 3-й степени с давностью заболевания от 2 до 5 месяцев. У 2 детей отмечалось исчезновение диастаза створок через 3 месяца. В 1 случае диастаз створок сохранялся до проведения протезирования митрального клапана.

Наиболее редко в активной фазе заболевания определялся диастолический куполообразный изгиб передней створки митрального клапана, который имел место у 2 (8,3%) детей (7 и 13 лет) с сочетанным поражением клапана. Данный признак был отмечен в 2 месяца от начала заболевания и свидетельствовал о наличии митрального стеноза. У всех детей данной группы была выявлена митральная недостаточность различной степени выраженности (табл.2). Преобладала 3-я степень (50%) над 2-й (20,8%) и 1-й степенью (29,2%). В процессе лечения сохранялось преобладание 3-й степени (41,6%) по сравнению со 2-й (29,2%) и 1-й (29,2%) степенью. 2 детям было проведено протезирование митрального клапана.

По мнению различных авторов, при ревматическом поражении аортального клапана нельзя выделить ультразвуковые признаки, характерные для ревматического кардита [3,4,7,12]. У 9 (37,5%) детей с ревматическим кардитом в активной фазе поражение аортального клапана встретилось в комбинации с поражением митрального клапана. У этих детей отмечалось утолщение створок аортального клапана на всем протяжении, не позволяющее дифференцировать характер поражения. Аортальная недостаточ-

Таблица 1

Частота и структура приобретенных пороков сердца у детей

Приобретенные пороки сердца	Инфекционный эндокардит n=77		Ревматический кардит n=52	
	n	%	n	%
Изолированные пороки	68*	88,3	38**	73,1
Митральные	28***	41,2	38*	100
Недостаточность	26	92,9	38	100
В том числе:				
1-й степени	4	15,4	14	36,8
2-й	12	46,2	13	34,2
3-й	9	34,6	7	18,5
4-й	1	3,8	-	-
Недостаточность и стеноз	2	7,1	4	10,5
Аортальные	19	27,9	-	-
Недостаточность	17	89,5	-	-
В том числе:				
1-й степени	8	47,1	-	-
2-й	6	35,3	-	-
3-й	3	17,6	-	-
Недостаточность и стеноз	2	10,5	-	-
Трикуспидальные	19	27,9	-	-
Недостаточность	19	100	-	-
В том числе:				
1-й степени	1	5,3	-	-
2-й	13	68,4	-	-
3-й	5	26,3	-	-
Легочного клапана	2	3	-	-
Недостаточность 3-й степени и стеноз	2	100	-	-
Комбинированные пороки	9	11,7	14	26,9
Митрально-аортальные	2	22,2	14	100
Митрально-трикуспидальные	7	77,8	-	-

* Достоверность различий между группами; ** достоверность различий изолированных пороков при сравнении с комбинированными пороками; *** достоверность различий при сравнении изолированных митральных пороков с другими изолированными пороками в целом в группе детей, перенесших инфекционный эндокардит.

Таблица 2

Ультразвуковые признаки поражения клапанов сердца у детей с ревматическим кардитом

Ультразвуковые признаки	Активная фаза n=24		Неактивная фаза n=28	
	n	%	n	%
Митральный клапан				
Утолщение створок	24	100	28	100
Краевое утолщение передней створки	24*	100	16	57,1
Диастаз створок в систолу	3	12,5	1	3,6
Гипокинез задней створки	20*	83,3	15	53,6
Изгиб передней створки в диастолу	2	8,3	2	7,1
Недостаточность	24	100	28	100
В том числе:				
1-й степени	7	29,2	12	42,9
2-й	5	20,8	11	39,2
3-й	12	50	5	17,9
Аортальный клапан				
Утолщение створок	9	100	5	100
Недостаточность	9	100	5	100
В том числе:				
1-й степени	6	66,7	5	100
2-й	3	33,3	-	-

* Достоверность различий между группами.

ность была 1-й (66,7%) и 2-й (33,3%) степени (табл.2). В процессе лечения отмечалось сохранение утолщения створок клапана у 5 (55,6%) детей. Степень аортальной недостаточности оставалась без изменений у всех пациентов.

В неактивной фазе ревматического кардита изолированное поражение митрального клапана встретилось у 23 (82,1%) пациентов, в комбинации с аортальным клапаном – у 5 (17,9%) больных. У всех детей данной группы наблюдалось утолщение створок митрального клапана (табл.2). Краевое утолщение передней створки и гипокинез задней створки относились к часто встречаемым признакам поражения митрального клапана, составляя 57,1 и 53,6% соответственно. Как и в группе с активным ревматическим кардитом, более редким признаком явился куполообразный диастолический изгиб передней створки (8,3%), наблюдаемый у пациенток 13 и 14 лет с недостаточностью 3-й степени и стенозом митрального клапана. Диастаз створок митрального клапана был выявлен у 1 (3,6%) ребенка с сочетанным поражением митрального клапана (недостаточность 3-й степени и незначительный стеноз). В процессе лечения отмечалось его уменьшение и через 3 месяца – отсутствие данного признака. Митральная недостаточность была выявлена у всех детей в данной группе. При этом чаще наблюдалась 1-я (42,9%) и 2-я (39,2%) степень по сравнению с 3-й (17,9%). Через 3 года у 3 (10,7%) детей отмечалось увеличение степени недостаточности (у 2 больных – от 2-й к 3-й степени и у 1 пациента – от 1-й к 2-й).

У 5 (17,8%) детей с аортальной недостаточностью в неактивной фазе заболевания отмечалось неравномерное утолщение створок, не позволяющее дифференцировать характер поражения. У большинства (80%) детей имела место аортальная недостаточность 1-й степени, у 20% больных – 2-й степени, что в целом не менялось в процессе наблюдения. 3 пациентам данной группы было проведено протезирование митрального клапана.

Таким образом, у детей с ревматическим кардитом наиболее частым и ранним признаком поражения митрального клапана является утолщение створок клапана. Такие признаки, как краевое «булавовидное» утолщение передней створки и гипокинез задней створки митрального клапана, также являются распространенными, но они более выражены и достоверно чаще встречаются в активной фазе забо-

левания по сравнению с неактивной фазой. К наиболее редким признакам поражения клапана относится куполообразный диастолический изгиб передней створки, наблюдаемый при митральном стенозе. Это обусловлено тем, что митральный стеноз у детей в отличие от взрослых встречается гораздо реже, так как его формирование связано с повторными атаками, что реже отмечается в детском возрасте. Ультразвуковая картина поражения створок аортального клапана при ревматическом кардите не является специфичной для данного заболевания, так как может встречаться и при других заболеваниях. Выявленная клапанная недостаточность различной степени отражает и подтверждает поражение створок клапанов сердца.

При ультразвуковом исследовании сердца у больных с **инфекционным эндокардитом**, по мнению большинства авторов, основным диагностическим признаком является наличие вегетаций. Но известно, что не всегда исследователи могут выявить их [1,7,8,9,12]. При выявлении вегетаций специфичность метода составляет 98%, однако чувствительность менее 60%, поэтому отсутствие вегетаций не позволяет опровергнуть диагноз инфекционного эндокардита [11].

Вегетации на клапанах сердца были выявлены у 22 (42,3%) из 52 детей с острым и подострым течением инфекционного эндокардита, внеклапанной локализации вегетаций выявлено не было. Чаще вегетации визуализирова-

лись при остром течении заболевания (63,6%), чем при подостром (23,5%), а также на митральном клапане (72,7%) по сравнению с аортальным (22,7%) и трикуспидальным клапаном (4,5%). Вегетаций на клапане легочной артерии не было выявлено (табл. 3).

При остром течении инфекционного эндокардита вегетации были выявлены у 14 (77,8%) из 18 детей: у 7 (50%) – с первичным инфекционным эндокардитом, у 1 (7,1%) – с острым гематогенным остеомиелитом, у 6 (42,9%) – с врожденными пороками сердца.

Вегетации визуализировались через 3-4 недели после начала заболевания. У большинства (71,5%) пациентов по размеру вегетации относились к 1-й степени, у 21,4% – к 2-й, у 1 (9,1%) больного – к 3-й. Чаще веге-

Таблица 3

Ультразвуковые признаки поражения клапанов сердца у детей с инфекционным эндокардитом

Ультразвуковые признаки	Острое течение n=18		Подострое течение n=34		Инфекционный эндокардит в анамнезе n=25	
	n	%	n	%	n	%
Митральный клапан						
Вегетации	11	61,1	5	14,7	-	-
Утолщение створок	14	77,8	13	38,2	5	20
Диастаз створок в систолу	3	16,7	-	-	1	4
Деформация створок	14	77,8	13	38,2	7	28
Недостаточность	13	72,2	18	52,9	7	28
В том числе:						
1-й степени	-	-	5	27,8	-	-
2-й	3	23,1	9	50	6	85,7
3-й	9	69,2	4	22,2	1	14,3
4-й	1	7,7	-	-	-	-
Стеноз	2	11,1	-	-	-	-
Аортальный клапан						
Вегетации	2	11,1	3	8,8	-	-
Утолщение створок	4	22,2	5	14,7	5	20
Деформация створок	4	22,2	5	14,7	10	40
Перфорация створок	-	-	1	2,9	-	-
Недостаточность	6	33,3	7	20,6	10	40
В том числе:						
1-й степени	3	50	4	57,1	4	40
2-й	1	16,7	1	14,3	4	40
3-й	2	33,3	2	28,6	2	20
Стеноз	2	11,1	-	-	-	-
Трикуспидальный клапан						
Вегетации	1	5,6	-	-	-	-
Утолщение створок	3	16,7	7	20,1	3	12
Деформация створок	3	16,7	7	20,1	5	20
Перфорация створок	-	-	2	5,9	-	-
Недостаточность	3	16,7	16	47,1	6	24
В том числе:						
1-й степени	-	-	2	12,5	-	-
2-й	3	100	9	56,3	4	66,7
3-й	-	-	5	31,2	2	33,3
Легочный клапан						
Утолщение створок	-	-	-	-	2	8
Деформация створок	-	-	-	-	2	8
Недостаточность 3-й степени	-	-	-	-	2	8
Стеноз	-	-	-	-	2	8

тации были 1-й степени подвижности (85,8%), реже встречались 2-й (7,1%) и 3-й степени (7,1%). По тяжести поражения вегетации также чаще относились к 1-й степени (85,8%), реже – к 2-й (14,2%). При оценке экзогенности в 92,9% случаев вегетации относились к 4-й степени, в 7,1% случаев – к 3-й. В течение 3-6 месяцев лечения у большинства больных (81,8%) размер вегетаций оставался без существенных изменений. У 4 (18,2%) пациентов отмечалось изменение степени экзогенности (от 4-й к 3-й) через 6 месяцев лечения. Изменений в степени поражения и подвижности у больных данной группы в течение 3-6 месяцев выявлено не было.

Утолщение и деформация створок клапанов явились наиболее частыми признаками при остром течении заболевания, которые выявлялись на 2-й–3-й неделе от начала заболевания и сохранялись у всех детей при дальнейшем наблюдении. Диастаз створок был выявлен только у 3 детей с митральной недостаточностью 3-й и 4-й степени. У всех детей наблюдалась недостаточность клапанов различной степени выраженности, стеноз – у 4 (22,2%) детей. Сочетанное поражение митрального клапана (недостаточность и стеноз) имело место у 2 (11,1%) больных с активностью процесса 3-й степени из социально неблагополучных семей. Сочетанное поражение аортального клапана встретилось у 2 (11,1%) детей с двустворчатым аортальным клапаном. Этим пациентам было проведено клапанное протезирование.

При подостром течении инфекционного эндокардита вегетации были выявлены у 8 (23,5%) пациентов. По размеру, подвижности, тяжести поражения, как и при остром течении, чаще вегетации относились к 1-й степени. Но в отличие от острого течения заболевания экзогенность вегетаций при подостром течении была преимущественно 3-й степени (75%), реже – 4-й (25%).

Кроме того, для подострого течения заболевания в ультразвуковой картине более характерными изменениями створок были их утолщение, деформация, которые оставались без изменений в процессе наблюдения. Осложнение в виде перфорации створок, возникшее через 6 месяцев после начала заболевания, имело место у 2 (5,9%) больных 5 и 9 лет с поражением трикуспидального клапана, оперированных по поводу дефекта межжелудочковой перегородки, а также у 1 (2,9%) подростка 12 лет с

поражением аортального клапана. Следует отметить, что эти дети после проведения оперативного вмешательства не регулярно наблюдались у кардиолога, не соблюдали план лечебно-профилактических мероприятий. У них отмечалась деформация створок клапана, фрагментация в теле пораженной створки, две струи регургитации (по линии смыкания створок и в теле створки), что в целом свидетельствовало о выраженном повреждении створок. У всех детей с подострым течением была выявлена клапанная недостаточность различной степени выраженности (табл. 3).

У детей, перенесших **инфекционный эндокардит в анамнезе**, основными ультразвуковыми признаками поражения клапанов были деформация (96%), утолщение (72%) створок клапанов, клапанная недостаточность различной степени выраженности (100%) (табл. 3). Данные изменения сохранялись при динамическом наблюдении в течение 3 лет. У 2 (8%) пациентов, оперированных по поводу тетрады Фалло, был диагностирован стеноз легочного клапана. 1 ребенку с поражением клапана легочной артерии (недостаточность 3-й степени и стеноз), оперированного по поводу тетрады Фалло, было проведено протезирование клапана.

Таким образом, наиболее частыми признаками поражения клапанов у детей в различные периоды инфекционного эндокардита являются утолщение и деформация створок клапана. Вегетации относятся к специфичным признакам заболевания, но их отсутствие не исключает диагноз инфекционного эндокардита. Степень экзогенности вегетаций находится в зависимости от течения заболевания: она более выражена при подостром течении. Перфорация створок – это редкое осложнение, возникновение которого в нашем исследовании было связано с выраженным повреждением створок трикуспидального и аортального клапанов у детей с прооперированными врожденными пороками сердца на фоне нерегулярного лечения и наблюдения.

Выводы

1. Комплексное ультразвуковое исследование у детей с приобретенными пороками сердца, сформированными вследствие инфекционного эндокардита и ревматизма, позволяет проводить своевременную диагностику клапанного поражения, определять их особенности и является необходимым на различных этапах наблюдения.

2. У детей с инфекционным эндо-

кардитом и ревматическим поражением сердца ультразвуковое исследование показано в начале заболевания (при постановке диагноза), в процессе лечения в стационаре не менее 1 раза в 2 недели, а также при катамнестическом наблюдении не менее 1 раза в год.

Литература

1. **Алехин М.Н.** Значение эхокардиографии в диагностике инфекционного эндокардита / М. Н. Алехин [и др.] // Кардиология. – 2005. – Т. 45. №6. – С. 4-13.
2. **Белозеров Ю.М.** Детская кардиология / Ю. М. Белозеров. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. 600 с.
3. **Воронина Н.М.** Клинико-эхокардиографическая характеристика первичного ревмокардита и его исходов у детей: дис. ... канд. мед. наук / Н. М. Воронина. – М., 1983. – 185 с.
4. **Голиков А.В.** Клинико-эхокардиографические особенности современного течения ревматизма: дис. ... канд. мед. наук / А. В. Голиков. – СПб., 1997. – 147 с.
5. **Детская кардиология** / Под ред. Дж. Хоффмана; перевод с англ. А.Н. Охотина. – М.: Практика, 2006. – 543 с.
6. **Кузьмина Н.Н.** Острая ревматическая лихорадка / Н. Н. Кузьмина [и др.] // Детская ревматология: руководство для врачей – М.: Медицина, 2002. – С. 31-63.
7. **Полубенцева Е.И.** Ревматические поражения сердца (механизмы формирования, ранняя эволюция, дифференциальный диагноз): дис. ... д-ра мед. наук / Е. И. Полубенцева. – М., 1995. – 384 с.
8. **Рыбакова М.К.** Комплексное ультразвуковое исследование при инфекционном эндокардите и его осложнениях: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / М. К. Рыбакова. – М., 2007. – 43 с.
9. **Скоблякова М.Е.** Особенности современного инфекционного эндокардита у детей и подростков: дис. ... канд. мед. наук / М. Е. Скоблякова. – Новосибирск, 2003. – 179 с.
10. **Соболева М.К.** Инфекционный эндокардит у детей / М. К. Соболева, Б. С. Белов // Русский медицинский журнал. – 2006. – Т. 4. №8. – С. 630-636.
11. **Тюрин В.П.** Инфекционные эндокардиты / В.П. Тюрин. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 222 с.
12. **Фейгенбаум Х.** Эхокардиография: 5-е изд. / Пер. с англ. под ред. Митькова В.В.; Х. Фейгенбаум. – М.: Видар, 1999. – 512 с.
13. Durack D.T. New criteria for diagnosis of infective endocarditis: utilization of specific echocardiographic findings. Duke Endocarditis Service / D. T. Durack, Lukes A.S., Bright D.K. // Am. J. Med. 1994. – V. 96. – P. 211-219.
14. Jones T. D. The diagnosis of rheumatic fever / T. D. Jones // J. Am. Med. Ass. - 1944. Vol. 126. - P. 481-484.
15. **Li J.S.** Proposed modification to the DUKE criteria for diagnosis of infective endocarditis / J.S. Li [et al.] // Clin. Infect. Dis. - 2000. - V. 30, №11. - P. 633-638.
16. Sanfilippo A. J. Echocardiographic assessment of patients with infectious endocarditis: Prediction of risk for complications / A. J. Sanfilippo [et al.] // J. Amer. Coll. Cardiol. – 1991. – Vol. 18. – P. 1191-1199.

А.И. Яковлева, Л.В. Тарабукина, С.Р. Петрова, Л.Д. Охлопкова,
Г.Е. Миронова, Л.В. Григорьева, Н.В. Махарова

СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА, ПРО- И АНТИОКСИДАНТНОГО РАВНОВЕСИЯ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Цель исследования. Оценка липидного обмена и состояния про- и антиоксидантного равновесия у больных с диагнозом постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) до и после реваскуляризации.

Материал и методы исследований. Исследована сыворотка крови 57 больных мужчин в возрасте от 35 до 70 лет с диагнозом ПИКС. Все больные были разделены на 2 группы: I – больные до реваскуляризации – 40 чел., II – больные после реваскуляризации – 17 чел. Контрольную группу составили 25 мужчин без патологии сердечно-сосудистой системы в возрасте от 30 до 50 лет. Кровь брали натощак из локтевой вены за 10 дней до и через 6 мес. после реваскуляризации. Оценивались интенсивность ПОЛ и показатели общего холестерина и его фракций.

Результаты. У больных с ПИКС отмечается выраженная дислипидемия и высокая скорость процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ). У здоровых мужчин КПОЛ/АОЗ соответствовал 5,4. В I группе больных этот показатель был в 5 раз выше, чем в контрольной, и равнялся 26,8. Во II группе больных этот показатель был в 1,8 раза ниже, чем у больных I группы, но в 2,8 раза выше контрольных значений и соответствовал 14,9.

Заключение. У больных с ПИКС отмечается накопление продуктов ПОЛ на фоне снижения активности АОЗ. Состояние про- и антиоксидантного равновесия при постинфарктном кардиосклерозе смещается в сторону прооксидантных процессов. Реваскуляризация снижает интенсивность ПОЛ и улучшает состояние липидного обмена – уровень триглицеридов и холестерина у больных II группы уменьшается по сравнению с I группой.

Ключевые слова: антиоксидантные ферменты, постинфарктный кардиосклероз, перекисное окисление липидов, реваскуляризация.

The purpose of research. An estimation of lipid exchange and state of pro- and antioxidant balance in patients with postmyocardial infarction atherosclerosis.

Material and methods of research. Whey of blood of 57 sick men in the age of from 35 till 70 years with diagnosis PMICS was investigated. All patients have been divided into 2 groups: I - patients before revascularization - 40 person, II - patients after revascularization - 17 person. The control group was made by 25 men without a pathology of cardiovascular system in the age of from 30 till 50 years. Blood was taken on an empty stomach from an elbow vein 10 days prior to and in 6 months after revascularization. LPO intensity, parameters of the general cholesterol and its fractions were estimated.

Results. In patients with PMICS expressed dyslipidemia and high speed of processes of lipid peroxide oxidation (LPO) were marked. In healthy men CLPO/AOP corresponded to 5,4. In the I group of patients this parameter was in 5 times higher, than in control, and was equaled to 26,8. In the II group of patients this parameter was in 1,8 times lower, than in patients of the I group, but in 2,8 times higher control values, and corresponded to 14,9.

The conclusion. In patients with PMICS accumulation of products of the LPO on a background of decrease in AOP activity is marked. The condition of pro- and antioxidant balance in postmyocardial infarction atherosclerosis is displaced aside of prooxidant processes. Revascularization reduces LPO intensity and improves a condition of lipid exchange - level of triglycerides (TG) and cholesterol (Chl) in patients of the II group decreases in comparison with the I group.

Keywords: antioxidant enzymes, postmyocardial infarction atherosclerosis, lipid peroxide oxidation, revascularization.

Актуальность изучения формирования атеросклероза обусловлена тем, что летальные исходы и осложнения от заболеваемости сердечно-сосудистой системы принимают все более молодой характер, особенно среди трудоспособной части мужского населения Республики Саха (Якутия). Известно, что одним из основных факторов риска повреждения эндотелия

сосудов является нарушение липидного обмена. Проведенные нами исследования свидетельствуют о том, что у 62% практически здоровых жителей Якутии встречается гиперхолестеринемия [7, 12].

В развитии ишемической болезни сердца (ИБС) и инфаркта миокарда (ИМ) существенную роль играют свободнорадикальные процессы. Имеющиеся данные позволяют предполагать, что активные формы кислорода (АФК), образующиеся в реакциях митохондриального и микросомального окисления, принимают непосредственное участие в развитии повреждения ткани миокарда. Состояние, характеризующееся резким повышением уровня АФК, обычно обозначается как окислительный стресс. Его развитие может иметь особо важное значение для функции органов, отличающихся

высоким уровнем аэробного обмена, таких как сердце [10].

Целью данной работы явилась оценка липидного обмена и состояния про- и антиоксидантного равновесия у больных с диагнозом постинфарктный кардиосклероз до и после реваскуляризации.

Материал и методы

В исследование были включены 57 мужчин в возрасте от 35 до 70 лет, перенесшие проникающий инфаркт миокарда различной локализации давностью от 1 года до 5 лет. Всем больным было проведено клиническое обследование: электрокардиограмма (ЭКГ) в 12 стандартных отведениях, ЭХОКГ, селективная коронарография по методу M. Jadkins. Больные были разделены на 2 группы: I – пациенты с ПИКС без реваскуляризации миокарда, с критическими стенозами и окклюзия-

ЯКОВЛЕВА Александра Ивановна – м.н.с. ЯНЦ СО РАМН; ТАРАБУКИНА Любовь Васильевна к.м.н., зав. функциональным отделением РБ № 1-НЦМ; ПЕТРОВА Саргылана Романовна – врач функционального отделения РБ № 1-НЦМ; ОХЛОПКОВА Лена Дмитриевна – ст. лаб. ЯНЦ СО РАМН; МИРОНОВА Галина Егоровна – д.б.н., зав. лаб. ЯНЦ СО РАМН; ГРИГОРЬЕВА Лена Валерьевна – к.м.н., гл. н.с. ЯНЦ СО РАМН; МАХАРОВА Наталья Владимировна – к.м.н., с.н.с. ЯНЦ СО РАМН.

Таблица 1

Липиды в крови у практически здоровых лиц и у больных с диагнозом ПИКС

Биохимические показатели	Контрольная группа (n=25)	I группа больных (n=34)	II группа больных (n=20)
Холестерин, ммоль/л	5,47±0,17	6,81±0,38*	5,99±0,33
Триглицериды, ммоль/л	1,22±0,82	2,64±0,25*	1,69±0,21*+
K _a	2,9±0,3	7,3±0,7*	5,2±0,9

В табл. 1 и 2 * p<0,05 по сравнению с контрольной группой;

+ p<0,05 по сравнению с I группой.

ми 1-4 коронарных сосудов (n=40), II – пациенты, перенесшие аортокоронарное шунтирование (АКШ), маммарокоронарное шунтирование (МКШ), стентирование по поводу критических стенозов и окклюзий 1-3 коронарных сосудов (n=17). Давность реваскуляризации составила 6 мес. Материалом для исследований служила сыворотка крови больных и практически здоровых мужчин. Контрольную группу составили 25 мужчин без патологии сердечно-сосудистой системы в возрасте от 30 до 50 лет, работающие на предприятиях г. Якутска. Кровь брали натощак из локтевой вены за 10 дней до и через 6 месяцев после реваскуляризации.

Уровень триглицеридов (ТГ), общего холестерина (ХС) и его фракций: липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), низкой плотности (ЛПНП), очень низкой плотности (ЛПОНП) определяли на биохимическом анализаторе Cobas Mira Plus. Коэффициент атерогенности вычисляли по формуле, предложенной А.Н. Климовым [3].

Интенсивность ПОЛ оценивали спектрофотометрическими методами по содержанию малонового диальдегида (МДА) [17] и диеновых конъюгатов (ДК) в крови. Антиоксидантную систему оценивали по содержанию низкомолекулярных антиоксидантов (НМАО) и активности антиоксидантных ферментов – супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы (КТ) [16]. Математическая обработка данных производилась с использованием компьютерной программы STATISTICA 6.

Результаты и обсуждение

Согласно полученным нами данным, у здоровых мужчин уровень общего холестерина составил 5,47±0,17 ммоль/л, антиатерогенного α-ХС, входящего в состав липопротеинов высокой плотности, – 1,90±0,25, а атерогенного β-ХС, входящего в состав липопротеинов низкой плотности, – 2,20±0,16 ммоль/л. Соотношение α- и β-фракций ХС в группе здоровых лиц составило 0,86. Концентрация ЛПНП в крови здоровых мужчин составляла 2,20±0,16 ммоль/л, значение коэффициента атерогенности равнялось 2,9±0,3 (табл. 1).

Дислипидемия, отмеченная у больных с ПИКС, была выраженной в I группе: уровень ХС и ТГ до реваскуляризации был статистически достоверно выше, чем в контрольной группе (табл. 1). При этом уровень холестерина был в 1,21 раза выше, уровень ЛПНП и ЛПОНП – более чем в 2 раза

выше, а ЛПВП – почти в 2 раза ниже, чем в контрольной группе (рисунок).

После реваскуляризации показатели липидного обмена значительно улучшались. Так, во II группе больных наблюдалось снижение уровня ХС и ТГ в 1,13 и 1,56 раза по сравнению с I группой и снижение концентраций атерогенных ЛПНП и ЛПОНП в 1,18 и 1,67 раза соответственно. При этом концентрация антиатерогенного ЛПВП во II группе больных повышалась в 1,25 раза по сравнению с контрольной группой (рисунок).

Характер дислипидемии у больных с ПИКС зависел от реваскуляризации. В I группе больных дислипидемия была более выраженной, чем у больных II группы.

Степень развития атеросклеротических изменений можно оценить по коэффициенту атерогенности. У больных с ПИКС этот показатель был статистически достоверно выше, чем у здоровых. При этом до реваскуляризации коэффициент атерогенности был максимально высоким: в 2,5 раза выше, чем в контрольной группе (табл. 1). После реваскуляризации этот показатель снижался в 1,4 раза по сравнению с I группой (до реваскуляризации), оставаясь при этом в 1,8 раза выше контроля (p<0,05). Полученные нами результаты не противоречат литературным данным [2, 3].

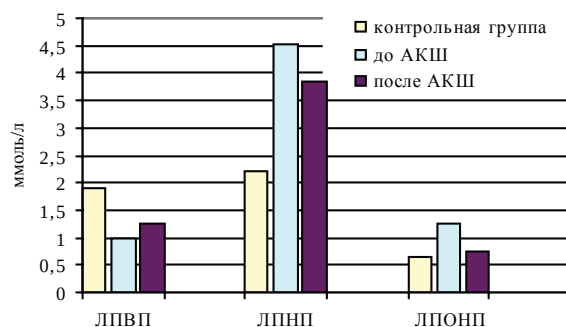
В соответствии с современными представлениями, в патогенезе атеросклероза существенная роль принадлежит липопротеидам низкой плотности, подвергшимся окислительной модификации в результате свободнорадикального перекисного окисления входящих в их состав остатков полиненасыщенных жирных кислот [5, 6, 9]. Окисление ЛПНП у больных ишемической болезнью сердца может сопровождаться изменением конформации апопротеина В и, возможно, его удалением

из гидрофобной зоны липопротеидной частицы в водную фазу, что в свою очередь способствует увеличению нерецепторного захвата атерогенных ЛПНП клетками стенки сосуда [2, 11]. Накопление МДА и ненасыщенных альдегидов при деструкции перекисей липидов может приводить к модификации ЛПНП и увеличивать их поглощение макрофагами-моноцитами или эндотелиальными клетками, вследствие чего они превращаются в пенные клетки [15, 16].

У здоровых мужчин уровень продуктов ПОЛ: ДК и МДА составляла 1,25±0,05 и 1,98±0,05 мМ/л соответственно.

Результаты наших исследований показали, что ПИКС сопровождается значительным усилением ПОЛ. Так, уровень ДК до реваскуляризации достигал 6,18±1,84, а после реваскуляризации – 2,98±0,13 мМ/л, что в 2,3 раза выше контрольной группы. Значение конечного продукта окисления липидов МДА до и после реваскуляризации составляло 4,99±1,05 и 6,69±0,86 мМ/л соответственно. Причем уровень МДА у больных с ПИКС в I группе был в 3,3 раза выше, чем у здоровых мужчин (табл. 2).

Как известно, процессы ПОЛ и АОЗ являются взаимосвязанной саморегулирующейся системой гомеостаза, находящейся в нормальных условиях в динамическом равновесии, которое нарушается при патологии, в том числе и при ИБС [4, 8]. Этот факт подтверждают результаты нашего исследова-



Липидный спектр у здоровых мужчин и у больных с диагнозом ПИКС

дования: повышение интенсивности ПОЛ у больных ИБС происходило на фоне снижения активности АОЗ. При наличии нарушений сердечного ритма или недостаточности кровообращения и их сочетания дисбаланс ПОЛ – АОЗ еще более усугубляется [5].

Активность ферментов антиоксидантной защиты организма супероксиддисмутазы и каталазы в мембранах эритроцитов крови здоровых мужчин равнялась $0,03 \pm 0,01$ мкМ/минмлэр и $0,52 \pm 0,02$ кат/л соответственно, а концентрация низкомолекулярных антиоксидантов составила $0,04 \pm 0,01$ мкМ/минмлэр.

У больных I группы до реваскуляризации активность антиоксидантных ферментов и уровень низкомолекулярных антиоксидантов были ниже нормы. Так, активность СОД до реваскуляризации равнялась $0,10 \pm 0,02$ мкМ/минмлэр и была в 3,33 раза выше, чем в контрольной группе. Концентрация НМАО равнялась $0,05 \pm 0,01$ мгкв/мг, что было на 20% выше, чем у здоровых мужчин. Активность каталазы в этой группе больных была в 1,5 раза ниже, чем в контрольной ($0,33 \pm 0,07$ кат/л).

У больных с ПИКС активность СОД понижалась после реваскуляризации, вместе с тем была в 2,33 раза ниже ($p < 0,05$), чем у здоровых мужчин. Содержание НМАО и активность каталазы во II группе больных фактически не изменялось (табл. 2).

Таким образом, увеличение активности ферментов антиоксидантной защиты (АОЗ), констатированное у больных, отражает тот факт, что формирование кардиосклероза сопровождается повышением генерации активных форм кислорода [13].

Ишемическое повреждение предстает как цепь метаболических и структурных сдвигов, развивающихся в ответ на гипоксию (аноксию) и приводящих к гибели кардиомиоцитов. Токсические продукты ПОЛ повреждают клетки эндотелия и интимы сосудов и провоцируют спастические реакции. Перекиси липидов способствуют усилению агрегации тромбоцитов и тромбообразованию. Все это усугубляет реологические и микроциркуляторные нарушения у больных ИБС [1, 6, 9].

При этом усиление ПОЛ создает дополнительные условия для такой трансформации. ПОЛ изменяет поляриность фосфолипидов, что приводит к изменению надмолекулярной структуры и нарушению взаимодействия перекисей с сосудистой стенкой.

Антиоксидантные ферменты и продукты ПОЛ
у здоровых лиц и у больных с ПИКС

Таблица 2

Биохимические показатели	Контрольная группа (n=25)	I группа больных (n=35)	II группа больных (n=17)
Супероксиддисмутаза, мкМ/минмлэр	$0,03 \pm 0,01$	$0,10 \pm 0,02$	$0,07 \pm 0,01^*$
НМАО, мгкв/мг	$0,04 \pm 0,01$	$0,05 \pm 0,01$	$0,04 \pm 0,01$
Каталаза, кат/л	$0,52 \pm 0,02$	$0,33 \pm 0,07^*$	$0,39 \pm 0,10$
Диеновые конъюгаты, мМ/л	$1,25 \pm 0,05$	$6,18 \pm 1,84^*$	$2,98 \pm 0,13^{**}$
Малоновый диальдегид, мМ/л	$1,98 \pm 0,05$	$6,69 \pm 0,86^*$	$4,99 \pm 1,05$

Интенсификация ПОЛ приводит к автоокислению холестерина, образованию его гидроперекисей и других полярных продуктов, и, в результате, к повреждению сосудистой стенки [4, 5, 11, 13]. Последующие атаки активных форм кислорода приводят к образованию МДА, реагирующего с аминокислотами белков и аминокислотами фосфолипидами и, в дальнейшем, к образованию шиффовых оснований, участвующих в формировании атеросклеротических бляшек [10]. Вместе с тем они являются причиной нарушения метаболизма и функции миокарда, принимают участие в генезе болевого синдрома, нарушений ритма, приводят к снижению сократительной способности миокарда [5, 14]. Проведенный нами анализ литературы показал, что во многих работах проводилось исследование только отдельных показателей ПОЛ или АОЗ, что не отражает функционального состояния системы в целом. Однако патогенез ИБС связан с нарушением баланса между антиоксидантной системой и скоростью свободнорадикальных процессов. Именно с этих позиций комплексная оценка отношений ПОЛ-АОЗ, как нам представляется, является наиболее информативной.

Вычисленный нами про- и антиоксидантный коэффициент, который рассчитывали по формуле:

$$\text{КПОЛ/АОЗ} = \frac{\text{МДА} + \text{ДК}}{\text{СОД} + \text{НМАО} + \text{КТ}}$$

характеризует состояние про- и антиоксидантного равновесия. У здоровых мужчин этот показатель соответствовал 5,4. В I группе больных КПОЛ/АОЗ был в 5 раз выше, чем в контрольной группе, и равнялся 26,8. Во II группе (после реваскуляризации) этот показатель был в 1,8 раза ниже, чем у больных I группы, оставаясь при этом в 2,8 раза выше контрольных значений, и соответствовал 14,9. Приведенные нами данные свидетельствуют о том, что при постинфарктном кардиоскле-

розе состояние про- и антиоксидантного равновесия смещается в сторону прооксидантных процессов. При этом у больных до реваскуляризации отмечаются признаки окислительного стресса. Реваскуляризация снижает скорость протекания процессов ПОЛ и приводит к смещению равновесия в сторону антиоксидантной системы (повышение уровня каталазы). Снижение вычисленного нами про- и антиоксидантного коэффициента КПОЛ/АОЗ до 14,9 у больных II группы сопровождалось улучшением клинических показателей, что выражалось в увеличении сократительной способности миокарда левого желудочка: фракция выброса левого желудочка в I группе больных с ПИКС до реваскуляризации составила от 37 до 69%, а после реваскуляризации – от 41 до 69%.

Закключение

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о нарушении липидного обмена у больных с ПИКС. Дислипотеинемия у больных с ПИКС связана со статистически достоверным увеличением атерогенных фракций липопротеинов низкой плотности. Реваскуляризация снижает концентрацию ЛПНП и ЛПОНП у больных с ПИКС, однако не устраняет дислипотеинемии. У больных с ПИКС отмечается нарушение баланса в системе ПОЛ-АОЗ, характеризующееся накоплением продуктов ПОЛ на фоне снижения активности АОЗ. У больных до реваскуляризации отмечаются признаки выраженного окислительного стресса. Анализ учитываемых нами показателей у больных с ПИКС через 6 мес. показал, что реваскуляризация сопровождается снижением свободнорадикальных процессов, что характеризуется понижением активности фермента СОД, свидетельствующая об уменьшении генерации активных форм кислорода – супероксиданион радикала.

При включении АКШ, МКШ и стентирования в комплексную терапию боль-

ных ИМ выраженность процессов ПОЛ снижается. Равновесие антиоксидантной системы после реваскуляризации приближается к норме.

Литература

1. Коган А.Х. Об образовании краевой «прооксидантной» зоны и ее роли в усилении ПОЛ в области ишемизированного миокарда / А.Х. Коган [и др.] // Бюл. экспер. биол. – 1986. – 5. – С.538-539.
2. Кожевников Ю.Н. О перекисном окислении липидов в норме и патологии / Ю.Н. Кожевников // Вопросы медицинской химии. – 1985. – № 5. – С. 2.
3. Климов А.Н. Обмен липидов и липопропротеидов и его нарушения: Руководство для врачей / А.Н. Климов, Н.Г. Никульчева. – СПб.: Питер, 1999. – 152 с.
4. Ланкин В.З. Перекиси липидов и атеросклероз. Гипотеза: роль холестерина и свободнорадикального окисления липидов в изменении свойств клеточных мембран при гиперхолестеринемии и атеросклерозе / В.З. Ланкин // Кардиология. – 1980. – № 8. – С. 42-48.
5. Ланкин В.З. Свободнорадикальные процессы в норме и при заболеваниях сердечно-сосудистой системы / В.З. Ланкин, А.К. Тихадзе, Ю.Н. Белянков. – М., 2000. – 59 с.
6. Малая Л.Т., Инфаркт миокарда / Л.Т. Малая, М.А. Власенко, И.Ю. Микляев. – М.: Медицина, 1981. – 488 с.
7. Миронова Г.Е. Перекисное окисление липидов при ишемической болезни сердца / Г.Е. Миронова [и др.] // Якутский медицинский журнал. – 2004. – № 1. – С. 6-10.
8. Меерсон Ф.З. Адаптация к стрессорным ситуациям и физическим нагрузкам / Ф.З. Меерсон. – М.: Медицина, 1988.
9. Меерсон Ф.З. Патогенез и предупреждение стрессорных и ишемических повреждений сердца / Ф.З. Меерсон. – М.: Медицина, 1984. – С. 272.
10. Моргунов А.А. Характер и свободнорадикальные механизмы нарушений сократительной функции сердца при ишемическом шоке; защитный эффект антиоксидантов / Моргунов А.А. [и др.] // Тез. докл. IV конференции «Биоантиоксидант». – М., 1992. – Т. II. – С. 17.
11. Ходжамбердиев И.Б. Посредники при гипоксических повреждениях мембран – лизосомальные ферменты и фосфолипазы / И.Б. Ходжамбердиев, Т.К. Кадыралиев, В.И. Сороковой // Структура и функции лизосом. – М., 1986. – С. 224.
12. Яковлева А.И. Антиоксиданты и перекисное окисление липидов у больных с ишемической болезнью сердца: сб. статей междунар. конф. молодых ученых // А.И. Яковлева, Л.В. Тарабукина «Медико-биологические и социальные проблемы современного человека». – Тирасполь, 2007.
13. Ярема Н.И. Изменение активности антиоксидантных ферментов у больных гипертонической болезнью / Н.И. Ярема, Г.Г. Коновалова, В.З. Ланкин // Кардиология. – 1992. – 3. – С.46-48.
14. Feelisch M. Biotransformation of organic nitrates to nitric oxide by vascular smooth muscle cells and endothelial cells / M. Feelisch // Biochem Biophys Res Commun. – 1991. – 180. – P. 286-293.
15. Halliwell B. Antioxidants and human disease: a general introduction. Nutr Rev 1997; 55; S44-S52. Van Niel, E.W.J., and Gottschal, J.C. (1997) Appl. Environ. Microbiol., 64. – P.1034-1039.
16. Noronha-Dutra A.A. The correlation between catecholamine and lipid peroxidation induced damage in heart cells / A.A. Noronha-Dutra // Basic. Red. Cordial. – 1985. – V. 80. – P. 133-136.
17. Uchiyama M. Determination of malonaldehyde precursor in tissues by thiobarbituric acid test / M. Uchiyama, M. Michara // Anal. Biochem. – 1978. – Vol.86. – №1. – P. 271-278.

А.А. Донская, С.Н. Морозов, Е.А. Морозова,
А.М. Пальшина, В.К. Григорьева

ВЗАИМОСВЯЗЬ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ С ХАРАКТЕРОМ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ г.ЯКУТСКА

Цель исследования. Выявить частоту и характер гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ), проанализировать зависимость геометрической модели левого желудочка от суточного профиля артериального давления, а также оценить взаимосвязь ГЛЖ с коэффициентом податливости (КП) артериальной стенки у мужчин и женщин с АГ в условиях г. Якутска.

Материал и методы. Нами было обследовано 256 больных с установленными данными стабильного течения АГ I-II степени. Из них были выделены две группы по половому признаку и две возрастные подгруппы: с 18 до 35 и с 36 до 55 лет. В клинике осуществлялась комплексная оценка жалоб больных, анамнеза заболевания и жизни, результатов клинических, лабораторных, функциональных и инструментальных исследований. Суточное мониторирование АД (СМАД) проводилось на аппарате системы Инкарт (Россия) в условиях свободного двигательного режима. Статистическая обработка данных проводилась при помощи программы SAS.

ДОНСКАЯ Ариадна Андреевна – д.м.н., директор клиники ЯГУ; **МОРОЗОВ Сергей Николаевич** – зав. терапевтическим отделением ЯГКБ; **МОРОЗОВА Елена Александровна** – врач-терапевт ЯГКБ; **ПАЛЬШИНА Аида Михайловна** – к.м.н., врач-кардиолог, доцент МИ ЯГУ; **Григорьева Валентина Кимовна** – зам. директора лечебной части поликлиники «Медэкспресс-С».

Выводы. Концентрическая ГЛЖ выявлена у 21,9% мужчин и 12,4% женщин, эксцентрическая ГЛЖ – у 11,9% мужчин и 15,5% женщин с АГ. По данным СМАД во всех группах отмечен тип суточного профиля АД non-dipper. КП артериальной стенки может рассматриваться как маркер ГЛЖ.

Ключевые слова: артериальная гипертония, гипертрофия левого желудочка, геометрическая модель левого желудочка, коэффициент податливости артериальной стенки, суточный профиль артериального давления.

The purpose of research. To reveal frequency and character of left ventricular hypertrophy (LVH), to analyse dependence of geometrical model of a left ventricle from a daily profile of

arterial pressure, and also to estimate interrelation of LVH with coefficient of compliance (CC) of an arterial wall in men and women with AH in conditions of Yakutsk.

Material and methods. We had surveyed 256 patients with the established data of stable current of AH of the I-II degrees. From them two groups by sex and two age subgroups have been allocated: from 18 till 35 years and from 36 till 55 years. In clinic the complex estimation of complaints of patients, the anamnesis of disease and life, results of clinical, laboratory, functional and tool researches were carried out. Daily monitoring of the AP was defined on the equipment of Inkart system (Russia) in conditions of a free impellent mode. For statistical data processing we used SAS program.

Conclusions. Concentric LVH is revealed in 21,9% of men and 12,4% of women, excentric LVH - in 11,9% of men and 15,5% of women with AH. According to DMAH in all groups the type of a daily profile of the AH is non-dipper. CC of an arterial wall can be considered as marker of CLVH.

Keywords: arterial hypertension, left ventricular hypertrophy, geometrical model of left ventricle, coefficient of compliance of an arterial wall, a daily profile of arterial pressure.

Артериальная гипертензия – одна из важных проблем медицины мирового сообщества. Ряд авторов выделяет особенности течения АГ на Севере, так называемый «северный вариант» АГ с выраженной метеолабильностью, для которого характерно раннее начало с быстрым прогрессированием, значительным увеличением массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) и индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) [2,3,5,7]. Определяемая как увеличение ИММЛЖ ГЛЖ повышает риск сердечно-сосудистых осложнений [10,12,13]. В последние годы наряду с такими факторами риска сердечно-сосудистых осложнений, как возраст, пол, курение, дислипидемия, сахарный диабет, большое значение придается геометрической модели левого желудочка [1,4,6,8,11]. Нам не встретилось работ, посвященных оценке суточного профиля АД у больных АГ на Севере в зависимости от характера ГЛЖ.

Цель исследования – выявить частоту и характер ГЛЖ, проанализировать зависимость геометрической модели левого желудочка от суточного профиля АД, а также оценить взаимосвязь ГЛЖ с КП артериального русла у мужчин и женщин с АГ в условиях г. Якутска.

Материал и методы. Нами обследовано 256 больных (159 мужчин, средний возраст $31,4 \pm 0,5$, и 97 женщин, средний возраст $32,4 \pm 1,1$ года) с установленными данными стабильного течения АГ I-II степени (исходным уровнем артериального давления 140-179/90-109 мм рт.ст) и длительностью течения АГ свыше 5 лет. Из них были выделены две группы по половому признаку и две возрастные подгруппы: мужчины (с 18 до 35 (м1), и с 36 до 55 лет (м2)) и женщины (соответственно ж1 и ж2). Группа сравнения состояла из 22 чел., мужчин и женщин, практически здоровых, средний возраст которых составил $28,9 \pm 0,7$ лет.

Из исследования были исключены больные с наличием в анамнезе

почечной и печеночной недостаточности, злокачественных новообразований, выявленных гемодинамически значимых стенозов в системе сонных артерий, инфарктов, инсультов, сердечной недостаточности II-IV классов по NYHA, зависимости от алкоголя.

В клинике осуществлялась комплексная оценка жалоб больных, анамнеза заболевания и жизни, результатов клинических, лабораторных, функциональных и инструментальных методов исследований. Всем пациентам регистрировалась ЭКГ с последующим расчетом вольтажных критериев ГЛЖ (признака Соколова-Лайона, Корнеловского произведения). Для определения параметров центральной гемодинамики и ММЛЖ проводилась эхокардиография по общепринятой методике, с определением следующих параметров: толщина межжелудочковой перегородки (тМЖП), толщина задней стенки левого желудочка (тЗСЛЖ), конечный диастолический размер (КДР). Для характеристики ГЛЖ использованы расчетные величины: 1) ММЛЖ рассчитывалась по формуле Devereux R.B. по критериям PENN[9]:

$$\text{ММЛЖ} = 1,04 \times ((\text{тМЖП} + \text{тЗСЛЖ} + \text{КДР})^3 - \text{КДР}^3) - 13,6;$$

$$2) \text{ИММЛЖ} = \text{ММЛЖ} / \text{площадь поверхности тела};$$

$$3) \text{относительная толщина миокарда левого желудочка (ОТМ)}:$$

$$\text{ОТМ} = (\text{тМЖП} + \text{тЗСЛЖ}) / \text{КДР}.$$

Геометрическая модель ЛЖ определялась по критериям: нормальная геометрия – ИММЛЖ менее 134 г/м^2 у мужчин и 110 г/м^2 у женщин, ОТМ менее 0,45; концентрическое ремоделирование – ИММЛЖ менее 134 и 110 г/м^2 соответственно, ОТМ более 0,45; концентрическая гипертрофия левого желудочка (КГЛЖ) – ИММЛЖ более 134 и 110, ОТМ более 0,45; эксцентрическая гипертрофия левого желудочка (ЭГЛЖ) – ИММЛЖ более 134 и 110, ОТМ менее 0,45.

Суточное мониторирование АД (СМАД) проводилось на аппарате

системы Инкарт (Россия) в условиях свободного двигательного режима. Интервалы между измерениями АД составляли 30 мин в период бодрствования и 60 мин во время сна. Рассчитывался ИМТ (кг/м^2). КП артериальной стенки рассчитывался как отношение ударного объема (УО) к пульсовому давлению (ПД).

Статистическая обработка данных проводилась при помощи программы SAS.

Результаты и обсуждение. В мужской группе средний возраст впервые повышенного АД составил 26 лет, в группе женщин – 23 года. Практически у каждого второго мужчины (46,4%) и у 24,7% женщин имеются указания на заболевания ЦНС. Эндокринные дисфункции имели место у 12,5% мужчин и у 30,8% женщин. Заболевания почек документированы у 23,2% мужчин и у каждой третьей женщины (36%).

При анализе анамнестических данных выявлено, что в мужской группе 110 чел. (69%) никогда не принимали гипотензивных препаратов, а 49 (31%) чел. принимали эпизодически. В группе женщин 47 чел. (46%) также никогда не принимали гипотензивных препаратов, 44 чел. (45%) принимали препараты эпизодически и 9 (9%) – регулярно. Пациенты принимали рекомендованные им препараты из различных групп, но основные лекарственные средства были из групп ингибиторов АПФ (иАПФ), β -адреноблокаторов (БАБ), антагонистов кальция (АК) и диуретиков. Препараты из групп блокаторов рецепторов ангиотензина (БРА), агонистов имидазольных рецепторов (АИР) и α -адреноблокаторов никто не использовал.

Исходя из антропометрических данных, все мужчины и женщины были разделены по ИМТ на пять групп. Увеличение ИМТ достоверно прослеживается в группах от 36–55 лет. Отметим и то, что в исследуемых подгруппах основными факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний явились повышенный уровень обще-

го холестерина крови, липопротеинов низкой плотности. При оценке частоты наследственной предрасположенности к АГ найдено, что только 6,4% мужчин и 6,2% женщин знают об АГ по линии матери, и 4,9 и 8,2% соответственно – об АГ по отцовской линии.

При исследовании гемодинамических показателей нами выявлено, что самые высокие наблюдаются в старшей мужской группе: из них ЧСС баз $72,0 \pm 3,1$ в мин ($p < 0,01$), САД баз $173 \pm 1,8$ мм рт.ст. ($p < 0,01$), ДАД баз $102 \pm 8,3$ мм рт.ст. ($p < 0,01$), ПД $71 \pm 6,7$ мм рт.ст. ($p < 0,01$), АД среднее гемодинамическое (АД ср.гемод.) $125 \pm 10,2$ мм рт.ст. ($p < 0,01$), УО $116 \pm 2,4$ ($p < 0,01$), минутный объем (МО) 8629 ± 234 ($p < 0,001$), общее периферическое сопротивление сосудов (ОПСС) 1245 ± 34 ($p < 0,001$). В младшей женской группе гемодинамические показатели несколько выше, чем в младшей мужской: ЧСС баз. (ж1 – $69 \pm 3,1$, м1 – $67 \pm 1,2$), САД баз. (ж1 – $161 \pm 8,6$, м1 – $160 \pm 1,3$), ДАД баз. (ж1 – $99 \pm 6,7$, м1 – $96 \pm 7,2$), ПД (ж1 – $62 \pm 5,4$, м1 – $62 \pm 3,4$), АД ср. гемод. (ж1 – $121 \pm 6,5$, м1 – $119 \pm 6,4$).

При анализе частоты ГЛЖ нами выявлено, что в мужских группах ГЛЖ наблюдалась в 33,9%, а в женских – в 27,8%. ГЛЖ встречается достоверно чаще в старших группах: м2 – 53,7% против м1 – 19,5, и ж2 – 51,4% против ж1 – 14,5%) ($p < 0,01$). В мужской группе преобладает КГЛЖ, в старшей женской подгруппе – ЭГЛЖ (табл.1).

По данным СМАД нами отмечен суточный профиль во всех группах по типу non-dipper. В группе больных с КГЛЖ нами выявлено уменьшение частоты типов dipper за счет увеличения числа non-dipper в основном в результате изменений САД. А в группе больных с ЭГЛЖ нами отмечено уменьшение лиц с типом dipper за счет увеличения non-dipper и night-peaker в основном в результате динамики распределения типов суточного профиля ДАД (табл.2).

У лиц с КГЛЖ по сравнению с другими типами ремоделирования определяется достоверное снижение КП артериальной стенки ($p < 0,05$; $r = -0,71$ у м1; $r = -0,78$ у м2; и $r = -0,52$ у ж1; $r = -0,61$ у ж2), что связано с формированием дисфункции ЛЖ и ведет к уменьшению сердечного выброса на фоне повышения массы ЛЖ (табл.3).

Выводы

1. Частота ГЛЖ у лиц с АГ составила у мужчин 33,9%, у женщин – 27,8%.
2. У 57,8% мужчин и 63% женщин с АГ найдена нормальная геометрия

Таблица 1

Варианты геометрии левого желудочка у больных с артериальной гипертонией, обследованных в г.Якутске

Исследуемые группы		Нормальная геометрия		Концентрическое ремоделирование		Концентрическая ГЛЖ		Эксцентрическая ГЛЖ	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Мужчины	м1, 18-35 лет n=92	70	44	4	2,5	11	6,9	7	4,4
	м2, 36-55 лет n=67	22	13,8	9	5,7	24	15	12	7,5
Женщины	ж1, 18-35 лет n=62	51	52,6	2	2	6	6,2	3	3,1
	ж2, 36-55 лет n=35	12	12,4	5	5,1	6	6,2	12	12,4
Группа сравнения	оба пола, 18-55 лет n=22	22	100						

Примечание. Приведены только достоверные данные ($p < 0,05$) при сравнении показателей с группой сравнения.

Таблица 2

Распределение типов суточного профиля АД у обследованных пациентов с АГ, %

Суточный ритм АД	Нормальная геометрия		Концентрическое ремоделирование		Концентрическая ГЛЖ		Эксцентрическая ГЛЖ	
	САД n155	ДАД n155	САД n19	ДАД n19	САД n47	ДАД n47	САД n 34	ДАД n 34
Dipper	32,9	43,2	31,5	36,8	19,1*	31,9	29,5	11,7*
Non-dipper	59,3	51	57,1	47,3	68,1	55,3	64,7	61,7
Over-dipper	4,5	4,5	5,2	10,5	10,7	8,5	2,9	0
Night-peaker	3,7	1,2	5,2	5,2	2,1	4,3	5,8	26,6*
Итого	100	100	100	100	100	100	100	100

Примечание. В табл.2 и 3 * $p < 0,05$ по сравнению показателей с группой с нормальной геометрией.

Таблица 3

Оценка КП при различных геометриях ЛЖ у больных с АГ

Исследуемых группы		Нормальная геометрия	Концентрическое ремоделирование	Концентрическая ГЛЖ	Эксцентрическая ГЛЖ
Мужчины	м1, 18-35 лет n=92	$1,61 \pm 0,5$	$1,43 \pm 0,4$	$1,02 \pm 0,3^*$	$1,35 \pm 0,4$
	м2, 36-55 лет n=67	$1,43 \pm 0,4$	$1,37 \pm 0,3$	$0,98 \pm 0,5^*$	$1,29 \pm 0,4$
Женщины	ж1, 18-35 лет n=62	$1,82 \pm 0,3$	$1,74 \pm 0,6$	$1,21 \pm 0,4^*$	$1,58 \pm 0,2$
	ж2, 36-55 лет n=35	$1,58 \pm 0,2$	$1,51 \pm 0,4$	$1,1 \pm 0,3^*$	$1,38 \pm 0,6$
Группа сравнения	оба пола, 18-55 лет n=22	$1,9 \pm 0,7$			

ЛЖ, соответственно у 8,2 и 7,1 – концентрическое ремоделирование, у 21,9 и 12,4 – концентрическая ГЛЖ, у 11,9% мужчин и 15,5% женщин с АГ найдена эксцентрическая ГЛЖ.

3. По данным СМАД во всех группах отмечен non-dipper, что обусловлено неадекватной гипотензивной терапией и преобладанием вторичных АГ, изменение суточного профиля АД происходит в виде уменьшения амплитуд суточных ритмов САД и ДАД при всех типах геометрии: в группе с КГЛЖ большей частью за счет суточ-

ного профиля САД, а в группе ЭГЛЖ – за счет суточного профиля ДАД.

4. У мужчин и женщин с КГЛЖ отмечаются достоверно более высокие показатели САД, ДАД, ПД и достоверно более низкий КП артериальной стенки, который может рассматриваться как маркер КГЛЖ.

Литература

1. Грачев А.В., Аляви А.Л., Ниязова Г.У. и др.//Кардиология. – 2000. – № 3. – С. 31-38.

2. Давиденко В.И., Деряпа Н.Р., Дарьяни С.А. // Адаптация к экстремальным геофизическим факторам и профилактика метеотропных реакций. – Новосибирск, 1989. – С. 25.

3. Деряпа Н.Р. // Региональные особенности здоровья жителей Заполярья. – Новосибирск, 1983. – С. 6–11.

4. Попова Е.К., Иванов К.И., Аронов Д.М. // Профилактика неинфекционных заболеваний как один из приоритетов сохранения здоровья. – Якутск, 2000. – С. 32–33.

5. Поликарпов Л.С. // Научные труды АМН СССР. Сибирское отделение / под ред. Деряпа Н.Р. – Новосибирск, 1981. – С. 65–68.

6. Флоря В.Г. // Кардиология. – 1997. – № 5. – С. 63–70.

7. Хаснулин В.И., Шургая А.М., Хаснулина А.В. и др. // Вестник межрегиональной ассоциации здравоохранения Сибири. – Новосибирск, 1998. – С. 8–15.

8. Шляхто Е.В., Конради А.О., Захаров Д.В. и др. // Кардиология. – 1999. – № 2. – С. 49–55.

9. Ganau A., Devereux R.B., Roman M.J.

et al. // J Am Coll Cardiol. – 1992. – Vol 19. – P. 1550–1558.

10. Kannel W.B. // Cardiology. – 1992. – Vol. 81. – P. 291–298.

11. Koren M.J., Devereux R.B., Casale P.N., et al. // Ann Intern Med. – 1991. – Vol. 114. – P. 345–352.

12. Levy D., Garrison R.J., Savage D.D. et al. // N Engl J Med. – 1990. – Vol. – 322. – P. 1561–1566.

13. Verdecchia P., Borgioni C. et al. // Am J Hypertens. – 2003. – Vol. 16, Pt. 1. – P. 895–899.

УДК 618.439 : 616 - 036.88/- 053.31
(571.61) : 311.175

Л.З. Гостева, Л.Г. Манаков

ДИНАМИКА И СТРУКТУРА ФЕТОИНФАНТИЛЬНЫХ ПОТЕРЬ НА ТЕРРИТОРИИ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

В последние годы большое внимание стало уделяться изучению рекомендованного Всемирной организацией здравоохранения показателя фетоинфантильных потерь (ФИП), объединяющего мертворождаемость и младенческую смертность. Целью работы явилось определение динамики и структуры показателя фетоинфантильных потерь на территории Амурской области. В процессе работы был проведен анализ 727 случаев смерти плодов с массой тела 1000 г и более и детей, умерших в возрасте до 1 года, за 2002 – 2006 гг.

In recent years much attention has been paid to the study of the indices of fetoinfantile losses (FIL) including abortions and infantile deaths, recommended by World Health Organization. The aim and purpose of our research is to establish the dynamics and structure of fetoinfantile losses in the Amur Region. In the course of our research we analyzed 727 cases of fetus deaths whose weight was 1000 gms and above and infants who died in the age before a year is age in the period from 2002 up to 2006.

Снижение рождаемости, рост смертности населения трудоспособного возраста, высокие показатели младенческой смертности и как следствие этих процессов отрицательный естественный прирост населения выдвигают перед учеными-медиками и практическим здравоохранением задачу поиска новых путей выхода из сложившейся кризисной ситуации [1].

Важным направлением в этой области является профилактика перинатальной и младенческой смертности. Для анализа эффективности службы материнства и детства целесообразно применять используемый ВОЗ интегрированный показатель фетоинфантильных потерь (ФИП), объединяющий мертворождаемость и смертность детей первого года жизни, так как он характеризует уровень как педиатрической, так и акушерско-гинекологической службы и определяет качество и адекватность оказания помощи женщине и ребенку на всех ее этапах [2].

Целью нашего исследования явилось изучение медико-социальных особенностей

фетоинфантильных потерь на территории Амурской области.

Материалы и методы

В процессе работы была предусмотрена экспертиза всех случаев мертворождений (плоды с массой тела 1000 г и более) и смерти детей в возрасте до 1 года за период 2002 – 2006 гг.

Для анализа изучаемой проблемы использовались статистические показатели, характеризующие уровень и структуру потерь жизнеспособных детей в раннем и позднем неонатальном, неонатальном и постнеонатальном периодах, показатель мертворождаемости.

Объектами исследования явились 727 пар «мать – дитя». Для сбора информации была использована выкопировка данных из первичной медицинской документации в специально разработанную Карту экспертной оценки фетоинфантильной смертности.

В эту карту была внесена вся информация о здоровье матери, течении беременности и родов, развитии ребенка в соответствующие периоды жизни.

Сбор материала проводился ретроспективно сплошным методом.

Соответственно периодам гибели жизнеспособные дети были разделены на 4 группы. Первую группу составили

204 мертворожденных, вторую – 292 новорожденных, которые умерли в ранний неонатальный период (в течение первых 168 часов), третью группу – 94 новорожденных, умерших в поздний неонатальный период (с 7 – 28 день) и четвертую группу составили 137 новорожденных, которые умерли в постнеонатальный период (с 28-го дня до 1 года).

В рамках экспертизы проводилась оценка курабельности пороков развития плода и новорожденного (с точки зрения сохранения жизни) в соответствии с классификацией В.А. Шапкайца (2001).

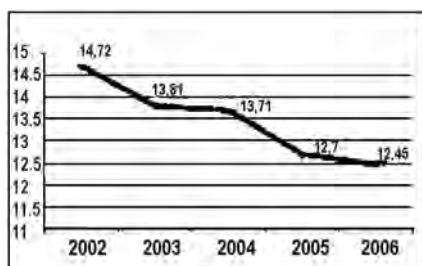
Результаты и обсуждение

Анализ показателя ФИП за 5-летний период наблюдения выявил, что в целом по области наблюдается тенденция к его снижению с 14,70 до 12,45/1000 (рисунок).

Общеизвестно, что среди детей, умерших в первый год жизни, большая часть погибает в возрасте до одного месяца, то есть в неонатальном периоде. В этой возрастной группе большая часть погибает в раннем неонатальном возрасте, то есть до 6 дней.

По данным нашего исследования, среди всех потерь жизнеспособных детей (ФИП) за период 2002–2006 гг. также преобладала ранняя неонатальная смертность (40,2%), умершие в антен-

ГОСТЕВА Лилия Завеновна – аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения Амурской государственной медицинской академии; **МАНАКОВ Леонид Григорьевич** – д.м.н., проф., ученый секретарь ДНЦ ФПД СО РАМН.



Показатель ФИП в Амурской области за 2002–2006 гг., %

интранатальном периоде составили 28,1%, потери детей в возрасте 7–28 дней – 12,9% и потери детей в возрасте 29 дней–1 год – 18,8%.

Занимающая лидирующее положение ранняя неонатальная смертность постепенно снижалась с 6,65 до 4,88‰. Далее следовала мертворождаемость с тенденцией к снижению (с 4,56 до 3,83 на 1000). Смертность в позднем неонатальном периоде имела скачкообразный характер с пиком в 2004 г. (2,44‰) и с минимальным значением (1,05‰) в 2002 г. Смертность в постнеонатальном периоде также имела тенденцию к снижению с 2,47‰ в 2002 г. до 1,92 в 2006 г. (таблица).

Преждевременные роды продолжают оставаться наиболее частой причиной неонатальной заболеваемости и смертности. По данным нашего исследования, наибольший удельный вес среди всех ФИП составили недоношенные (до 38 недель) – 53,2%, что соответствует средним мировым показателям. Доношенные новорожденные (38–40 недель) составили 45,1% и переносные (41 неделя и более) – 1,7%.

Масса ребенка при рождении имеет самое непосредственное влияние на его жизнеспособность. В этом мнении единодушны практически все ученые, занимающиеся проблемой детской смертности.

В группе недоношенных преобладали дети с массой тела менее 2500 г. Примечательно, что среди мертворожденных преобладали плоды с массой до 1000г.

В группе доношенных по всем периодам смерти, кроме мертворожден-

ных, преобладали дети с массой тела более 2500г.

Корреляционная связь между неделей гестации и массы тела при рождении прямая, сильная, достоверная ($r=0,7$, $P>99\%$), следовательно, наши данные подчеркивают известный факт взаимосвязи гестационного возраста и массы тела при рождении.

Как показал анализ, ведущими непосредственными причинами мертворождаемости были внутриутробная гипоксия (асфиксия плода антенатальная) и асфиксия плода интранатальная. В общей сложности они составили 67,9%, при этом антенатальная асфиксия встречалась в 2 раза чаще, чем интранатальная, и имела тенденцию к росту. Достаточно высокий удельный вес среди всех причин мертворождаемости имеют врожденные anomalies и хромосомные нарушения – 19,2%, что свидетельствует о несовершенстве диагностических мероприятий, низкой разрезающей способности ультразвуковой техники, недостаточной квалификации специалистов.

Анализ непосредственных причин, приведших к смерти новорожденного в первую неделю жизни, показал, что лидирующее положение в течение изучаемого периода занимал респираторный дистресс-синдром новорожденного (33,1%), на втором месте были инфекционные болезни, в том числе внутриутробные инфекции (19,8%). На третьем – врожденные anomalies, или пороки (ВПР), развития (22,3%).

Основную долю в структуре причин смерти детей в позднем неонатальном периоде составили отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (55,3%), на втором месте – врожденные anomalies (18,9%), на третьем месте – болезни органов дыхания (7,9%) и инфекционные и паразитарные болезни (7,4%).

Структура причин смерти в постнеонатальном периоде существенно отличалась от таковой во все описанные ранее периоды. Доминирующее положение занимали инфекционные и паразитарные заболевания (24,5%), на втором месте были ВПР (23,1%), на третьем – болезни органов дыхания (10,2%). Настораживают высокие показатели синдрома внезапной смерти (8,2%), что говорит о недостатках экспертизы смертности младенцев и требует дополнительного изучения.

Врожденные пороки развития стойко занимали одно из ведущих мест среди непосредственных причин гибели детей. За изучаемый период в структуре ВПР на первом месте (29,4%) были

множественные пороки развития, на втором (25,3%) – ВПР нервной системы, на третьем (20,7%) – ВПР системы кровообращения, на четвертом (12,6%) – ВПР и деформации костно-мышечной системы, далее врожденные anomalies ЖКТ (6,3%) и прочие.

Среди всех потерь жизнеспособных детей от ВПР значимую долю (40,6%) составили умершие в раннем неонатальном периоде. Среди мертворожденных потери от ВПР составили 25,1%, в позднем неонатальном и в постнеонатальном периодах соответственно 10,3 и 24%.

В структуре всех выявленных у умерших детей врожденных пороков развития преобладали incurable – 54,7%. Доля же curable (10,6%) была незначительна. Удельный вес условно curable случаев составил 29,4%, неуточненных ВПР – 5,3%.

Из всех выявленных врожденных anomalies развития и хромосомных нарушений лишь 24% были выявлены пренатально. 59,1% ВПР были выявлены уже после рождения и 16,9% – лишь посмертно у детей после рождения, что говорит о недостатках в организации системы медико-генетического консультирования и несовершенстве ультразвуковой диагностики во время беременности. Это положение, в частности, подтверждается тем, что в исследуемой группе у 33,4% женщин вообще нет сведений об ультразвуковом обследовании, а в 60,2% случаев оно было недостаточным.

Выводы

1. Анализ показателя ФИП за 5-летний период наблюдения выявил, что в целом по области наблюдается тенденция к его снижению с 14,72 до 12,45‰.

2. Среди всех потерь преобладала ранняя неонатальная смертность, которая постепенно снижалась с 6,65 до 4,88‰.

3. Высокий процент ВПР, не выявленных пренатально, а также женщин не прошедших УЗ-обследование или прошедших его в неполном объеме, свидетельствует о низком качестве УЗ-диагностики, а также о недостаточном оснащении современной УЗ-аппаратурой ЛПУ родовспоможения в области.

Литература

1. Альбицкий В.Ю. [и др.] // Здоровоохран. Рос. Федерации. – 1997. – №3. – С.36–37.
2. Фролова О.Г., Пугачева Т.Н., Глиная С.В., Гудимова В.В. // Там же. – 1994. – №2. – С.25–27.

Возрастная структура ФИП в Амурской области, ‰

Дети	Год				
	2002	2003	2004	2005	2006
Мертворожденные	4,56	3,68	3,07	3,83	3,83
0–6 дней	6,65	5,65	4,49	6,23	4,88
7–27 дней	1,05	1,79	2,44	1,59	1,82
28–365	2,47	2,69	3,52	2,05	1,92

УДК 616.37-002.4-002-089

М.М. Винокуров, В.В. Савельев, А.А. Яковлев, А.П. Петров

НОВЫЕ АСПЕКТЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

Представленная работа основана на результатах хирургического лечения 188 больных с острым холециститом в условиях центральной районной больницы. Основой исследования послужило использование интегральной оценки тяжести общего состояния больных с острым холециститом. Разработана методика прогнозирования исходов хирургического лечения.

The submitted work is based on results of surgical treatment of 188 patients with acute cholecystitis in conditions of the central regional hospital. As a basis of research use of an integrated estimation of weight of the common condition of patients with acute cholecystitis has served. The technique of forecasting outcomes of surgical treatment is developed.

Введение. Среди различных заболеваний органов брюшной полости острый холецистит и его осложнения до настоящего времени занимают ведущую позицию. Проблема их лечения остается одной из самых актуальных тем медицины. Новые экономические условия требуют точной диагностики и быстрого лечения пациента при максимально коротком сроке пребывания больного в стационаре [3-5]. По этой причине лечение больных с острым холециститом является потребностью практического здравоохранения [6,11,12]. Несмотря на то, что внедрение в клиническую практику эндоскопической аппаратуры кардинально изменило методику операций при остром холецистите, до сих пор новый метод в условиях Крайнего Севера широкого применения еще не получил. В этой связи чрезвычайно высокую значимость приобретают разработка вопросов организации оптимальной хирургической помощи больным с острым холециститом в условиях Крайнего Севера с его слаборазвитой транспортной системой и детальный анализ результатов использования различных методов хирургического лечения.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 188 больных с острым холециститом, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении центральной районной больницы г. Вилюйска Республики Саха (Якутия) с 1997 по 2007 г. В зависимости от применявшейся в различные годы лечеб-

ной тактики больные распределены на две основные группы. Первую группу составили 100 больных, наблюдавшихся с 1997 по 2002 г. В этот период применяли тактику лечения больных с острым холециститом, основанную на широком использовании традиционных хирургических методов лечения. Клинический материал данного периода послужил основанием для анализа лечебной тактики и поиска путей улучшения результатов хирургического лечения. Вторую группу составили 88 больных, прошедших лечение с 2003 по 2007 г. В этот период использовали усовершенствованную лечебную тактику, базирующуюся на прогнозировании исходов хирургического лечения больных с острым холециститом и применением малоинвазивных оперативных вмешательств. Распределение больных по возрасту и полу представлено в табл.1.

Результаты и обсуждение. В последнее время появилась необходимость специальных исследований, направленных на выявление специфики течения заболевания и факторов риска, а также на разработку прогнозирования исходов операций [1,3,7,11]. Такой подход дает возможность определить группы больных с высокой вероятностью развития осложнений и летального исхода при традиционных общепринятых формах хирургического лечения. Полученные при прогнозировании данные позволяют вовремя видоизменять лечебную тактику у этих больных, снижая операционно-анестезиологический риск путем уменьшения объема оперативного вмешательства либо расширения объема интенсивной терапии. Некоторые авторы указывают на возможность использования в качестве критериев для отбора группы пациентов

повышенного риска наличие антропометрических, биохимических, иммунологических параметров [2,7,10]. Ясно, что параметры только в совокупности могут иметь какое-то прогностическое значение. Поэтому в публикациях все чаще встречаются прогностические индексы, основанные на комбинации или балльной оценке какой-либо совокупности нескольких параметров, отобранных в качестве самых информативных [3,9,12]. С помощью шкалы или индексов можно прогнозировать вероятность осложнений в послеоперационном периоде, возможность летального исхода, вероятность выздоровления [5,6,8,3]. На основании данных отечественной и зарубежной литературы, посвященных факторам риска оперативных вмешательств при желчнокаменной болезни (ЖКБ) и ее деструктивных изменениях, а также нашего практического опыта в лечении острого холецистита нами были отобраны 64 клинических и лабораторных показателя (факторы операционного риска), влияющих на исход операции (табл.2).

Прогноз исхода лечения больного с острым холециститом, по данным ряда авторов, можно определить ма-

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Возраст, лет	Мужчины	Женщины	Итого, абс. (%)
18-25	-	9	9 (4,7)
26-35	2	45	37 (19,8)
36-45	4	48	52 (27,6)
46-55	5	34	39 (20,7)
56-70	5	29	34 (18)
70 и старше	3	4	7 (3,2)
Всего	19 (10,1%)	169 (84,5%)	188 (100)

ВИНОКУРОВ Михаил Михайлович – д.м.н., проф., зав. кафедрой МИ ЯГУ; **САВЕЛЬЕВ Вячеслав Васильевич** – к.м.н., доцент МИ ЯГУ; **ЯКОВЛЕВ Антон Антонович** – зав. отделением Вилюйской ЦУБ; **ПЕТРОВ Александр Петрович** – аспирант МИ ЯГУ.

Таблица 2

Карта оценки тяжести общего состояния больного
с острым холециститом

Окончание табл.2

№	Фактор риска	Оценка в баллах
1	2	3
1	Возраст больного	
	60-70 лет	2
	70-80	3
	80-90	4
	Свыше 90	5
2	Объем и тяжесть операции:	
	Холецистостома	2
	Холецистэктомия	3
	Холецистэктомия + операции на желчных протоках и сфинктере Одди	4
3	Экстренные операции	4
4	Ожирение	
	I-II ст.	1
	II-III ст.	2
	III-IV ст.	3
5	Сердечно-сосудистая система:	
	ХИБС с числом приступов до 5 в день	3
	– // – более 5 в день	4
6	Выраженный коронарокардиосклероз (ЭКГ-диагностика)	3
7	Острый инфаркт миокарда (ИМ)	5
8	ИМ в последние 6 мес. (постинфарктный кардиосклероз)	4
9	ИМ в прошлом	3
10	Повторные инфаркты миокарда	4
11	Гипертоническая болезнь - АД выше 180/100	3
12	– // – - АД выше 120/80	2
13	Диастолическое давление выше 100 мм рт. ст.	3
14	Нарушение ритма проводимости	3
15	Атриовентрикулярная блокада I-II ст.	3
16	Экстрасистолия более 5 экстрасистол в 1 мин.	3
17	Наличие сердечной недостаточности НК I-II ст.	3
18	– // – НК II-III ст.	5
19	Наличие пороков сердца	3
20	Нестабильная стенокардия	3
21	ЦВД выше 14 см вод.ст.	3
22	ЦВД ниже 2 см вод.ст.	3
	Дыхание газообмен	
23	Одышка свыше 30 дыханий в 1 мин.	3
24	ЖЕЛ меньше 60% к должной ЖЕЛ	4
25	Пробы Тифно меньше 50%, Штанге меньше 15 с, Сообразе меньше 10 с	3

1	2	3
26	Максимальная вентиляция легких (МВЛ) меньше 50% к должной МВЛ	3
27	На рентгенограмме пневмосклероз	2
28	Рo2арт ниже 60 мм рт.ст.	3
29	– // – выше 45 мм рт. ст.	3
30	– // – ниже 30 мм рт.ст.	3
31	Легочный шунт свыше 15%	3
32	Выделение гнойной мокроты свыше 50 мл в сутки	3
33	Варикозная болезнь, ПТБ нижних конечностей	2
34	Бронхиальная астма, хр. бронхит, ХНЗЛ	3
35	Резекция доли легкого	3
36	Пулumonэктомия	4
	Гомеостаз	
37	Дефицит ОЦК более 20 мл в сутки	3
38	Гемоглобин выше 140 г/л	2
39	– // – ниже 80 г/л	2
40	Гематокрит выше 45%	2
41	– // – ниже 25%	3
42	Белок меньше 55 г/л	3
43	Остаточный азот 60% (>10 ммоль)	2
44	Креатинин ниже 3 мг %	3
45	Калий выше 5,5 ммоль/л	3
46	– // – ниже 3,0 ммоль/л	3
47	Гиперкоагуляционный синдром (ТЭГ : p<3)	3
48	Билирубин свыше 40 мг/л	2
49	Сахар крови больше 250 мг % (23,75 ммоль/л)	3
50	ВЕ свыше +5,0	3
51	ВЕ меньше 130 ммоль/л	2
52	Натрий больше 155 ммоль/л	3
53	– // – меньше 130 ммоль/л	3
	ЖКТ и мочеполовая система	
54	Увеличение печени + 4 см	3
55	Рвота	3
56	Диарея	3
57	Жажда	2
58	Желтуха	3
59	Почасовой диурез меньше 30 мл/ч	3
	Центральная нервная система	
60	Сознание спутанное	3
61	Мозговая кома (без сознания)	5
62	Параличи, парезы, в анамнезе	3
63	Наличие нарушения мозгового кровообращения	4
64	Искусственный водитель ритма сердца	4

тематической суммой баллов, которыми оценены факторы риска. Однако формулы, по которым рассчитываются вероятность летального исхода или развитие послеоперационных осложнений, сложны и требуют решения трудных математических уравнений при их использовании. В связи с этим нами проведен поиск качественных различий между группами больных с острым холециститом, зависящих от суммы набранных баллов по факторам операционного риска.

Каждой группе больных присвоена категория тяжести общего состояния, которая определялась суммой баллов

факторов операционного риска. По результатам исследований все пациенты распределены на V категорий тяжести. К I категории тяжести отнесены больные с минимальным количеством осложнений. Летальных исходов в этой группе не было. Ко II группе отнесены больные, у которых послеоперационные осложнения возникали чаще, однако летальных исходов не было. III категорию тяжести составила группа больных, у которых послеоперационные осложнения встречались чаще и наблюдались летальные исходы (15%). В IV категорию включены больные, у которых послеоперацион-

ная летальность достигала 20%, в V – больные со 100%-ной летальностью.

Таким образом, по результатам ретроспективных исследований распределение больных по категориям тяжести операционного риска произошло следующим образом (табл.3).

Метод прогнозирования исходов операции при остром холецистите позволил отметить негативную сторону лечебной тактики периода 1997-2002 гг., когда выбор вида оперативного вмешательства регламентировался главным образом субъективной оценкой тяжести общего состояния больного и не учитывались в полной мере

Таблица 3

Распределение больных по возрасту и категории тяжести общего состояния

Возраст, лет	Категория тяжести общего состояния					Всего больных, абс. (%)
	I	II	III	IV	V	
	В первом периоде наблюдений (1997-2002 гг.)					
18-25	1	-	-	-	-	1 (1)
26-35	6	-	-	-	-	6 (6)
36-45	10	5	-	-	-	15 (15)
46-55	1	12	26	8	-	47 (47)
56-70		5	16	3	1	25 (25)
70 и старше			1	3	2	6 (6)
Всего	18 (18%)	22 (22%)	43 (43%)	14 (14%)	3 (3%)	100 (100)
	Во втором периоде наблюдений (2003-2007 гг.)					
18-25	1					1 (1,1)
26-35	10	5	1			16 (18,1)
36-45	18	5	4			27 (30,6)
46-55	3	21	6			28 (31,8)
56-70		3	1	3	1	13 (14,7)
70 и старше				1	1	3 (3,4%)
Всего	32 (36,3%)	34 (38,6%)	16 (18,8%)	4 (4%)	2(2%)	88 (100)

Таблица 4

Карта оценки тяжести общего состояния больного с острым холециститом

№	Фактор риска	Оценка в баллах
1	60-70 лет	2
2	70-80 лет	3
3	80-90 лет	4
4	Свыше 90 лет	5
5	Ожирение I-II ст.	1
6	- // - II-III ст.	2
7	- // - III-IV ст.	3
8	ХИБС с числом приступов до 5 в день	3
9	- // - более 5 в день	4
10	Острый инфаркт миокарда (до 2 нед)	5
11	ИМ в последние 6 мес	4
12	ИМ в прошлом	3
13	Повторные инфаркты миокарда	4
14	Гипертензия - АД _{сис.} выше 180 мм рт. ст.	3
15	- // - ниже 100 мм рт. ст.	4
16	Тахикардия свыше 120 ударов в 1 мин	3
17	Брадикардия меньше 60 ударов в 1 мин	3
18	Нарушение ритма сердца (мерцание, экстрасистолия)	3
19	Нарушение проводимости сердца (AV-блокада, блокада пучка Гиса)	3
20	Выраженный коронарокардиосклероз (ЭКГ-диагностика)	3
21	Наличие сердечной недостаточности НК I-II ст.	3
22	- // - НК II-III ст.	5
23	Наличие пороков сердца	3
24	ЦВД выше 14 см вод. ст. (измеряется у III-IV категории б-х)	3
25	ЦВД ниже 2 см вод. ст. - // -	3
26	Искусственный водитель ритма (ЭКС)	3
27	Варикозная болезнь (ПТБ нижних конечностей)	2
28	Тахипноэ свыше 30 дыханий в мин.	10
29	Проба Штанге меньше 15 с, проба Сообразе меньше 10 с	9
30	На рентгенограмме пневмосклероз, эмфизема	2
31	ХНЗЛ (хр. бронхиты, пневмония, бронхоэктаз, бронх. астма) и острые заболевания легких	6
32	Пулмонэктомия	4
33	Гемоглобин выше 160 г/л	5
34	- // - ниже 80 г/л	5
35	Гематокрит выше 55 %	3
36	- // - ниже 25 %	3
37	Общий белок меньше 55 г/л	3
38	Увеличение печени +4 см.	3
39	Множественная рвота	6
40	Жажда	5
41	Желтуха	6
42	Температура свыше 38,5 °С	5
43	Почасовой диурез меньше 30 мл/ч	3
44	Сахарный диабет	3
45	Нарушение сознания	8

объективные критерии оценки. По этой причине из 64 рассматриваемых на начальном этапе исследований факторов риска мы выделили 46 с использованием метода экспертных оценок (табл.4).

Полученные результаты анализа клинического материала за период 1997-2002 гг., проведенного с использованием математических методов прогнозирования исходов оперативного лечения, и сделанные выводы послужили основанием для разработки усовершенствованной лечебной тактики у больных с острым холециститом и разработки интегральной шкалы оценки тяжести общего состояния больного на основе теории распознавания образов.

Во втором периоде наблюдений 2003-2007 гг. в стационаре оказана хирургическая помощь 88 больным. С I категорией тяжести общего состояния было 32 чел. (36,3%), все оперированы в отсроченном порядке. Больных со II категорией тяжести физического состояния – 34 (38,6%), из них экстренно оперированы 2 (5%), в отсроченном порядке – 32 (94%). В сроки от 6 до 48 ч от момента поступления проводилась предоперационная подготовка у больных с III категорией тяжести общего состояния. В срочном порядке оперированы 4 (25%) больных. Все больные III категории тяжести нуждались в проведении инфузионной терапии. Проводимая пациентам инфузионная терапия включала в себя препараты, корректирующие метаболические нарушения, а также лекарственные средства, направленные на улучшение деятельности жизненно важных органов и систем. Подготовка к операции больных с IV и V категориями тяжести длилась от 6 до 48 ч. Эти больные нуждались в более интенсивной предоперационной подготовке, так как рассматривались нами как группа больных с крайне высокой степенью операционного риска и с менее благоприятным прогнозом. После корректирующей терапии снижение исходной суммы баллов по факторам операционного риска отмечалось у большинства наблюдавшихся больных (табл.3).

Общая сумма баллов по факторам операционного риска уменьшилась в среднем на 5,8-6,9 единиц, причем снижение происходило за счет устранения 2-4 факторов операционного риска. Однако при отмеченном снижении суммы баллов по факторам операционного риска большинство больных оставались в исходной ка-

Таблица 5

Результаты корригирующей терапии у больных с острым холециститом

Категория тяжести общего состояния	Количество больных			Средняя сумма баллов факторов операционного риска, уменьшенная от исходной
	исходное	со снижением суммы баллов	переведенных в другую категорию тяжести	
I	32	32	-	5,8
II	34	32	30	6,9
III	16	12	10	6,9
IV	4	4	3	5,9
V	2	1	1	6,0

Таблица 6

Виды операции при желчнокаменной болезни и ее деструктивных изменениях

Операция	Категория тяжести общего состояния					Всего больных
	I	II	III	IV	V	
Холецистэктомия из мини-доступа	27	30	12	1	1	71 (80%)
Традиционная холецистэктомия	5	4	4	3	1	17 (19%)
Итого	32 (36%)	34 (38%)	16 (18%)	4 (4,5%)	2 (2%)	88 (100%)

тегории тяжести. Проведение предоперационной подготовки оказывает положительное влияние на организм больного. Этот факт не позволяет недооценивать роль предоперационной подготовки. Корригирующая медикаментозная терапия, направленная на снижение суммы баллов операционного риска, способствовала уменьшению категории тяжести у 27 (30%) пациентов. Соответственно уменьшался прогнозируемый риск неблагоприятного исхода (табл.5).

Анализируя результаты оперативного лечения второго периода наблюдения, стоит отметить следующие моменты. У большинства больных (71 чел. или 80%) выполнена холецистэктомия из мини-доступа. Сложная анатомическая ситуация и выраженные деструктивные изменения желчного пузыря у 17 (19%) вынудили произвести конверсию на выполнение традиционной холецистэктомии (ТХЭ). В послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: несостоятельность культи пузырного протока – 1 (1%), желчеистечение из ложа

желчного пузыря – 2 (2%). Осложнений при выполнении холецистэктомии мини-доступом (МХЭ) не наблюдалось (табл.6).

Анализ полученных результатов позволяет сделать вывод, что использование интегральной оценки тяжести общего состояния больных дает возможность выделить среди больных с острым холециститом и его осложнениями группу пациентов, разнородных по своему составу, возрасту, характеру воспалительного процесса, выбрать адекватную тактику лечения и определить оптимальный способ оперативного вмешательства в условиях районных больниц. Предоперационная инфузионная терапия, направленная на снижение интоксикации организма больного и коррекцию нарушений процессов метаболизма, позволяет за счет устранения некоторых факторов операционного риска уменьшить категорию тяжести общего состояния пациента. МХЭ является современным методом оперативного лечения острого холецистита, позволяющим получать хорошие резуль-

таты лечения. Также, несомненно, к достоинствам метода относится малая травматичность, уменьшение длительности пребывания больного в стационаре, косметический и экономический эффект.

Литература

1. **Веселов А.Я.** Значение исходного иммунологического фона у хирургических больных для прогноза осложнений / А.Я. Веселов // Хирургия. – 1986. – № 6. – С.29-33.
2. **Винокуров М.М.** Острый холецистит: пути улучшения результатов хирургического лечения / М.М. Винокуров. – Новосибирск: Наука, 2002. – 147 с
3. **Ермолов А.С.** Хирургия желчнокаменной болезни: от пройденного к настоящему / А.С. Ермолов // Хирургия. – 2004. – № 5. – С.5-9.
4. **Савельев В.С.** Эндоскопическая хирургия / В.С. Савельев // Практическое руководство для врачей. – М.: Гэотар медицина, 1998. – С.149-208.
5. **Савельев В.С.** Тактика лечения больных калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой / В.С. Савельев [и др.] // Хирургия. – 1985. – №1. – С.23-256.
6. **Прудков М.И.** Диагностика и лечение больных с острым холециститом / М.И. Прудков, А.Ю. Кармацких, Е.В. Нишневич // Хирургия. – 1985. – №1. – С.109.
7. **Кузин М.И.** Проблемы хирургии в гериатрии / М.И. Кузин, А.А. Адамян // Клиническая медицина. – 1984. – № 12. – С. 3-8.
8. **Кузнецов Н.А.** Выбор тактики, сроков и метода проведения операции при остром холецистите / Н.А. Кузнецов, Л.С. Аронов, С.В. Харитонов // Хирургия. – 2003. – №5. – С.35-40.
9. **Трачумс И.В.** Мини-лапаротомия при хирургическом лечении желчнокаменной болезни / И.В. Трачумс // Там же. – 2006. – № 11. – С.33-34.
10. **Dioniqi R.** Predictiv indices for the identification of high-risk patients / R. Dioniqi, L. Dominioni // Europ.surg.Res. – 1986. – №3/4. – P.201-206.
11. **Reiss R.** Changinq trends in surgery for Acute cholecystitis / R. Reiss, A.A. Deutsch, A. Eliashiv // World J. Surg. – 1990. – №14. – P.567-571.
12. **Tyagi N.S.** A new minimally invasive technique for cholecystectomy / N.S. Tyagi [et al.] // An Surg.1994. – 220. – P.617-625.

Т.С. Кобякова, Т.Г. Данилова, Н.Н. Сазонов

ЭЛЕМЕНТНЫЙ СОСТАВ БИОСУБСТРАТОВ НАСЕЛЕНИЯ ТАЕЖНОЙ ЗОНЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ЯКУТИИ

Цель исследования. Выявление элементного состава волос, сыворотки крови населения Центральной Якутии.

Материал и методы. Исследование элементного состава волос головы, сыворотки крови. Использован метод атомно-абсорбционной спектроскопии.

Результаты исследования. Наблюдается высокое содержание Cu, Mg, Ca в волосах жителей сел, относящихся к аласной экосистеме, по сравнению с пойменными экосистемами. Выявлены различные уровни элементов в сыворотке крови и в волосах в зависимости от пола.

Заключение. Элементный состав биосубстратов населения таежной зоны Якутии изменяется в зависимости от ряда факторов: экологических условий, возраста, пола и др.

Ключевые слова: элементный состав биосубстратов экосистемы.

The purpose of research. Revealing of element structure of hair, wheys of blood of the population of the Central Yakutia.

Material and methods. Research of element structure of hair of a head, whey of blood by the method of atom-absorption spectrometry.

Results of research. High maintenance of Cu, Mg, Ca in hair of inhabitants of the villages concerning to the alas ecosystem, in comparison with flood-lands ecosystems is observed. Various levels of elements in whey of blood and in hair depending on sex are revealed.

The conclusion. The element structure of biosubstrata of the population of a taiga zone of Yakutia changes depending on some factors: ecological conditions, age, sex, etc.

Keywords: element structure of ecosystem biosubstrata.

Многочисленными исследованиями установлена связь значительного числа заболеваний населения с качественным составом воды. Оценка влияния водного фактора на здоровье человека является одним из важных компонентов комплексного анализа связи факторов среды обитания с состоянием здоровья популяции [1-3]. Для организма человека в отношении различных элементов существуют пределы, понижение или повышение которых в питьевой воде вызывает физиологические сдвиги или патологические состояния [4, 5].

Самым информативным биологическим субстратом, отражающим процессы, годами протекающие в организме человека, являются волосы, сыворотка крови. Изменение неорганических соединений, особенно катионов металлов (макро- и микроэлементов), связано с ферментативными реакциями организма.

Наиболее тесно с дисбалансом элементов связаны следующие болезни: снижение иммунитета, болезни кожи, волос и ногтей, аллергии, в т.ч. бронхиальная астма, гипертония, заболевания сердечно-сосудистой системы, сколиоз, остеопороз, остеохондроз, болезни крови (анемия), дисбактери-

оз кишечника, хронические гастриты, колиты; нарушение роста и развития у детей [8].

Здоровье населения Якутии в последние десятилетия значительно ухудшилось, что требует внимательного изучения и внимания со стороны государства. Исследованиями Л.Д. Олесовой, Г.Е. Мироновой, Ф.А. Захаровой [6], установлена высокая частота встречаемости избытка сурьмы, бария, алюминия, стронция и недостаточное содержание кобальта в волосах взрослых и детей с. Тит-Ары Хангаласского улуса РС (Я), территория которого относится к Центральной Якутии. Также в этом селе выявлено высокое содержание кальция у взрослых, у детей – свинца. У работников ГОКа «Удачный» содержание 9 химических элементов в пробах волос не соответствует известным физиологическим уровням: установлен избыток 7 химических элементов: Cr, Ni, Ba, Al, Sr, Sb, Mg [7]. Уровень концентраций хрома, сурьмы и бария был повышен в 100% случаев из числа обследованных. При этом среднее значение хрома превышает верхнюю границу физиологического уровня в 25 раз, сурьмы – в 18 раз, бария – в 4 раза. Умеренное повышение уровня стронция наблюдается в 54% случаев, магния – 60%, значительное увеличение концентраций алюминия и никеля – до 64% случаев. У 38% обследованных – недостаток меди, у 19% – кобальта.

Нами исследован микро- и макро-элементный состав волос головы жителей сел Тей, Кобяй, Ситта Кобяйского улуса и сыворотка крови жителей Горного улуса (села Мытах, Шологон, Бердигестях, Орто-Сурт, Кировск, Кептин, Кюерелях, Магарас). Также исследована питьевая вода этих населенных пунктов. Горный и Кобяйский улусы относятся к Центральной Якутии, расположены по соседству в Лено-Вилуйском междуречье. Ландшафт равнины представляет собой среднетаежные, лиственные, местами сосновые леса. Рельеф местности – равнинный, плавно переходящий в небольшие возвышенности (междуречья) и низменности (русла берега рек, мари, аласы, озерные котловины). Здесь представлены все типы лугов: пойменные, аласные и приозерные, мелкодолинные, суходольные. Для Горного улуса характерны классические аласные ландшафты термокарстового происхождения. В Кобяйском улусе преобладают ландшафты пойменных лугов, встречаются многочисленные озера и речки, берущие начало с рек Лена и Вилуй [9]. Питьевая вода данного региона в основном озерная, имеющая различия в элементном составе.

Материал и методы

Для определения содержания в волосах головы, сыворотке крови химических элементов использовали метод атомно-абсорбционной спектроскопии.

ДАНИЛОВА Туйаара Георгиевна – зам. гл. врача Бердигестяхской ЦБ Горного улуса; **КОБЯКОВА Туйаара Семеновна** – лаборант БГФ ЯГУ; **САЗОНОВ Николай Никитич** – д.б.н., проф., БГФ ЯГУ.

Таблица 1

**Содержание химических элементов в сыворотке крови, волосах взрослого населения
и в озерной воде Центральной Якутии**

Эле- мент	Содержание химических элементов						
	в крови, ммоль/л			в волосах, мг/кг			в воде, мг/л
	муж., N = 90	жен., N = 80	норматив [11]	муж., N = 27	жен., N = 34	норматив [10]	
Ca	2,756±0,323	2,538±0,398	2,3–2,75	665,583±66,87	1900,576±188,9	1162	65±6,1
Cu	23,2±0	15,95±3,366	11–22	8,9±0,78	8,72±0,79	21,6	0,018±0,001
Mg	0,73±0,142	0,75±0,16	0,7–1,2	51,386±4,98	167,773±16,1	100	14,8±1,12
Na	145,56±1,7875	141,063±1,799	130–156	532,439±52,5	639,631±62,9	266	12,125±1,23
Zn	14,55±0	15,35±0,766	17,14±1,84	143,43±13,8	167,11±15,8	181	0,021±0,0014

рии. Определение концентрации химических элементов в пробах волос, сыворотке крови было выполнено на атомно-эмиссионном спектрометре Optima 3100 RL фирмы «Perkin-Elmer» в ГУП «Центргеоаналитика» Госкомгеологии РС (Я) в г. Якутске. Установка Optima 3100 RL предназначена для последовательного анализа проб методом атомно-эмиссионной спектроскопии в индуктивно-связанной плазме. Аналитическая проба в виде аэрозоли поступает в зону разряда и атомируется. Интенсивность эмиссии атомизированных проб измеряется обеспечением ICP Winlab 32 в системе меню и графики Microsoft Windows.

Всего проанализирована 61 проба волос женщин и мужчин в возрасте от 40 до 49 лет населения Кобяйского улуса: с. Ситта – 8 и 9, с. Тея – 10 и 7, с. Кобяй – 7 и 14 человек соответственно, и 170 проб сыворотки крови мужчин и женщин Горного улуса – 15 и 10 человек соответственно с. Кюерелях, 15 и 10 – с. Магарас, по 10 мужчин и по 10 женщин из населенных пунктов Бердигестях, Мытах, Орто-Сурт, Кировск, Шологон, Кептин (табл. 1). Кроме волос и сыворотки крови объектами исследований были поверхностные питьевые воды всех населенных Горного улуса, а также подземные воды двух скважин с. Кировск и с. Мытах.

Результаты исследования

В ходе исследования проведен анализ среднего содержания химических элементов Ca, Cu, Mg, Na, Zn в волосах людей (табл.2).

У мужчин Кобяйского улуса установлен избыток Na и недостаток элементов Ca, Cu, Mg. У женщин с. Тея, с. Ситта выявлено повышенное содержание кальция, с. Тея и с. Кобяй – Mg, частота встречаемости избытка натрия увеличена, уровень концентрации меди понижен в с. Кобяй, с. Ситта, с. Тея.

Анализ сыворотки крови показал, что содержание Mg, Al, Zn у 70% женщин и 50% мужчин с. Кюерелях Горного улуса ниже установленной нормы, концентрация Fe – выше. У 50% мужчин и у 30% женщин с. Кептин фосфор превышает верхнюю границу физиологического уровня. Также наблюдается умеренное повышение уровня кальция у 50% обследованных женщин и железа у 30% мужчин этого села. У мужчин с. Мытах выше нормы содержание в крови железа и кальция, у женщин – магния (60%).

Железо в природных водах превышает ПДК у половины исследованных озер. Этот элемент входит в состав ферментных систем клеток живого организма, участвует в окислительно-восстановительных реакциях и может провоцировать сердечные заболевания и нарушение кровеносной системы. Из 8 озер дисбаланс элементов наблюдается в озере Эбэ. В его водах выявлено умеренное повышение уровня магния и железа, недостаток меди и цинка. Во всех озерах концентрация натрия понижена, кроме водоскважин (табл. 3).

По статистическим данным МЗ РС(Я), заболеваемость по классам,

группам болезней и отдельным заболеваниями, зарегистрированным по Горному улусу, среди взрослого населения на 1000 чел. составила: в 1999 г. – 627,59, в 2000 г. – 569,49, в 2001 г. – 649,92; среди подростков в 1999 г. – 1004,95, в 2000 – 1193, в 2001 г. – 1204,35. Таким образом, уровень заболеваемости возрастает (табл. 4).

При длительном употреблении воды, загрязненной химическими веществами, не соответствующей стандартным санитарно-химическим показателям, среди населения развиваются патология, связанная с нарушениями опорно-двигательного аппарата, злокачественные новообразования, болезни крови и кроветворных органов и болезни системы кровообращения.

Наблюдается увеличение заболеваний органов дыхания, эндокринной системы, системы кровообращения, пищеварения, костно-мышечной системы.

Важным фактором роста заболеваний является, по нашим наблюдениям, плохое качество питьевой воды. Население пользуется водой из открытых водоемов без предварительной очистки. Отсутствует зона охраны, сточные воды сбрасываются в канализационные сборники без предварительной очистки, а в некоторых селах грязная вода сразу попадает в близлежащее озеро.

Заключение

Экогеохимическая значимость каждого химического элемента резко не-

Таблица 2

Среднее содержание химических элементов в волосах населения таежной зоны Якутии, мг/кг

Группа	Ca (ПДК=1162)	Cu (ПДК=21,6)	Mg (ПДК=100)	Na (ПДК=266)	Zn (ПДК=181)
Мужчины с. Тея (N = 7)	851,617 ± 523,861	9,28 ± 1,553	67,208 ± 50,965	632,708 ± 175,721	135,505 ± 21,612
с. Кобяй (N = 14)	462,758 ± 135,33	9,49 ± 0,8	42,431 ± 17,216	659,68 ± 333,55	143,308 ± 15,152
с. Сита (N = 9)	590,455 ± 134,751	8,131 ± 0,649	35,136 ± 9,94	333,21 ± 163,906	150,01 ± 9,627
Женщины с. Тея (N = 10)	3620,901 ± 1859,697	11,39 ± 3,318	256,249 ± 118,43	670,262 ± 275,325	178,297 ± 46,974
с. Кобяй (N = 7)	880,231 ± 264,101	9,011 ± 0,918	138,33 ± 70,722	975,055 ± 419,923	147,545 ± 22,689
с. Ситта (N = 8)	1378,133 ± 810,185	7,872 ± 0,542	75,936 ± 39,606	664,765 ± 484,433	166,616 ± 24,521

Таблица 3

Содержание химических элементов в водохранилищах Горного улуса РС (Я)

Хим. элемент (мг/л)	Норматив	оз. Эбэ	р. Матта	оз. Курун-Куел	водосв. с. Мытах	воосв. с. Кировск	оз. Бес-Кюель	оз. Орто-Кюель	оз. Харьялах	оз. Тукулачы	оз. Уньюгас	оз. Кетгин
Na	200	25±2,23	5,8±0,47	3±0,245	122,5±13,4	125±14,5	25±2,56	10±1,43	11±1,23	19,5±1,3	19,5±1,35	12±1,24
Mn	0,1	0,3±0,06	0,26±0,04	0	0,0078±0,001	0	0	0	0,2±0,034	0,05±0,045	0,8±0,09	0,5±0,045
Zn	5,0	0,045±0,01	0,042±0,01	0,0022±0,0009	0,0095±0,0009	0,0012±0,001	0,009±0,0009	0,02±0,0019	0	0,0024±0,001	0,025±0,003	0
F	1,5	0,6±0,07	0	0,2±0,019	0,2±0,19	0,24±0,02	0,28±0,025	0,91±0,1	0,22±0,023	0,20±0,019	0,26±0,024	0,19±0,02
Cu	1,0	0	1±0,12	0,0006±0,0001	0,27±0,03	0,02±0,001	0,005±0,0009	0	0	0,0024±0,001	0,001±0,0016	0,03±0,029
Mg		46,2	0,26	10,4	4,86±0,59	1,8±0,02	17,00±1,9	19,50±1,78	19,50±1,85	1,80±0,09	32,20±3,87	1,70±0,016
Ca		95±8,9	0,26±0,013	9±0,88	13±1,56	12±1,67	24±2,98	50±4,95	71±7,43	4±0,54	94±10,3	91±11,5
Fe	0,3	2,8±0,342	0,26±0,03	0,14±0,012	0,2±0,022	0	0,24±0,035	2,48±0,19	0,6±0,09	0,63±0,19	2,2±0,245	0,82±0,099

Заболеваемость взрослого населения Горного улуса на 1000 чел.

Таблица 4

Наименование заболеваний	Год		
	1999	2000	2001
Всего	627,7	569,49	649,92
Инфекционные и паразитарные болезни	30,13	15,46	12,83
Болезни нервной системы и органов чувств	14,71	10,48	9,72
эндокринной системы	2,14	2,96	7,7
крови и кроветворных органов	5,14	4,84	4,19
костно-мышечной системы	33,41	15,46	19,72
системы кровообращения	16,71	10,75	14,05
органов дыхания	190,06	204,97	313,75
органов пищеварения	62,54	43,68	45,38
кожи и подкожной клетчатки	26,41	42,07	37,14
мочеполовой системы	45,84	25,4	22,83

равнозначная, т.к. большинство микроэлементов обладает одновременно и биофильными, и токсичными свойствами и их роль в жизнедеятельности человека определяется совокупностью множества самых разнообразных факторов – от генетически унаследованных до природных условий среды проживания и разного рода вредных привычек, образа жизни и рациона питания каждого отдельно взятого жителя того или иного района.

В целом установлена высокая частота встречаемости избытка меди и низкая концентрация цинка в сыворотке крови мужчин Центральной Якутии. В волосах жителей населенных пунктов данного региона содержание исследованных элементов не соответствует известным физиологическим уровням: выявлен избыток натрия и недостаток меди. Концентрация Са, Mg низкая у мужчин, а у женщин – высокая. В ходе исследования обнаружено, что элементный состав водоскважин соответствует требованиям санитарной нормы. В озерных водах Центральной Якутии наблюдается повышенная концентрации железа.

Дисбаланс элементов исследованного региона говорит о влиянии экологии на организм людей, так как население обследованных сел генетически однородно. Значительный дисбаланс элементов в организме жителей сел с пойменно-луговым типом экосистем, вероятно, обусловлен, биогеохимическими особенностями данного региона, где в приточных водах речек происходит частая смена элементного состава.

Литература

1. **Веремчук Л.В.** Качество питьевой воды и уровень заболеваемости мочевыделительной системы населения Приморского края / Л.В. Веремчук [и др.] // Медицинская экология и охрана здоровья. – 2003. – №3. – С.16.
2. **Гичев Ю.П.** Загрязнение окружающей среды и здоровье человека / Ю.П. Гичев. – Новосибирск, 2002. – С.230.
3. **Иванов В.В.** Биомониторинг в предупреждении экологических болезней / В.В. Иванов, Л.Г. Климацкая. – Красноярск, 1996. – С.171.
4. **Казначеев В.П.** Донозологическая диагностика в практике массовых обследований населения / В.П. Казначеев, Р.М. Боевский, А.П. Берсенева. – Л., 1980. – С.208.
5. **Климацкая Л.Г.** Здоровое питание / Л.Г. Климацкая [и др.]. – М., 2001. – С. 88-89.
6. **Олесева Л.Д.** Микроэлементный статус населения села Тит-Ары / Г.Е. Миронова, Ф.А. Захарова // Якутский медицинский журнал. – 2007. – № 3. – С.47.
7. **Олесева Л.Д.** Химический состав волос как индикатор здоровья человека / Л.Д., Олесева Б.С. Ягнышев // Там же. – 2005. – № 2. – С.27.
8. **Павлов Ю.В.** К характеристике макро- и микроэлементного состава волос головы народов некоторых стран Африки, неадаптированных и адаптированных к климатогеографическим условиям России / Ю.В. Павлов // Медицина труда и промышленная экология. – 1999. – № 10.
9. **Поисеев И.И.** Устойчивое развитие Севера / И.И. Поисеев. – Новосибирск, 1999. – С.54, 67-70, 86.
10. **Скальный А.В.** Сравнение данных, полученных в лаборатории ЦБМ с международными стандартами / А.В. Скальный. – М., 2002.
11. **Цыганенко А.А.** Клиническая биохимия / А.А. Цыганенко. – М., 2002. – С.480 – 482.

С.Н. Черемкин

ПРИЧИНЫ РЕЦИДИВА БОЛЕВОГО КОРЕШКОВОГО СИНДРОМА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ГРЫЖИ ПОЯСНИЧНОГО МЕЖПОЗВОНКОВОГО ДИСКА

Целью исследования явилось уточнение частоты болевого корешкового синдрома в раннем послеоперационном периоде и выявление возможных причин их рецидивов.

Материалы и методы. Проведен анализ ближайших результатов операций у 239 больных оперированных по поводу дискогенного пояснично-крестцового радикулита. Изучена эффективность операции на следующий день с применением шкалы Nurick, а также частота рецидива болевого корешкового синдрома за время пребывания оперированных больных в стационаре.

Результаты. Отличный и хороший результат по шкале Nurick получен у 93,2% больных. Рецидив корешковых болей различной интенсивности отмечался в 26,5% случаев.

Заключение. Причин рецидивов корешковых болей может быть несколько: недостаточное устранение компрессии нервного корешка, хирургическая травма, недооценка таких факторов, как сопутствующий стеноз позвоночного канала.

Ключевые слова: пояснично-крестцовый радикулит, грыжа диска.

The purpose of research: specification of frequency of painful radicular syndrome in the early postoperative period and revealing of the possible reasons of their relapses.

Materials and methods. The analysis of the nearest results of operations in 239 patients operated concerning discogenic lumbosacral radiculitis was carried out. Efficiency of operation on next day with application of Nurick scale, and also frequency of painful radicular syndrome relapse during stay of the operated patients in the hospital was studied.

Results. The excellent and good result on Nurick scale was received in 93,2 % of patients. Relapse of radicular pains of various intensity was marked in 26,5 % of cases.

The conclusion. The reasons of relapses of radicular pains may be: insufficient elimination of a compression of a nervous back, a surgical trauma, underestimation of such factors, as an accompanying stenosis of vertebral channel.

Keywords: lumbosacral radiculitis, a disk hernia.

Несмотря на повсеместное применение микрохирургических и минимально инвазивных методов устранения компрессии поясничных нервных корешков при дегенеративных заболеваниях позвоночника, частота рецидивов болевого корешкового синдрома после операции остается высокой [5,6,11,12] и достигает 5-20% [3,6].

Непосредственно после операции около 16% больных жалуются на боли в позвоночнике, а в 10-25% случаях сохраняется болевой корешковый синдром [9]. В отдельных случаях интенсивность корешковых болей после удаления грыжи диска оказывается даже выше, чем до операции [2]. Причинами рецидива болевого корешкового синдрома в раннем послеоперационном периоде могут быть отек корешка после хирургического вмешательства [8], операционная травма, ишемия нервного корешка, обострение воспалительного процесса, вызванного диско-радикулярным конфликтом, расстройство ликвородинамики и

неполное устранение компрессии нервного корешка [2]. В отечественной и зарубежной литературе имеется достаточное количество научных публикаций, посвященных исследованию рецидива болевого синдрома в отдаленном послеоперационном периоде. В то же время немного публикаций, посвященных рецидиву болевого корешкового синдрома в раннем послеоперационном периоде, т.е. в первые несколько суток после декомпрессии нервного корешка (от 1 до 6 суток).

Целью нашего исследования явилось уточнение частоты болевого корешкового синдрома в раннем послеоперационном периоде, а также выявление возможных причин, приводящих к рецидиву болей в данном периоде.

Материал и методы

Проведен анализ ближайших результатов хирургического лечения 239 больных, отобранных из числа оперированных по поводу пояснично-крестцового радикулита в 1993-2000гг. Мужчин было 124, женщин – 115. Возраст – от 18 до 66 лет. 74% больных составили больные в возрасте от 31 до 50

лет. Средний возраст составил 40,5 лет. По профессиональному составу больные распределились следующим образом: служащие – 48,4%, лица физического труда – 36,5, пенсионеры – 3,9, инвалиды по состоянию здоровья – 2,7, безработные – 8,3%. Показанием для госпитализации в нейрохирургическое отделение являлась неэффективная консервативная терапия в течение 1,5-2 месяцев. Комплексное консервативное лечение в течение от 1 недели до 1 месяца прошли 40 больных, от 2 до 4 месяцев – 127 и от 5 месяцев и более – 72.

Синдром корешковой невралгии при поступлении оказывался основным, и почти все больные жаловались на боли в поясничной или ягодичной области, иррадиирующие в нижнюю конечность (98,3%). Корешковые боли к моменту поступления в стационар отсутствовали у 4 больных (1,6%). У одного из них была клиника каудального синдрома, вызванная грубым сдавлением корешков конского хвоста центральной грыжей диска L4-L5. У второго больного был выявлен глубокий парез стопы вследствие грубой

компрессии L5 корешка. У остальных двоих болевой корешковый синдром купировался к моменту поступления в стационар, хотя у обеих имелись чувствительные расстройства в соответствующих дерматомах и ортопедические нарушения. При неврологическом исследовании выявлялись: ограничение подвижности в поясничном отделе позвоночника – 214 (89,5%), деформации поясничного отдела позвоночника анталгического характера – 201 (84,1%). Чувствительные расстройства обнаружены у 200 (88,7%) больных. У 1 больной была клиника синдрома Демпрож-Готтерона, каудальный синдром у 1 больного. Двигательные расстройства в виде различной степени парезов стопы наблюдались у 69 больных, у 3 из них отмечался паралич стопы на больной стороне, еще у одного больного был нижний паралич. Симптом Ласега различной степени выраженности выявлен у 227 больных (90,07%), у 25 больных (9,93%) данный симптом отсутствовал. На компрессионный характер болевого синдрома указывало наличие симптома «кликворного толчка», который проявляется болями в определенной корешковой зоне ноги при кашле и чихании (52,7%), и симптома «звонка», когда при надавливании большим пальцем на паравертебральные мышцы на уровне предполагаемого диско-радикулярного конфликта вызывалось возобновление и усиление корешковой боли (53,5%). У 4 больных, у которых был выявлен стеноз позвоночного канала, наблюдался синдром каудогенной перемежающейся хромоты. У 6 больных диагностировано частичное нарушение функции тазовых органов в виде нарушения мочеиспускания и дефекации.

Перед операцией проводилось комплексное обследование больных: неврологический осмотр, поясничная спондилография в 2 проекциях, а также лучевые методы нейровизуализации – 130 больным проведена только позитивная поясничная миелография, 109 больным – только МРТ позвоночника.

Из общего числа оперированных больных 4 пациентам выполнено открытое удаление грыжи диска после неэффективной перкутанной лазерной декомпрессии диска (ПЛДД). Одному больному была проведена ревизия эпидурального пространства по поводу ятрогенного частичного каудального синдрома, возникшего

после удаления грыжи диска L4-L5 в другом лечебном учреждении.

Все операции проводили под общей анестезией, в положении на «здоровом» боку. Уровень предстоящего вмешательства определяли в операционной, а основным ориентиром для этого являлась условная линия, соединяющая верхние края обеих подвздошных костей. Длина кожного разреза для вмешательства составляла в среднем 3-5 см над остистыми отростками. Мышечную ткань от костных и соединительно-тканых структур позвоночника отделяли вместе с подмышечной жировой клетчаткой. Жировая клетчатка, являющаяся естественной прокладкой между мышечной тканью и эпидуральным пространством, уменьшает степень выраженности эпидурального фиброза в области хирургических манипуляций [2, 15, 5]. Мы не пользовались методикой аппликации жировой ткани в виде отдельного фрагмента к дуальному мешку и нервному корешку, как предлагали некоторые авторы [2], считая, что жировая ткань без питающей сосудистой ножки рассасывается. Пересечение сухожильных головок паравертебральных мышц производили непосредственно в местах их прикреплений к подлежащим остистым отросткам и дужкам. В качестве ранорасширителя мы с 1988г. пользуемся ретрактором Taylor, представляющим собой крючкообразный инструмент из плоской нержавеющей стали, шириной от 20 до 30 мм и толщиной 1,8-2 мм. При ламинэтомии пользовались речечным ранорасширителем фирмы «Aescular». Удаление желтой связки и краев дужек производили пистолетными кусачками Kerrison («Aescular») разного размера и формы. На этапе работы со сдавленным нервным корешком активно пользовались биноккулярной лупой, максимально сохраняя при этом эпидуральную клетчатку. Операцию заканчивали, оставляя в ране пассивный выпускник Penrose.

Интерламинарные доступы применены в 220 случаях, из них без резекции костных структур (флаботомия) – 30 больным, с резекцией краев дужек (аркотомия) – 190. Односторонний интерламинарный доступ на 2 уровнях проведен одному пациенту, на 3 уровнях – одному больному, двухсторонний интерламинарный доступ на уровне одного диска – 1 больному. Гемиламинэтомии выполнены всего 15 больным, в том числе на 2 уровнях – 3. Ламинэтомии выполнены 5 больным.

Результаты и обсуждение

В 235 (97,1%) случаях на операции был обнаружен диско-радикулярный конфликт. Среди пациентов данной категории 146 больным (62,1%) удаление грыжи диска дополнялось юретажем полости диска. В 89 случаях (37,9%) удаляли только выпавший фрагмент пульпозного ядра и никаких манипуляций в полости диска с целью удаления его остатков не проводили. Четверо больных (1,7%) оперированы по поводу стеноза позвоночного канала. У 15 больных грыжа диска сочеталась со стенозом позвоночного канала.

На следующий день после операции всем больным разрешали вставать с постели и ходить. Эффективность хирургического лечения определяли, используя шкалу Nurick [13]: 1-й уровень – полный регресс неврологической симптоматики, 2-й – улучшение, 3-й – состояние без изменений, 4-й уровень – ухудшение неврологического статуса. Полный регресс неврологического синдрома на следующий день после операции отмечено у 166 больных (70,6%), значительное уменьшение болей в нижней конечности наблюдалось у 53 (22,6%). В эту группу мы включили тех больных, у которых были незначительные остаточные боли корешкового характера, не требующие применения анальгетиков. Отсутствие положительного эффекта, а также незначительное уменьшение болевого синдрома в течение первых суток после хирургического вмешательства было отмечено у 10 пациентов (4,2%), ухудшение неврологической симптоматики – у 6 (2,6%). Учитывая особенности хирургической манипуляции при грыжевых формах компрессионного радикулита, мы решили отдельно изучить группу больных, которым проводилось удаление выпавшей грыжи диска (табл.1).

Значительный положительный эффект от хирургического вмешательства на второй день после операции подтвердили 219 оперированных больных

Таблица 1

Эффективность хирургического лечения по шкале Nurick через 24 часа после удаления грыжи диска

Уровень эффективности	Количество больных	%
1-й	166	70,6
2-й	53	22,6
3-й	10	4,2
4-й	6	2,6
Всего	235	100

Таблица 2

Эффективность операции в зависимости от метода обработки полости диска (через 24 часа после операции)

Шкала Nurick	Кюретаж диска, абс. (%)	Без кюретажа диска, абс. (%)
1	88 (60,3)	69 (77,6)
2	52 (35,6)	19 (21,3)
3	1 (0,7)	0
4	5 (3,4)	1 (1,1)
Всего	146 (100)	89 (100)

(93,2%), т.е. больные 1-го и 2-го уровней по шкале Nurick. Мы попытались выявить зависимость эффективности операции от метода обработки полости диска после удаления грыжи диска (табл.2).

Из данной категории больных за время пребывания в стационаре у 58 больных (26,5%) отмечалось возобновление прежних корешковых болей. Рецидив болевого синдрома чаще всего носил менее интенсивный характер по сравнению с дооперационным состоянием и возникал после 2 суток, чаще всего на 3-и – 5-е сутки с момента операции.

Для лечения рецидивной корешковой боли мы применяли метод эпидуральной инъекции стероидного гормона [2, 4, 7]. Больным вводили гидрокортизон в дозировке 60-65мг или кеналог 1 мл в 10-20мл 0,5%-ного раствора новокаина по Катлену [10]. Техника проведения эпидуральной инъекции и дозировки препаратов подробно описаны в отечественной литературе [2,7]. Иногда даже однократной инъекции было достаточно для полного и стойкого снятия корешковых болей. Кроме этого мы применяли осмотические диуретики (маннитол, мочевины) и препараты, улучшающие кровообращение (реополиглюкин, трентал и др.). Послеоперационный койко-день составил от 3 до 47 дней. Средний показатель послеоперационного койко-дня составил 10,1. Катамнез изучен от 4 до 11 лет. 9 пациентов (3,7%) перенесли повторные оперативные вме-

шательства по поводу рецидива болевого корешкового синдрома, причем 6 из них были повторно оперированы в течение одного года после первой операции. Остальные трое пациентов обратились за помощью через 3, 4 и 7 лет с момента первой операции. В 7 случаях из 9 причиной повторных болей оказался рецидив грыжи диска на прежнем уровне. 2 пациентам проведен радикулолиз по поводу рубцово-спаечного процесса в области прежнего оперативного вмешательства.

Выводы

1. Несмотря на то, что 93,2% оперированных больных имели 1-й и 2-й уровни эффективности на 2-й день после операции, рецидив болевого корешкового синдрома у данной категории больных достигает до 26,5%.

2. Эффективность операции при применении методики кюретажа полости диска несколько хуже, что, по нашему мнению, связано с дополнительной травмой нервного корешка.

3. Мы считаем, что причин рецидива болевого корешкового синдрома в раннем послеоперационном периоде может быть несколько: недостаточное устранение компрессии нервного корешка (необнаружение секвестра пульпозного ядра в эпидуральном пространстве, недооценка дополнительных факторов, усугубляющих течение компрессионного радикулита, таких как стеноз позвоночного канала), хирургическая травма нервного корешка при удалении грыжи диска, особенно на этапе кюретажа полости диска, отек эпидуральной клетчатки и нервного корешка.

4. Наиболее эффективным и патогенетически обоснованным методом лечения рецидива болевого корешкового синдрома является инъекция стероидных препаратов в эпидуральное пространство.

Литература

1. Берснев В.П. Хирургия позвоночника, спинного мозга и периферических нервов /

В.П. Берснев, Е.А. Давыдов, Е.Н. Кондаков. – СПб.: Специальная литература, 1998.

2. Благодатский М.Д. Диагностика и лечение дискогенного пояснично-крестцового радикулита / М.Д. Благодатский, С.И. Мейерович. - Иркутск, 1987. - С. 171-199.

3. Верховский А.И. Клиника и хирургическое лечение рецидивирующих пояснично-крестцовых радикулитов: автореф. дис. канд. мед. наук / А.И. Верховский. - Ленинград, 1983.

4. Иванов А.О. Эпидуральная стероидная терапия остеохондроза поясничного отдела позвоночника / А.О. Иванов // Труды научно-практической конференции северо-западного нейрохирургического центра России «Современные технологии в нейрохирургии». - Ярославль, 2002. - С. 87-89.

5. Истрелов А.К. Рецидив болевого синдрома после удаления грыж поясничных межпозвоночных дисков: автореф. дис. канд. мед. наук / А.К. Истрелов. - Нижний Новгород, 1998.

6. Самойлов В.И. Опыт применения эпидуральных новокаиновых блокад при лечении ишиаса / В.И. Самойлов // Труды 4-й объединенной науч. конф. молодых нейрохирургов. - Л., 1961. - С.351-353.

7. Панченко Д.И. Заболевания нервных стволов / Д.И. Панченко. - Киев, 1966. - 175 с.

8. Пуриньш И.Ж. Биомеханические основы нейрохирургического лечения остеохондроза позвоночника / И.Ж. Пуриньш. - Рига: Зинатне, 1978.

9. Cathelin F. Les injections epidurales par ponction du canal sacre et leurs applications dans les. Maladies des voies urinaires / F. Cathelin. - Paris, 1903. - 231 p.

10. Swartz K.R. Recurrent lumbar disc herniation / K.R. Swartz, G.R. Trost // Neurosurg, 2003. - Focus 15 (3): Article 10. - P.1-4

11. Mayer H.M. The herniated lumbar disc: "standart" treatment or "differential" therapy? / H.M. Mayer, M. Broc // Europ. Congr. of Neurosurgery 9-th. - Moscow, Russia, 1991. - P.454.

12. Nurick S. The natural history and results of surgical treatment of the spinal cord disorder associated with cervical spondylosis / S. Nurick // Brain. - 1972. - 95. - P.101-108.

13. Russel T. Spinal degenerative disease / T. Russel // Surgery. - 1991. - V. 14. - P.2242-2247

14. Williams R.W. Microlumbar discectomy: A conservative surgical approach to the virgin herniated disc / R.W. Williams // Spine. - 1978. - V.3- P. 175-182.

В.М. Тяптиргянова, Н.А. Беляева, В.Ф. Чернявский,
С.С. Теленков, Н.Д. Данилова

МНОГОФАКТОРНЫЙ ПОДХОД В СИСТЕМЕ АККРЕДИТАЦИИ ИСПЫТАТЕЛЬНЫХ ЛАБОРАТОРИЙ И ИСПЫТАТЕЛЬНЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ЦЕНТРОВ — КАК ГАРАНТ КАЧЕСТВА В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

Федеральный закон № 52-ФЗ от 30 марта 1999г. «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» подтвердил ведущую роль государственной санитарно-эпидемиологической службы в деле охраны здоровья населения России, установил [7] новые, более сложные задачи, решение которых позволит повысить уровень санитарно-эпидемиологического благополучия населения страны.

Важнейшую роль в оценке качества безопасности среды обитания человека играют лабораторные исследования, необходимые для разработки, реализации и контроля эффективности профилактических мероприятий [5].

Являясь одним из основных разделов практической деятельности учреждений, обеспечивающих государственный санитарно-эпидемиологический надзор и надзор в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, современный лабораторно-инструментальный парк на основе научно-технического и нормативного регламентов [3] обеспечивает не только научно-методическое сопровождение рутинно-оперативных задач в области профилактической медицины, но и целенаправленную эффективность принимаемых управленческих решений [4] в области перспектив [8] и, что важно, в условиях чрезвычайных обстоятельств [1,2,7].

Для решения этих вопросов необходима развитая, оснащенная современным оборудованием лабораторная служба. Одним из действенных факторов обеспечения качества и до-

стоверности лабораторных исследований является системная аккредитация обозначенных исследовательских структур - испытательных лабораторий, испытательных лабораторных центров (ИЛ, ИЛЦ).

Согласно приказам Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 01 августа 2005г. № 656, от 03 ноября 2005г. № 762, ИЛ подлежат аккредитации в «Системе аккредитации лабораторий, осуществляющих санитарно-эпидемиологические исследования, испытания» (далее – «Система») с целью официального признания их независимости и технической компетентности (способности) выполнять испытания или виды испытаний в заявленной области. «Система» устанавливает общие требования и процедуру проведения аккредитации ИЛ, осуществляющих свою деятельность в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического надзора и в сфере защиты прав потребителей, а также в целях лабораторной диагностики факторов среды обитания человека.

Аккредитованные ИЛ осуществляют свою деятельность в установленной области аккредитации в соответствии с Положением, Руководством по качеству и Паспортом аккредитованной лаборатории, разработанными с учетом требований «Системы».

В апреле 2005 г. деятельность территориальных органов (в Республике Саха (Якутия) ее выполнял Республиканский центр СЭН) по выполнению работ по аккредитации была приостановлена до принятия нового порядка аккредитации и вновь возобновилась на основании распоряжения Федерального центра Роспотребнадзора № 09 ФЦ/ 285 от 03.02. 2006г. В настоящий момент организует и проводит эту работу Центральный орган по аккредитации лабораторий при Фе-

деральном государственном учреждении здравоохранения «Федеральный центр гигиены и эпидемиологии» г. Москва.

Аккредитация ИЛ предусматривает следующие этапы:

- представление лабораториями заявления и комплекта документов на аккредитацию или переаккредитацию;
- экспертиза заявления и комплекта документов, представленных ИЛ;
- формирование аттестационной комиссии по проверке ИЛ;
- оценка комиссией на месте компетентности ИЛ, включая экспериментальную проверку качества проведенных исследований;
- представление комиссией в Центральный орган по аккредитации всех материалов по аккредитации ИЛ и принятие им решений об аккредитации; оформление аттестата аккредитации;
- инспекционный контроль аккредитованной лаборатории.

Каждый последующий этап аккредитации проводят при положительном результате предыдущего этапа.

ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РС (Я)» имеет 33 ИЛЦ в своих филиалах и в г. Якутске, которые проводят испытания продукции производственно-технического и бытового назначения, товаров и продуктов, в т.ч. пищевых, продовольственного и непродовольственного сырья, материалов, дезинфекционных и парфюмерно-косметических средств, медицинских иммунобиологических препаратов, а также природных промышленных (воздух, вода, почва) и биологических сред, включая:

- количественный химический анализ - до 281335 исслед.;
- токсиколого-гигиенические исследования (испытания) – до 31259 исслед.;
- микробиологические (бактериологические, вирусологические, сероло-

ТЯПТИРГЯНОВА Виктория Матвеевна – к.м.н., I зам. гл. врача «Центр гигиены и эпидемиологии в РС(Я)»; **БЕЛЯЕВА Наталья Алексеевна** – специалист метролог; **ЧЕРНЯВСКИЙ Виктор Федорович** – к.м.н., врач-эпидемиолог ФГУЗ «ЦГиЭ»; **ТЕЛЕНКОВ Сергей Семенович** – гл. врач ФГУЗ «ЦГиЭ»; **ДАНИЛОВА Нина Дмитриевна** – зав. отделом метрологии и стандартизации.

гические, паразитологические) исследования – до 702422 исслед.;

- измерения физических факторов, в том числе неионизирующие излучения - до 71717 измерений;

- радиологические исследования - до 121360 исслед. и измерений.

Приятно отметить, что план-график переаккредитации лабораторий филиалов ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РС (Я)» и в г. Якутске на 2006-2007гг. (по срокам окончания действия аттестатов аккредитации), реализован.

К 1 ноября 2006 г. введены в реестр «Системы» и получили аттестаты переаккредитации 17 ИЛЦ в филиалах: Алданский, Ленский, Олекминский, Оймяконский, Момский, Томпонский, Горный, Намский, Амгинский, Усть-Алданский, Таттинский, Чурапчинский, Среднеколымский, Кобяйский, Булунский, Усть-Янский и г. Якутске; вновь аккредитованы 6 ИЛ в северных филиалах: Анабарский, Абыйский, Аллайховский, Усть-Майский, Оленекский, Верхоянский.

Запланированная на 2007г. переаккредитация остальных 11 ИЛЦ филиалов: Нерюнгринский, Мирнинский, Мегино-Кангаласский, Хангаласский, Верхнеколымский, Нижнеколымский, Жиганский, Нюрбинский, Сунтарский, Вилюйский, Верхневилуйский - успешно завершена.

К тому же выполнена доаккредитация по санитарно-гигиеническим методам исследования в 5 ИЛ - в Усть-Янском, Момском, Абыйском, Оленекском, Верхоянском районах.

Соответствующий пакет документов по переаккредитации на каждый филиал был своевременно подготовлен и отправлен в Центральный орган по аккредитации лабораторий в начале 2007г., где наш регион был включен в общероссийский график.

Согласно проведенной экспертизе представленных нами документов на переаккредитацию, их оформление было признано удовлетворительным, т.е. соответствующим рекомендациям по аккредитации ИЛ.

В 2007г. аттестационная комиссия работала по переаккредитации наших ИЛЦ. В процессе работы комиссия проверила соответствие фактического состояния ИЛЦ представленным документам и критериям аккредитации.

Экспериментальная проверка подтвердила качество проводимых испытаний, путем успешного исследования шифрованных проб.

Центральным органом по аккредитации лабораторий была утверждена переаккредитация 11 ИЛЦ и расширена область аккредитации по санитарно-гигиеническим исследованиям 5 ИЛ, после чего вышеперечисленные ИЛЦ были внесены в реестр «Системы».

В настоящее время ИЛЦ филиалов ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РС (Я)» и г. Якутска имеют аттестаты аккредитации как подтверждение технической компетентности в области проводимых исследований:

- в лабораториях обеспечиваются все необходимые условия проведения исследований;

- исследования осуществляются с использованием оборудования, методов и стандартов, допущенных к применению;

- методы, методики и используемое оборудование обеспечивают наибольшую чувствительность и точность исследований;

- существует система внутреннего и внешнего контроля работы лабораторий.

Роль лабораторных исследований неопределима. Без лабораторного контроля нельзя провести санэпидэкспертизу продукции, расследование, обследование и иные виды оценки. Зачастую только по результатам лабораторных исследований можно выявить продукцию или процессы, не соответствующие установленным и действующим в нашей стране техническим регламентам, санитарно-эпидемиологическим правилам и гигиеническим нормам.

Без результатов лабораторных исследований затруднительно принять адекватное, прогностическое решение

научно-практических задач в области гигиены, санитарии и эпидемиологии в период техногенных и реформенных новаций и трансформаций.

Таким образом, лабораторный тест служит мерилем качества жизни и своеобразным рычагом в управлении здоровьем населения.

Литература

1. **Онищенко Г.Г.** Опыт системно-организационного, инженерно-управленческого и финансового обеспечения ремонтно-восстановительных работ инфраструктурных комплексов - как базы санитарно-эпидемиологического благополучия в чрезвычайных ситуациях / Г.Г. Онищенко [и др.] // ЖМЭИ. - М., 2003. - № 2. - Приложение. - С. 6-21.

2. **Онищенко Г.Г.** Опыт обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения на примере ликвидации последствий наводнения (Якутия. Северные широты. Бассейновый подход.) / Г.Г. Онищенко, А.П. Протодияконов, В.Ф. Чернявский; Мин-во здравоохранения РФ, Госкомитет РС/Я по санитарно-эпидемиологическому надзору. - М.: ОАО Изд-во «Медицина», 2004. - 432 с.

3. **Положение** об аккредитованном испытательном лабораторном центре. - М, 2006. - 7с.

4. **Протодияконов А.П.** О становлении и развитии фундаментальной науки в Республике Саха (Якутия) / А.П. Протодияконов, И.Я. Егоров, В.Ф. Чернявский. - Якутск, 2000. - С. 11-14.

5. **Протодияконов А.П.** Лабораторное дело и профилактика / А.П. Протодияконов, В.И. Иллариова, В.Ф. Чернявский. - Якутск, 2000. - С. 189.

6. **Сазанаква М.В.** Итоги деятельности санитарно-гигиенической лаборатории Ленского центра Госсанэпиднадзора в период ликвидации последствий паводка 2001 г. / М.В. Сазанаква // ЖМЭИ. - С. 54-55.

7. **Федеральный закон №52 – ФЗ** от 30 марта 1999 г. «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

8. **Чернявский В.Ф.** Научно-организационные, методические аспекты в оценке и прогнозе санитарно-эпидемиологической обстановки в зоне строительства железных дорог в Якутии / В.Ф. Чернявский [и др.] // Ведомственное здравоохранение: проблемы и перспективы. - Хабаровск, 2001. - С. 7-11.

В.Ф.Чернявский, А.М. Шестопапов, М.М. Тяптиргянов,
А.Г.Дегтярев, Е.Ф. Беланов, К.А. Шаршов, О.И.Никифоров,
В.В. Герасимова, Н.А.Антонов

ПТИЧИЙ ГРИПП В ЯКУТИИ: ПРОБЛЕМА, ОПЫТ, ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА

Птичий грипп, или “чума домашней птицы”, был впервые описан в 1878 г. в Италии как болезнь, приводящая к высокой смертности у цыплят [1]. В 1955 г. было доказано, что “чума домашней птицы” вызывается вирусом птичьего гриппа, геном которого практически идентичен геному вируса гриппа, выделенному от людей [2,16].

По данным ВОЗ [3], эпизоотолого-эпидемиологический потенциал птичьего гриппа и значимость его передачи людям остаются высокоопасными, о чем свидетельствуют убедительные данные международных обзоров по экологии, эпидемиологии и клинике птичьего гриппа в человеческих популяциях [4,5]. В связи с этим весьма убедительную значимость имеют лабораторные, эпидемиологические, противовирусные и противовирусные зоотические мероприятия в отношении гриппа птиц в Сибири [6].

Обсуждение возможности заноса птичьего гриппа в Якутию совершенно необходимо [7, 8]. Появление и выявление нового, ранее неизвестного вирусного заболевания [9] не исключаются. Сезонные миграции диких птиц способствуют эффективному распространению новых вариантов вирусов в различные географические регионы. Это определяет важность и необходимость мониторинга вируса гриппа птиц в дикой природе.

Известны четыре основных пути миграции птиц, перелетающих на зна-

чительные расстояния. Они пересекают территорию России и других стран СНГ: черноморско-средиземноморский, центральноазиатско-индийский, восточноазиатско-австралийский, западнотихоокеанский. Наибольшее значение для России и других стран СНГ имеют центральноазиатско-индийский и восточноазиатско-австралийский пути миграции, поскольку они связывают территории России со странами, в которых уже на протяжении нескольких лет регистрируются очаги высокопатогенного вируса гриппа H5N1.

Из 700 видов птиц, гнездящихся на территории России и стран СНГ, около 615 совершают регулярные сезонные миграции (рис. 1). В качестве носителей птичьего гриппа большое значение имеют птицы околотовного комплекса — 160 видов, прежде всего гусеобразные (43 вида), ржанкообразные (40) и чайки (22).

Занос специфического возбудителя инфекционной болезни с весенней миграцией перелетных птиц, с их 30-миллионным гнездованием, в нашем регионе возможен. Пернатые нелегальные мигранты [10], всего из Якутии улетает 255 видов птиц (рис.1-

3), вполне могут реализовать импорт (табл.1) эпизоотолого-эпидемиологического потенциала [11,12], что ставится под сомнение А. Н. Находкиным (2007) [13]. Однако следует признать, что доказательная база в пользу вероятности заноса опасной болезни более убедительна (рис. 2).

Основным путем распространения вируса гриппа среди птиц является алиментарный. Не исключается воздушно-капельный (разделка мяса, уход за больными животными). Случаи заболевания млекопитающих являются тревожным фактом, указывающим на то, что в местах риска (рис. 3) вирус может передаваться и человеку.

Все это делает вопрос о мониторинге гриппа важной и постоянно необходимой задачей. К тому же существенным фактором постоянной опасности возникновения новых эпизоотий являются практически сформировавшиеся очаги постоянной эпизоотической активности птичьего гриппа разновидности H5N1 во Вьетнаме и Таиланде, Индонезии, Камбодже и Китае.

В комментариях к рисункам следует сослаться на комплексную работу японских и якутских авторов [14], сви-



Рис.1. Основные направления сезонных миграций птиц Якутии [10]

ЧЕРНЯВСКИЙ Виктор Федорович – к.м.н. врач-эпидемиолог ФГУЗ “Центр гигиены и эпидемиологии в РС(Я); **ШЕСТОПАЛОВ Александр Михайлович** – к.б.н., зав. отделом ФГУН ГНЦ вирусологии и биотехнологии “Вектор”, г. Новосибирск; **ТЯПТИР-ГЯНОВ Матвей Матвеевич** – к.б.н., н.с. НИИ биологических проблем криолитозоны СО РАН; **ДЕГТЯРЕВ Андрей Григорьевич** – к.б.н., гл. специалист Департамента биологических ресурсов Министерства охраны природы РС(Я); **БЕЛАНОВ Евгений Федорович** – к.м.н., зав. лаб. ФГУН ГНЦ “Вектор”; **ШАРШОВ Кирилл Александрович** – аспирант ФГУН ГНЦ “Вектор”; **НИКИФОРОВ Олег Иннокентьевич** – зав. отделением ФГУЗ “ЦГиЭ”; **ГЕРАСИМОВА Вилена Васильевна** – врач-вирусолог ФГУЗ “ЦГиЭ”; **АНТОНОВ Ньургун Анатольевич** – стажер-дипломник МИ ЯГУ.

детельствующую об идентификации вирусов гриппа из Сибири и Якутии, близких к вирусам типа H5N1. Дальнейшие интенсивные исследования водно-болотных птиц в Якутии обеспечат получение своевременной информации о возможных заносах и эпидемиологических осложнениях при этой еще мало изученной инфекции.

Оценка эпидемиологического потенциала, приведенного в таблице, свидетельствует о достаточно выраженной степени риска, который не может быть объективно оценен без мониторинга заноса высокопатогенного гриппа H5N1 [15], что имело место на территории России в 2006-2007 гг., а также динамического прогноза эпизоотолого-эпидемиологических аспектов «птичьего гриппа» [16].

Объективный прогноз настораживает мировое сообщество в отношении регистрации отдельных вспышек, в которых возможно появление эпидемических и даже пандемических вариантов отслеживаемых здравоохранением и медицинской наукой штаммов эпизоотийного птичьего гриппа. В Российской Федерации на текущий момент в шести субъектах отмечены эпизоотии, доказана причинная связь с вирусом H5N1, модели которого представлены на рис.4.

Геном вируса гриппа А состоит из 8 отдельных сегментов РНК различной длины, которые образуют комплекс с нуклеокапсидным NP – самым массовым белком вириона. Этот комплекс называют рибонуклеопротеином (RNP) и каждый сегмент РНК кодирует функционально значимый белок. Полимеразные белки: В1 (PB1), В2 (PB2) – самый большой, А (РА); белки: гемагглютинин (НА), нуклеокапсидный (NP), нейроминидаза (NA); матричные белки М1 и М2 (М1 образует матрикс внутри вириона, М2 встроен в липидную мембрану и действует в качестве протонного канала и протонного насоса для изменения или поддержания рН эндосомы); неструктурные NS1, NS2 – самые маленькие.

Вирус птичьего гриппа – важная проблема. Он устойчив к внешним воздействиям. Быстро меняется и очень заразен. Поэтому птичий грипп – это всерьез и, очевидно, надолго. Следовательно, реальная и фактологическая настороженность в общественном и индивидуальном сознании, в том числе якутян, обязательны.

В связи с изложенным, идентификация импортного изолята № 1 в Московском НИИ вирусологии РАМН (от больного Павлова А. А. в 2007 г.) как штамма гриппа В викторианской

линии (эталон В/Малайзия/2506/04) и присвоение последнему прецедентного номера ЦЭЭГ В/Якутия/32/2006 свидетельствует о достаточном профессионализме якутских врачей инфекционистов и вирусологов. С другой стороны, приведенный факт указывает на географические дрейфы различных групп вирусов гриппа на территорию Якутии.

К этому следует добавить, что по всем параметрам вирусологической диагностики возможного заноса возбудителя и к встрече болезни лаборатории ветеринарной и санитарно-эпидемиологической служб Якутии готовы. В составе инфекционных отделений развернуты боксы и палаты интенсивной терапии, а на случай массовых эпидосложнений (локализации и ликвидации «эпидемиологических сюрпризов») подготовлены обсерваторы.

Исходя из этого, противостояние пандемии птичьего гриппа требует комплексного подхода, включающего фундаментальные научные и прикладные аспекты, среди которых важную роль занимают такие задачи, как: изучение и анализ миграций диких птиц, мониторинг вирусов гриппа [16,17] у диких и домашних птиц, контроль за возникающими очагами птичьего гриппа в местах летних и зимних скопления птиц.

К тому же готовность к встрече с птичьим гриппом должна быть обеспечена не только на организационно-социальном и государственном уровнях, но и на личностно-бытовых, хозяйственных позициях.

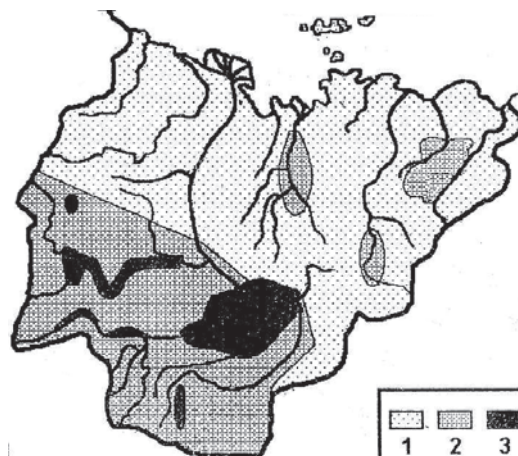


Рис.2. Локализация районов возможного возникновения очагов птичьего гриппа в РС (Я) в период миграций птиц: вероятность незначительная (1), умеренная (2), высокая (3)



Рис.3. Расположение возможных очагов птичьего гриппа в РС (Я) в местах массовой концентрации птиц в период размножения и линьки

Литература

1. ВОЗ. Информация ВОЗ. Материалы семинара ВОЗ (Птичий грипп и значимость его передачи людям) //http://www.gsen.ru/whosars/index.html. - 2007. -3с.

Информация о количестве лабораторно подтвержденных случаев гриппа птиц среди людей по данным ВОЗ на 05.09.2007 (Г. Г. Онищенко, 2007)

Страна	2003		2004		2005		2006		2007		Всего	
	заб.	умер-ло	заб.	умер-ло	заб.	умер-ло	заб.	умер-ло	заб.	умер-ло	заб.	умер-ло
Азербайджан	0	0	0	0	0	0	8	5	0	0	8	5
Камбоджа	0	0	0	0	4	4	2	2	1	1	7	7
Китай	1	1	0	0	8	5	13	8	3	2	25	16
Джибути	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Египет	0	0	0	0	0	0	18	10	20	5	38	15
Индонезия	0	0	0	0	20	13	55	45	30	26	105	84
Ирак	0	0	0	0	0	0	3	2	0	0	3	2
Лаос	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2
Нигерия	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
Таиланд	0	0	17	12	5	2	3	3	0	0	25	17
Турция	0	0	0	0	0	0	12	4	0	0	12	4
Вьетнам	3	3	29	20	61	19	0	0	7	4	100	46
Всего	4	4	46	32	98	43	115	79	64	41	327	199

2. **Гольдштейн А.В.** Эпидситуация по высокопатогенному птичьему гриппу H5N1 за рубежом // *А.В. Гольдштейн // Вакцинация.* - 2005. - №4. - С.4 – 5.

3. **Грипп птиц в Сибири - 2005:** Лабораторные и эпидемиологические исследования, противоэпидемические и противозооотические мероприятия в период эпизоотии вируса гриппа среди домашней птицы в Сибирском и Уральском федеральных округах Российской Федерации (июль-ноябрь 2005 г.) / Под общ. ред. акад. Г.Г. Онищенко. - Новосибирск: Изд-во "ЦЭ-РИС", 2006. - 192 с. - (8 с. цв. вкл.)

4. **Дегтярев А.Г.** Летят перелетные птицы // *А.Г. Дегтярев // Байанай.* - 2005. - № 2. - С. 36-41

5. **Находкин Н.А.** О птицах Якутии / Н.А. Находкин // *Наука и техника в Якутии: сб. научных статей.* - Якутск, 2007. - С. 110-114

6. **Онищенко Г.Г.** О ситуации с гриппом птиц: Служебное письмо № 0100/9083-07-23 от 05.09.07

7. **Организация мониторинга заноса и распространения гриппа птиц в природных условиях на территории РФ:** Методические рекомендации. - М., 2006. - 31с.

8. **Постановление Правительства РС(Я)** «О мерах по предупреждению и ликвидации гриппа птиц в РС (Я)». - Якутск, 2006. - № 150.

9. **Протодияконов А.П.** Организация мероприятий по предупреждению гриппа птиц в Республике Саха (Якутия) // *А.П. Протодияконов, И.Ю. Самойлова // Дальневосточный журнал инфекционной патологии.* - 2006. - № 8. - с. 58-59.

10. **Шаршов К.А.** Мониторинг высоко-

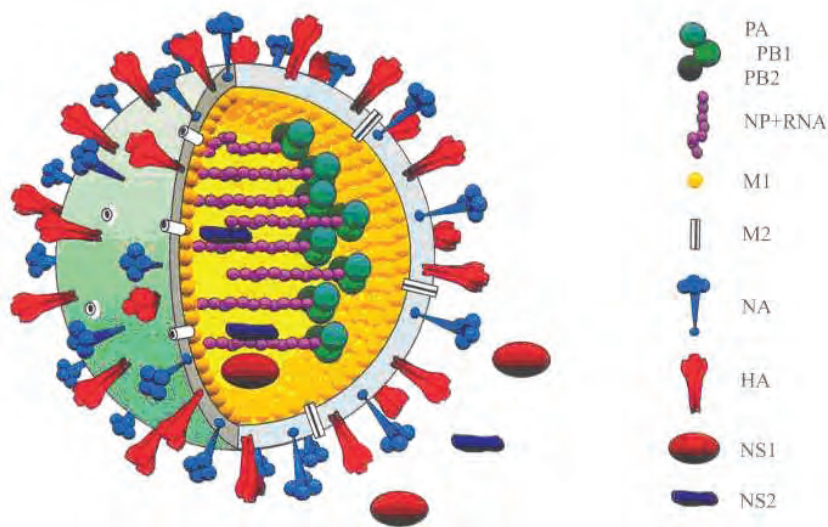


Рис.4. Строение вириона вируса гриппа типа А (авторское право на изображение принадлежит А. З. Максюту и ФГУН ГНЦ ВБ «Вектор» Роспотребнадзора) [6]

патогенного гриппа H5N1 на территории России (2006-2007 гг.) / К.А. Шаршов [и др.] // III Междунар. конф. по мигрирующим птицам Севера Тихоокеанского региона. Тезисы докладов. - Якутск: Изд-во ЯНЦ СО РАН, 2007. - С. 87 - 88.

11. **Шестопапов А.М.** Некоторые аспекты эпизоотологии «птичьего гриппа» // *А.М. Шестопапов [и др.] // Там же.* - С. 88 – 90

12. **Яшлавский А.** Птичий грипп активно захватывает Европу // *А. Яшлавский // МК в Якутии.* - 2006. - № 9.

13. **Abdel-Nasser Abdel-Ghfar.** Update on Avian Influenza A (H5N1) Virus Infection in Humans // *Abdel-Nasser Abdel-Ghfar [et al.] // N. Engl. J. Med.* 2008. -358.-P.261-73.

14. **Beigel John H.** Avian Influenza A (H5N1) Virus Infection in Humans // *J.H.Beigel [et al.] //Ibid.-353:-P.1374-85*

15. **Okazaki K.** Precursor genes of future pandemic influenza viruses are perpetuated in ducks nesting in Siberia. / K. Okazaki [et al.] // *Arch Virol.* (2000). - 145: P- 885-893.

16. **Perroncito E.** Epizootia tifoide neigallianci. / E. Perroncito // *Annali della Academia d'agricoltura di Torino.* - 1878. -№ 21. - P. 87-126.

17. **Schafer W.** Vergleichende seroimmunologische untersuchungen uber die viren der influenza und klassischen geflugelpest // *W. Schaffer // Z. Naturforsch.* - 1955- № 10B. - P. 81-91.

АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА

УДК 616.31 617. 52-089

А.К. Федорова, Н.Н. Омаров, И.Д. Ушницкий

ПОТРЕБНОСТЬ В ЗАМЕЩЕНИИ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПРОТЕЗАМИ У РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

В настоящее время проводится много исследований, направленных на улучшение организации стоматологической помощи населению с учетом региональных и возрастных особенностей [1]. Несмотря на это, остается ряд нерешенных проблем, связанных

с оказанием специализированной помощи взрослому населению, в том числе лицам пожилого и старческого возраста.

Известно, что с возрастом состояние зубочелюстной системы претерпевает определенные изменения, связанные со структурными и функциональными особенностями органов и тканей полости рта. Так, у лиц более старшего возраста стоматологический статус характеризуется наличием обширных и полных дефектов зубных рядов, морфологическими изменениями твердых тканей зубов, перестройкой

нервно-рефлекторной системы, изменениями трофики тканей пародонта и т.д. [3, 5]. В связи с этим исследования, направленные на оптимизацию оказания стоматологической помощи и профилактику заболеваний полости рта у населения, имеют важное значение в медицине.

Материалы и методы

Комплексное стоматологическое обследование населения проводилось с использованием карты, рекомендованной ВОЗ (1995), и карты-анкеты социально-гигиенического, общего и стоматологического статуса по ме-

ФЕДОРОВА Альбина Кимовна – зав. стоматологическим отделением Якутской больницы ФГУ «ДВОМЦ МЗ РФ»; **ОМАРОВ Никандр Набиевич** – врач стоматологической клиники «Улыбка»; **УШНИЦКИЙ Иннокентий Дмитриевич** – д.м.н., зав. кафедрой терапевтической стоматологии МИЯГУ.

тодике Ю.В. Чинова и соавт. (2005). Сбор клинического материала проводился на базе стоматологического отделения Якутской больницы ФГУ «ДВОМЦ МЗ РФ», стоматологической клиники «Улыбка» г. Якутска, стоматологического кабинета Гериатрического центра больницы №1 МЗ РС(Я) в период с 2001 по 2007 г.

Всего было обследовано 1177 чел. в возрасте от 20 до 90 лет и старше. При проведении комплексного стоматологического обследования населения учитывались дефекты зубных рядов, наличие и состояние зубных протезов. А также определяли гигиенический индекс зубных протезов по методике Н.И. Бернадской (1990). Интерпретацию срока годности имеющихся зубных протезов проводили по методике Г.В. Базиян (1969). Определение нуждаемости обследованного населения в ортопедическом лечении проводилось по методике Г. В. Базиян, Г.А. Новгородцева (1968). В число нуждающихся в протезировании включались лица, которые имеют годные зубные протезы и нуждающиеся в дополнительном протезировании; лица, имеющие негодные зубные протезы и нуждающиеся в их переделке; лица, которые нуждаются в протезировании и не имеют протезов.

Результаты и обсуждение

Полученные нами данные свидетельствуют об определенных изменениях зубочелюстной системы у различных возрастных групп обследованного населения. Так, анализ структуры дефектов зубных рядов у взрослого населения выявил преобладание дефектов зубных дуг с двусторонними концевыми дефектами – $50,0 \pm 0,84\%$, далее идут зубные дуги с односторонними концевыми дефектами – $24,19 \pm 1,28\%$, а зубные дуги с односторонними включенными дефектами в боковом и в переднем отделе соответственно составляют $22,58 \pm 1,30$ и $3,23 \pm 1,63\%$. Преобладание в структуре дефектов зубных рядов 1-го класса, по Кеннеди, у обследованных, возможно, связано с частыми поражениями боковой группы зубов кариозным процессом и удалением их по поводу осложнения кариеса, а также наличием воспалительно-деструктивного процесса в области тканей пародонта с различной степенью выраженности. Наличие перечисленных фактов подтверждается полученными нами данными в ходе проведенного комплексного стоматологического обследования.

Особую озабоченность вызывает факт полного отсутствия зубов в че-

люстях у отдельных обследованных. Средний возраст таких лиц составляет $48,32 \pm 1,60$ лет. Показатель имеющих среди них полную адентию на верхней и нижней челюстях составляет $33,3 \pm 1,66\%$.

Спектр имеющихся в полости рта зубных протезов у обследованных выражен достаточно широко. Так, у значительной части взрослого населения имеются несъемные протезы – $81,35 \pm 0,30\%$, а доля съемных протезов составляет всего $18,65 \pm 1,34\%$. При этом несъемные протезы представлены металлокерамическими ($37,46\%$), металлопластмассовыми ($10,37\%$), цельнолитыми ($4,30\%$), металлическими ($32,40\%$) и пластмассовыми ($7,84\%$) конструкциями, а также коронками из драгоценных металлов ($7,63\%$).

Также было выявлено, что среди лиц, имеющих зубные протезы ($57,04 \pm 2,33\%$), значительная часть нуждается в их замене в связи с истечением срока использования, дефектами протезов в виде поломок, а также воспалительными процессами в периапикальной области опорных зубов ($28,52 \pm 3,88\%$).

Полученные данные позволяют говорить о высоком уровне распространенности дефектов зубных рядов у взрослого населения региона, что связано с распространенностью кариеса зубов и болезней пародонта у жителей Севера. Также выявлен высокий уровень потребности в ортопедической стоматологической помощи у лиц данной категории.

Стоматологический статус у лиц пожилого и старческого возраста характеризуется значительными изменениями зубочелюстной системы и наличием сопутствующих общесоматических патологий. Среди хронических заболеваний наиболее распространенными являются: заболевания сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, костно-мышечной, нервной, мочеполовой и эндокринной систем, психические расстройства и т.д. При этом следует отметить, что у обследованных лиц пожилого и старческого возраста была выявлена выраженность патологических процессов твердых тканей зубов деминерализующего характера. Так, интенсивность поражения зубов кариесом находится на высоком уровне, в среднем каждый обследованный имеет по $21 \pm 1,69$ кариозных, пломбированных и удаленных зубов. В структуре составляющих компонентов индекса КПУ наибольший удельный вес занимают удаленные зубы.

Анализ дефектов зубных рядов у обследованных подчеркивает их выраженность. По структуре наиболее выраженные изменения альвеолярного отростка челюстей составляют по 1-му классу Кеннеди $30,94 \pm 3,75\%$, по 2-му – $17,57 \pm 4,48$, по 3-му – $22,60 \pm 4,21$ и по 4-му – $12,30 \pm 4,77\%$. При этом у $16,59 \pm 4,53\%$ пожилых и старых людей региона было выявлено наличие полной вторичной адентии.

Из обследованных лиц пожилого и старческого возраста республики не имеют протезов $42,96 \pm 3,10\%$ при имеющихся дефектах зубных рядов. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что $71,47 \pm 1,55\%$ лиц пожилого и старческого возраста нуждаются в специализированной ортопедической стоматологической помощи.

Заключение

Проведенное исследование выявило распространенность дефектов зубных рядов у взрослого населения и пожилых и старых людей региона. Более половины обследованных нуждаются в специализированной стоматологической помощи. При этом значительная часть обследованных, имеющих различные ортопедические конструкции в полости рта, по показаниям нуждается в замене протезов. Таким образом, у взрослого населения и лиц пожилого и старческого возраста Якутии выявлен высокий уровень потребности в ортопедической помощи, что требует дальнейшей оптимизации стоматологической службы в регионе.

Литература

1. Безруков В.М. Совершенствование организации ортопедической помощи населению пожилого и старческого возраста / В.М. Безруков, А.В. Алимский, Г.Н. Апресян. – М., 2003. – 24 с.
2. Базиян Г.В. Основы научного планирования стоматологической помощи / Г.В. Базиян, Г.А. Новгородцев. – М.: Медицина, 1968. – 239 с.
3. Модестов Е.А. Потребность лиц пожилого и старческого возраста г. Красноярска в зубных протезах: автореф. дис. ...канд. мед. наук / Е.А. Модестов. – М., 2000. – 22 с.
4. Чинов Ю.В. Методика комплексной оценки состояния стоматологического здоровья людей пожилого и старческого возраста / Ю.В. Чинов, [и др.]. – Красноярск, 2005. – 53 с.
5. Чумляков С.В. Социально-гигиеническая характеристика и потребность в стоматологической помощи работников Красноярской железной дороги предпенсионного и пенсионного возраста: автореф. дис. ...канд. мед. наук / С.В. Чумляков. – Красноярск, 2006. – 23 с.

Т.Н. Курбатова

КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ У РАБОТНИКОВ УГОЛЬНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА (на примере предприятий ОАО ХК «Якутуголь»)

В последнее время заболевания желудочно-кишечного тракта все больше приобретают статус социальных. Одной из распространённых патологий желудочно-кишечного тракта среди взрослого населения является язвенная болезнь. В нашей стране под диспансерным наблюдением ежегодно состоят около 1 млн. чел. В районах Якутии с преимущественно приезжим населением (Мирнинский, Алданский, Оймяконский, Олёкминский районы) заболеваемость язвенной болезнью составляла 26,7–37,5 на 10 000 населения [5].

Бактерия *Helicobacter pylori* (HP) является важнейшим фактором развития язвенной болезни желудка и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Инфицированность населения России бактерией *Helicobacter pylori* очень велика и достигает в таких крупных регионах, как Сибирь, Дальний Восток, Юг России, 80% [1, 2, 6]. В Республике Саха (Якутия) эта проблема остается малоизученной.

Проживание в условиях Крайнего Севера определяет особенности эпидемиологии и клинического течения язвенной болезни, чаще проявляющейся у приезжего населения. В Нерюнгринском районе из общего числа населения лишь 0,9% являются коренными жителями, большинство же – так называемое пришлое население. Развитие и течение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки варьирует в зависимости от климатогеографических и экологических особенностей региона проживания, длительности и условий пребывания, а также социальных, этнических и профессиональных факторов.

Современная медикаментозная курсовая терапия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, направленная на уничтожение (эрадикацию) *Helicobacter pylori* в слизистой оболочке желудка инфицированных лиц, может обеспечить безрецидивное течение заболевания, избавить больных от возможных тяжёлых осложнений, а также улучшить качество жизни больного. Проведение эрадикации HP у больных язвенной болезнью является экономически обоснованным и абсолютно необходимым лечебным мероприятием, которое дает не только прогнозируемые клинические и профилактические результаты, но и обеспечивает полное излечение [4, 14].

Клиническая эффективность может быть оценена по показателям качества жизни. Исследования Wilhelmssen I. показали, что эрадикация HP улучшает качество жизни больных. Отдалённые результаты показывают, что даже через 1–3 года у больных значительно улучшаются показатели психического, социального и сексуального функционирования [16, 17].

Рядом авторов выявлена зависимость качества жизни от степени тяжести язвенной болезни: показатели ухудшаются при увеличении длительности и тяжести заболевания [9, 10]. По данным Колесниковой И.Ю. [3], наиболее низкие показатели качества жизни отмечаются у больных с осложнённой язвенной болезнью и при тяжёлом течении заболевания. Снижение показателей качества жизни происходит не только из-за болевых ощущений, но и в результате эмоционального перенапряжения, тревожности, появления депрессивных и ипохондрических черт, невротизации.

Появление в настоящее время большого количества новых доро-

гостоящих препаратов для лечения язвенной болезни, трудности финансирования здравоохранения, а порой и отсутствие средств у пациента для профилактических курсов эрадикационной терапии заставляют думать не только о клинической эффективности лечения заболевания, но и об экономической стороне данной проблемы. Проведение экономического анализа позволит пересмотреть и оптимизировать расходы, связанные с лечением язвенной болезни, улучшить качество проводимой терапии.

В связи с этим **целью исследования** стало изучение клинической и экономической эффективности эрадикационной терапии язвенной болезни в зависимости от степени тяжести заболевания у работников ОАО ХК «Якутуголь».

Материалы и методы исследования

Исследование проведено среди 100 больных из числа работников предприятий ХК «Якутуголь», страдающих язвенной болезнью различной локализации. Все пациенты распределены в зависимости от степени тяжести, характера течения заболевания и наличия осложнений на две группы. В 1-ю группу вошли больные с лёгкой и средней степенью тяжести, во 2-ю – больные язвенной болезнью с тяжёлым течением заболевания, наличием осложнений и рецидивов за время проведения исследования.

Всем больным проведено комплексное обследование, включающее сбор жалоб и анамнез заболевания, лабораторные анализы, фиброэзофагогастродуоденоскопию с прицельной биопсией слизистой оболочки желудка и с определением *Helicobacter pylori* в биоптате с помощью уреазного теста, серологическое исследование сыво-

ротки крови на *Helicobacter pylori*, определение уровней интерлейкинов 1 β , 4, 6, 8 и α -ФНО в сыворотке крови, исследование базальной секреции.

Перед началом исследования и лечения у всех больных проводилось анкетирование по оценке качества жизни с помощью опросника SF-36.

Для экономической оценки лечения больных исследуемых групп проводился анализ общей (полной) стоимости болезни. Это позволило сопоставить стоимость лечения больных в амбулаторных и стационарных условиях в зависимости от степени тяжести язвенной болезни, а также сравнить расходы государства на выплату по листам нетрудоспособности. Для изучения фармакоэкономических затрат на каждого больного заполнялась индивидуальная «экономическая карта» с указанием сведений о временной утрате нетрудоспособности за период наблюдения. Зарегистрированы все случаи стационарного лечения с указанием числа койко-дней. Кроме того, учитывалась информация о способах лечения больных: наименование препарата, разовая и курсовая дозы, применение физиотерапевтических методов с указанием их кратности и длительности. Отмечены случаи оперативного лечения с указанием вида операции, сроков послеоперационного периода. Указывались поддерживающие курсы лечения (назначение и проведение таких курсов для каждого больного).

Статистическая обработка материала проводилась на компьютере с помощью статистического пакета «Statistica for Windows V 6.0». Проверка гипотез о равенстве двух средних независимых групп производилась с помощью t-критерия Стьюдента. При проверке нормальности распределений использовались графики на вероятностной бумаге и, учитывая близость экспериментальных точек к линии, была принята гипотеза о нормальности распределения. Для сравнения относительных величин использовались таблицы сопряженности. При их анализе изучались значения критерия согласия Пирсона (χ^2), достигнутый уровень значимости (p). По величине значения χ^2 отдельных клеток оценивалось наличие связи между изучаемыми признаками.

Результаты и обсуждение

Среди обследованных больных были 92 мужчины и 8 женщин. Возраст больных первой группы колебался от 18 до 67 лет, средний возраст составлял $38,7 \pm 11,7$ лет, возраст второй группы – от 22 до 60 лет, средний

– $39,2 \pm 11,9$ лет. Лица трудоспособного возраста, то есть женщины до 50 и мужчины до 55 лет, составили основную группу обследованных больных – 91 чел. (91%), что подчеркивает актуальность проведенного исследования.

Анамнестические данные больных каждой группы имели определенные особенности. Так, в группе с язвенной болезнью легкой и средней степени тяжести преобладали больные с продолжительностью заболевания от 3 до 10 лет. Анамнез больных с тяжелым течением язвенной болезни отличался большим разнообразием. Общая длительность заболевания колебалась в пределах до 16 лет. Количество больных с впервые выявленной язвенной болезнью во второй группе было больше.

У всех больных исследуемых групп язвенная болезнь проявлялась язвенноподобной, рефлюксной и системной диспепсией. Язвенноподобная диспепсия, проявляющаяся болями различной интенсивности, периодичности и локализации, встречалась у 100% исследуемых больных 1-й и 2-й групп. Реже выявлялась рефлюксная диспепсия, которая встречалась в 1-й группе у 26 (52,0%), во 2-й – у 46 больных (92,0%), $p=0,04$. Проявления системной диспепсии были у 10 больных (20,0%) 1-й группы и 26 (52,0%) – 2-й, $p=0,04$.

Однако болевой симптом имел особенности при тяжелом течении язвенной болезни. Так, у 49 больных (98,0%) 2-й группы отмечались постоянные боли в гастродуоденальной зоне. В 1-й группе таких больных было 21 чел. (42,0%) ($\chi^2=3,7$; $df=1$; $p=0,06$). Также у больных 1-й группы реже по сравнению с больными 2-й группы наблюдались ночные и голодные боли: 33 (66,0%) и 48 чел. (96,0%) соответственно ($\chi^2=14,6$; $df=1$; $p=0,001$). Кроме

того, если в 1-й группе боли, связанные с приемом пищи, отмечали 25 пациентов (50,0%), то во 2-й группе такие жалобы отмечали 49 чел. (98,0%) ($\chi^2=29,9$; $df=$; $p=0,001$). В обеих группах с одинаковой частотой наблюдались тупые боли в эпигастрии ($\chi^2=0,1$; $df=1$; $p=0,749$).

Также в группе больных с тяжелым течением язвенной болезни чаще, чем у больных легкой и средней степени заболевания, наблюдались симптомы рефлюксной и системной диспепсии, свидетельствующие о нарушении моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки.

Анализ показал, что при легкой и средней степени течения язвенной болезни изжога выявлялась у 23 больных (46,0%), при тяжелом течении – у 32 (64,0%) ($\chi^2=4,1$; $df=1$; $p=0,044$); отрыжка у 15 (30,0) и 27 (54,0) ($\chi^2=5,002$; $df=1$; $p=0,025$); тошнота у 12 (24,0) и 24 (48,0) ($\chi^2=6,250$; $df=1$; $p=0,012$); рвота у 4 (8,0%) и 12 больных (24,0%) соответственно ($\chi^2=4,7$; $df=1$; $p=0,029$).

Симптомы системной диспепсии (диарея, запоры, «неустойчивый» стул) также чаще наблюдались у больных 2-й группы ($\chi^2=14,6$; $df=3$; $p=0,002$). Так, диарея отмечалась в 1-й группе у 5 больных (10,0%), во 2-й у 8 (16,0); запорами страдали 2 (4,0) и 15 (30,0), «неустойчивым» стулом – 3 (6,0%) и 3 (6,0%) больных соответственно.

При анализе частоты обострений за год выявлено, что в 1-й группе преобладали больные с рецидивами реже 1 раза в 2–3 года. Таких больных наблюдалось 16 чел. (32,0%). На втором месте были больные с рецидивами 1 раз в 2–3 года – 11 (22,0%). Больных, у которых обострения наблюдались 1 раз в год, было 3 чел. (6,0%).

Во 2-й группе исследуемых 44% больных имели обострения 1 раз в год, 6 чел. – 1 раз в 2–3 года и 6 чел. – чаще 1 раза в год (рис.1).

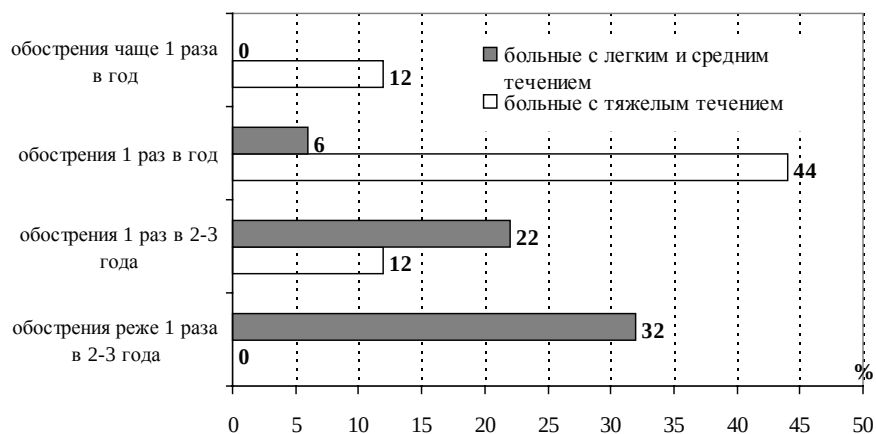


Рис.1. Сравнительная характеристика частоты рецидивов у больных в зависимости от степени тяжести заболевания ($p<0,05$)

Все больные, имевшие 2 и более рецидива за исследуемый период, имели высокую степень обсеменённости по уреазному тесту и высокие титры антител к НР по ИФА. Язвенный анамнез отличался большой вариабельностью (от 2 до 15 лет), однако среди этой подгруппы не отмечено больных с впервые выявленной язвенной болезнью.

В группу с тяжёлым течением были отнесены также больные, имевшие в анамнезе осложнения язвенной болезни. Таких больных было 18 чел. (36,0%). У 17 больных (34,0%) были выявлены осложнения в виде язвенного кровотечения и перфорации, по поводу которых больные были прооперированы. У 1 больного (2,0%) выявлен субкомпенсированный пилоробульбарный стеноз. Данный больной имел длительный язвенный анамнез (16 лет) и частые (более 1 раза в год) обострения язвенной болезни. В настоящее время он находится под наблюдением врачей амбулаторной службы.

Язвенное кровотечение имели 9 больных (50,0%, $n=18$), перфорацию язвы – 8 (44,0%, $n=18$). Из 9 больных с язвенным кровотечением в анамнезе 3 имели длительный «язвенный стаж» – 9 и более лет. У 6 больных язвенная болезнь манифестировала язвенным кровотечением. 2 больных из этой подгруппы имели кровотечение из язвы желудка, 7 – из язвы двенадцатиперстной кишки. Пробождение язвы выявлено у 8 больных. Среди этих больных язвенная болезнь выявлена впервые у 7 больных. 1 больной страдал язвенной болезнью в течение 7 лет. Все 8 человек имели пробождение язвы луковицы двенадцатиперстной кишки.

Всем больным помимо анализа клинического течения заболевания проводились дополнительные обследования: определение кислотности желудочного сока методом внутрижелудочной экспресс – pH-метрии, определение *Helicobacter pylori* в биоптате слизистой оболочки желудка с помощью уреазного теста и серологическим методом. Достоверность уреазного теста усиливалась методом ИФА-диагностики.

При сравнении состояния желудочной секреции у больных исследуемых групп выявлены следующие особенности (табл.1). Гиперацидное состояние чаще выявлялось у больных 1-й группы – 27 больных (54,0%), что на 24% больше, чем во 2-й группе – 15 чел. (30,0%). Ан- и гипоацидное состояние чаще отмечалось у боль-

Кислотность желудочного сока больных исследуемых групп

Кислотность в базальных условиях	1-й группа ($n=50$)		2-й группа ($n=50$)	
	n	%	n	%
Гиперацидное состояние	27	54,0	15	30,0
Нормоацидное состояние	12	24,0	3	6,0
Гипоацидное состояние	8	16,0	20	40,0
Анацидное состояние	3	6,0	12	24,0

ных 2-й группы – 32 чел. (64,0%), что значительно превосходит количество аналогичных больных в 1-й группе. Нормоацидное состояние чаще встречалось в 1-й группе, во 2-й таких больных было всего 3 (6,0%), что в 4 раза меньше по сравнению с 1-й группой ($\chi^2=19,4$; $df=3$; $p=0,001$).

При проведении эндоскопического исследования в начале исследования всем больным проводилось определение *Helicobacter pylori* в биоптате слизистой оболочки желудка уреазным тестом.

У больных с тяжёлым течением язвенной болезни преобладала высокая степень обсеменённости – 34 чел. (68,0%), что, вероятно, и способствовало тяжёлому течению заболевания. У больных с лёгкой и средней степенью заболевания преобладала средняя степень обсеменённости – 35 больных (70,0%), поэтому сроки эрадикации и лечения, а, следовательно, и временной утраты нетрудоспособности у этих больных были меньше. Низкая (или слабая) обсеменённость выявлялась у 3 больных 1-й группы (6,0%) и у 2 (4,0%) – 2-й ($\chi^2=19,7$, $df=2$, $p=0,001$). Больные с отрицательными данными уреазного теста в группы исследуемых не включались.

Для дополнительного подтверждения инфицированности *Helicobacter pylori* всем больным проведен ИФА на антитела к НР (табл.2).

Во 2-й группе имели титр антител по данным ИФА более 1:20 (сильно положительный) 33 больных (66,0%). В 1-й группе наибольшее количество больных (26 чел. – 52,0%) имели средние титры антител. Причем, по данным уреазного теста, все больные, как 1-й, так и 2-й группы, имели высокую и среднюю степень обсеменённости. У 2 больных (4,0%) 2-й группы, имевших отрицательный результат ИФА-метода, уреазный тест выявил высокую степень обсеменённости, что объяснялось коротким язвенным анамнезом, манифестацией заболевания в виде пробождения (1 чел.). У 2 больных 1-й группы выявлен отрицательный результат ИФА, а по уреазно-

му тесту у лиц с впервые выявленным диагнозом язвенной болезни имелась средняя степень обсеменённости. У всех больных 1-й и 2-й группы, имевших сомнительный результат методом ИФА, уреазный тест выявил среднюю и низкую степень обсеменённости, а также имело место повышение уровня интерлейкинов, что позволило оставить данных пациентов в группе для дальнейшего наблюдения.

По данным ИФА-диагностики высокие титры антител (сильно положительный и положительный результаты) имели 80,0 и 86,0% больных 1-й и 2-й групп соответственно ($\chi^2=16,1$, $df=4$, $p=0,003$).

Для изучения иммунного статуса у исследованных больных проведено определение уровня интерлейкинов ИЛ-1 β , ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8 и цитокина α -ФНО. Повышение уровня провоспалительных цитокинов (ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8, α -ФНО) отмечено у 48 больных (96,0%) 1-й группы и у 31 (62,0%) – 2-й ($p=0,1$). Повышение уровня противовоспалительного интерлейкина ИЛ-4 выявлено у 14 больных (28,0%) 1-й группы и у 5 (10,0%) – 2-й ($p=0,13$). Однако у 2 больных (4,0%) 1-й группы и 19 больных (38,0%) 2-й группы не отмечено повышения интерлейкинов и цитокина α -ФНО ($p=0,007$). Показатель вероятности в последнем случае менее 0,05, что свидетельствует о существовании статистически значимых различий в подгруппах больных с отсутствием изменений уровня интерлейкинов и цитокина α -ФНО. Из вышесказанного можно сделать предварительное за-

Таблица 2

Обсеменённость НР по данным ИФА

Результат	1-я группа ($n=50$)		2-я группа ($n=50$)	
	n	%	n	%
Сильно положительный	14	28,0	33	66,0
Положительный	26	52,0	10	20,0
Слабоположительный	3	6,0	3	6,0
Сомнительный	5	10,0	2	4,0
Отрицательный	2	4,0	2	4,0

Таблица 3

Обсеменённость НР по данным уреазного теста при контрольном исследовании

Степень обсеменённости	1-й группа (n=50)		2-й группа (n=50)	
	п	%	п	%
Высокая (+++)	—	—	—	—
Средняя (++)	—	—	2	4,0
Низкая (+)	5	10,0	11	22,0
Отрицательный результат (—)	45	90,0	37	74,0

ключение, что отсутствие реакции иммунной системы у больных с тяжёлым течением язвенной болезни обуславливает тяжесть течения заболевания, наличие осложнений, удлинение сроков рубцевания язвенного дефекта.

Морфологическая картина биоптатов антрального отдела и тела желудка больных обеих исследуемых групп была представлена поверхностным антрум-гастритом, пангастритом антрального отдела и атрофическим антрум-гастритом.

В группе больных с лёгкой и средней степенью течения язвенной болезни преобладали больные с поверхностным антрум-гастритом — 86,0%. Атрофический антрум-гастрит выявлен у 14,0% больных. Пангастрит антрального отдела желудка у больных 1-й группы выявлен не был. Лимфоидные фолликулы выявлены в биоптатах у 4,0% больных.

В группе больных с тяжёлым течением язвенной болезни преобладали больные с атрофическим антрум-гастритом — 62,0%. На втором месте были больные с поверхностным антрум-гастритом — 34,0%. Явления пангастрита антрального отдела желудка выявлены у 4,0% больных. Лимфоидные фолликулы отмечались у 14,0% больных.

При сравнении данных биопсии антрального отдела и тела желудка выявлено, что у 84,0% больных 1-й группы и 96,0% 2-й данные морфологической картины двух этих биоптатов совпадали. Из 8 больных 1-й группы у 2 больных при биопсии антрального отдела выявлен поверхностный антрум-гастрит, а при биопсии тела желудка изменений не отмечено. Кроме того, у 4 больных, у которых имелся поверхностный антрум-гастрит, выявлен атрофический гастрит тела желудка. У 2 больных с поверхностным антрум-гастритом биопсия тела желудка выявила пангастрит.

Только у 2 больных 2-й группы данные биопсии антрального отдела

и тела желудка различались. Так, у 1 больного с атрофическим антрум-гастритом при биопсии тела желудка выявлен поверхностный гастрит, а у 1 больного с антрум-пангастритом выявлен при биопсии тела желудка поверхностный гастрит.

Из сказанного можно сделать заключение, что тяжёлое течение язвенной болезни сопровождается атрофическими изменениями слизистой оболочки желудка со значительным снижением секреторной функции желудка.

Следует отметить, что при поверхностном гастрите у больных 1-й и 2-й групп выявлялось гипо-, нормо- и гиперацидное состояние желудочно-го сока, при атрофическом гастрите — гипо- и анацидное. При пангастрите у больных 2-й группы выявлены гипер- и нормоацидное состояния.

Изучение клинической эффективности лечения

Клиническая эффективность лечения больных оценивалась по срокам купирования язвенноподобной, системной и рефлюксной диспепсий, сравнением данных уреазного теста до и после лечения, а также сравнением показателей качества жизни до и после лечения.

У больных с лёгкой и средней степенью течения язвенной болезни купирование болей наблюдалось на 5–15 день лечения, средние сроки $10,8 \pm 0,41$ дней ($n=50$). Рефлюксная и системная диспепсии купированы у этой группы больных на 2–12 день лечения, средние сроки $5,9 \pm 0,39$ дней ($n=50$).

У больных с тяжёлым течением язвенной болезни купирование болей наблюдалось на 7–29 день лечения, средние сроки $15,3 \pm 0,68$ дня ($n=50$). Рефлюксная и системная диспепсии купированы на 5–30 день лечения, средние сроки $11,8 \pm 0,79$ дней ($n=50$).

При сравнении сроков купирования болей следует отметить, что для 2-й группы больных характерны более длительные боли. Разница составляет в среднем 4,5 дня ($p=0,001$).

Различия в сроках купирования рефлюксной и системной диспепсий составили 5,9 дней ($p=0,001$). Длительные сроки купирования болей и диспепсий во 2-й группе обуславливались наличием осложнений и выраженных функционально-морфологических сдвигов в слизистой оболочке желудка.

Объективным методом контроля лечения служил уреазный тест, проведённый через 1–1,5 месяца после

Таблица 4

Сравнительный анализ показателей качества жизни до лечения в зависимости от степени тяжести язвенной болезни

Название шкалы по SF-36	Больные с лёгкой и средней степенью течения	Больные с тяжёлым течением	p
	(M±m)	(M±m)	
ФФ	49,2±2,7	26,4±1,9	0,0000
РФФ	54,0±3,7	11,5±1,8	0,0000
ИБ	32,6±2,4	20,8±1,7	0,0001
ОЗ	45,8±2,6	29,2±1,6	0,0000
ЖА	27,0±2,4	18,3±1,9	0,0043
СФ	40,0±2,3	28,6±1,7	0,0000
РЭФ	58,0±4,6	21,3±2,3	0,0000
ПЗ	41,8±1,9	30,6±1,7	0,0000
СФЗ	42,6±0,8	40,3±0,6	0,0241
СПЗ	35,2±1,01	29,5±0,7	0,0000

Примечание. Полное название шкал в табл.4 и 5 см. в тексте.

завершения эрадикационной терапии (табл.3).

В 1-й группе полная излеченность достигнута у 90,0%, во 2-й — у 74,0% ($p=0,04$). Неполная излеченность — у 10,0 и 22,0% в 1-й и 2-й группах соответственно ($p=0,16$).

Для оценки качества жизни при первичном осмотре больных исследуемых групп и при контрольном проведении ФГДС через 1 месяц после выписки заполнялся общий опросник SF-36. Изучались следующие параметры: физическое функционирование (ФФ), ролевое физическое функционирование (РФФ), интенсивность боли (ИБ), общее здоровье (ОЗ), жизненная активность (ЖА), социальное функционирование (СФ), ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ), психическое здоровье (ПЗ). Каждая шкала содержит от 2 до 10 подпунктов. Объединяются все шкалы с помощью двух суммарных измерений: суммарное психологическое здоровье (СПЗ) и суммарное физическое здоровье (СФЗ).

Как представлено в табл.4, в группе больных с тяжёлым течением язвенной болезни показатели качества жизни до лечения снижены по сравнению с больными с лёгкой и средней степенью тяжести заболевания ($p<0,05$).

После проведённого лечения через 1 месяц после выписки из стационара больным исследуемых групп было предложено повторно заполнить анкету по оценке качества жизни SF-36 (табл. 5).

Таблица 5

Сравнительный анализ показателей качества жизни в зависимости от степени тяжести язвенной болезни после лечения

Название шкалы по SF-36	Больные с лёгкой и средней степенью течения	Больные с тяжёлым течением	p
	(M±m)	(M±m)	
ФФ	81,9±2,7	69,9±4,1	0,0315
РФФ	74,0±4,7	66,0±4,9	0,2739
ИБ	75,8±3,2	55,9±3,6	0,0000
ОЗ	72,5±2,8	62,4±2,9	0,0100
ЖА	73,6±2,8	62,6±2,9	0,0049
СФ	81,5±2,9	65,8±3,3	0,0027
РЭФ	80,7±4,4	71,4±4,8	0,1600
ПЗ	78,5±2,0	69,4±2,0	0,0039
СФЗ	48,3±0,8	45,8±1,3	0,0000
СПЗ	52,5±1,1	47,9±1,5	0,0000

Как следует из табл.5, в группе больных с тяжёлым течением язвенной болезни показатели качества жизни так же, как и до лечения, снижены по сравнению с больными с лёгкой и средней степенью тяжести заболевания ($p < 0,05$). У больных с тяжёлым течением язвенной болезни даже после проведённого лечения длительно сохраняются признаки социальной дезадаптации.

Фармакоэкономические затраты определялись методом анализа общей стоимости болезни. Клинико-экономический анализ начинался с идентификации и расчёта прямых и косвенных затрат.

Прямые затраты, обозначенные как DC (Direct costs), определялись как непосредственные расходы, связанные с оказанием медицинской помощи (все издержки, понесённые системой здравоохранения и ОМС). Непрямые затраты (IC – indirect costs) связаны с потерей трудоспособности пациентом на время лечения в стационарах и поликлиниках.

$DC = РСЛ + СПМУ + СЛС + СО + СМП + ССТ$, где РСЛ – расходы на стационарное лечение, СПМУ – стоимость профессиональных медицинских услуг, СЛС – стоимость лекарственных средств, СО – стоимость обследования, СМП – стоимость медицинских процедур, ССТ – стоимость санитарного транспорта.

Сравнительная характеристика прямых расходов на лечение больных исследуемых групп представлена на рис. 2.



Рис.2. Сравнительная характеристика прямых расходов (в рублях) на лечение больных язвенной болезнью в зависимости от степени тяжести

Косвенные затраты рассчитывались по средней стоимости 1 дня временной утраты трудоспособности для работников ХК «Якутуголь» по данным отдела социального страхования по г. Нерюнгри РС(Я) на конец 2005, 2006 гг.

Косвенные затраты на оплату больничных листов пациентов 1-й группы составили 794 995,83 руб., 2-й группы – 123 9527,14 руб.

Показатель стоимости болезни вычислен по формуле:

$$COI = DC + IC,$$

где COI – показатель стоимости болезни, DC – прямые затраты, IC – косвенные затраты.

COI для больных с лёгкой и средней степенью течения язвенной болезни составляет 1526 954,45 руб., для больных с тяжёлым течением – 2455 219,45 руб. Разница составляет 928 265,0 руб. Общая стоимость лечения тяжёлой степени язвенной болезни в 1,6 раза дороже, чем при лёгкой и средней степени тяжести.

С учётом вышеизложенного можно сделать заключение, что наиболее яркая клиническая картина с выраженным болевым синдромом, выраженными проявлениями рефлюксной диспепсии наблюдалась у больных с тяжёлым течением язвенной болезни.

У больных с тяжёлым течением язвенной болезни обострения заболевания возникают чаще, характерно наличие осложнений в виде язвенного кровотечения, прободения язвенного дефекта, пилоробульбарного стеноза. В группе с тяжёлым течением язвенной болезни преобладали больные с атрофическим гастритом с гипо- и анацидной кислотностью желудочного сока и с высокой степенью обсеменённости НР. У больных 1-й группы чаще выявлялось повышение уровня

интерлейкинов и цитокина α -ФНО. Отсутствие реакции иммунной системы у больных с тяжёлым течением язвенной болезни обуславливает тяжесть течения заболевания, наличие осложнений, длительность рубцевания язвенного дефекта.

Полная излеченность по результатам уреазного теста в 1-й группе была выше, чем во 2-й.

Во 2-й группе больных показатели качества жизни до лечения снижены по сравнению с больными с лёгкой и средней степенью тяжести. Однако значительных различий по шкале суммарного физического здоровья (СФЗ) не получено. Возможно, это связано с тем, что анкета КЖ заполнялась перед началом лечения, когда субъективное физическое здоровье больных обеих групп существенно не отличалось. Разница показателей по суммарному психологическому здоровью (СПЗ) имеет большие различия, чем СФЗ, так как больные с тяжёлым течением язвенной болезни страдают сильнее психологически. Связано это с выраженной клинической симптоматикой и имеющимися осложнениями.

После лечения во 2-й группе больных показатели качества жизни также снижены по сравнению с больными с лёгкой и средней степенью тяжести заболевания. Следует отметить, что нет особых отличий в показателях физического здоровья пациентов до и после лечения. Между тем показатели психологического здоровья после лечения значительно отличаются от таковых до лечения. Это говорит о том, что при язвенной болезни больные больше страдают психологически и их социальная адаптация значительно хуже, чем у здорового населения, что соответствует литературным данным [8].

Фармакоэкономические затраты на лечение больных с тяжёлым течением язвенной болезни в 1,6 раза превышают затраты для лечения больных с лёгкой и средней степенью заболевания. Аналогичные тенденции наблюдаются как для общей стоимости заболевания, прямых и непрямых затрат, так и для отдельных статей.

Литература

1. Аршин Л.И. Структурные и гистохимические изменения слизистой оболочки двенадцатипёрстной кишки при язвенной болезни / Л.И. Аршин, В.С. Городинская // Терапевтический архив. – 1986. – Т. 49. – 33. – С. 9–15.
2. Василенко В.Х. Введение в клинику внутренних болезней / В.Х. Василенко. – М., 1985. – 255с.
3. Колесникова И.Ю. Качество жизни, психологический статус и особенности течения заболевания у больных при язвенной болезни / И.Ю. Колесникова // Клиническая медицина. – 2001. – №6. – С. 44–47.
4. Котлукова Т.В. Фармакоэкономические аспекты лечения язвенной болезни / Т.В. Котлукова, Е.А. Ушкалова // Вестник РУДН. – 2000. – №1. – С. 93–95.
5. Кривошапкин В.Г. Очерки внутренних болезней на Севере / В.Г. Кривошапкин. – Якутск, 2001.
6. Минушкин О.Н. Язвенная болезнь (учебное пособие для врачей) / О.Н. Минушкин, И.В. Зверков, Г.А. Елизаветина. – М., 1995. – 26 с.
7. Новик А.А. Концепция исследования качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова, Кайнд. – СПб., 1999 г. – 139 с.
8. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – М., 2002 г. – 313 с.
9. Рутгайзер Я.М. Возможности использования клинико-психологических методов в гастроэнтерологии / Я.М. Рутгайзер // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1997. – № 6. – С. 38–45.
10. Рутгайзер Я.М. Возможности оценки качества жизни больных в гастроэнтерологической практике / Я.М. Рутгайзер, А.Г. Михайлов // Клиническая медицина. – 1999. – № 3. – С.35–38.
11. Lain L. Has the impact of Helicobacter Pylori therapy on ulcer recurrence in the United

State been overstated ? A meta – analysis of rigorously designet trials / L. Lain, R. Hopkins, S. Girardi // Am. J. Gastroenterology. – 1998. – Vol. 93. – P. 1409–1415.

12. Mignon M. Gastroenterology / M. Mignon. – Paris: Ellipses, 1992. – 704 p.

13. Price A.B. The Sydney system: histological division / A.B. Price // J. Gastroenterol., Hepatol. – 1991. – Vol. 6, № 3. – P. 209–222.

14. Reifen R. Helicobacter pylori infection: is there specific symptomatology? / R. Reifen [et al.] // Dig. Dis. Sci. –1994. – Vol. 39. – P. 1488–1492.

15. Ware J.E. The Mos 36-item Short-Form Health Survey (SF-36) / J. E. Ware, C.D. Shubouene // Med. Care. – 1992. – Vol. 30. – P. 473–483.

16. Wilhelmsen I. Quality of life and relapse of duodenal ulcer before and after eradication of Helicobacter pylori / I. Wilhelmsen, A. Berstad // Scand. J. Gastroenterol. – 1994. – Vol. 29. – P. 874–879.

17. Wilhelmsen I. Quality of life and Helicobacter pylori eradication / I. Wilhelmsen // Jbid. – 1996. – Vol. 31, suppl. 221. – P. 18–20.

ОБМЕН ОПЫТОМ

УДК 616.423–004-031;611.638/.64]-035.1

В.В. Сивцев

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛИМФОФИБРОМАТОЗА НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ*

В этом сообщении мы хотим осветить показания и противопоказания к оперативному лечению лимфофиброматоза наружных половых органов, разработать определенную методику операций.

Показаниями к операции мы считаем следующее:

1. Врожденное нарушение лимфообращения наружных половых органов.
2. Наличие стойкого прогрессирующего отека.
3. Резкое увеличение размеров и деформация наружных половых органов с хроническим нарушением лимфообращения, сопровождающиеся многократными рецидивами рожистого воспаления.

Противопоказаниями к оперативному лечению являются резко ослабленные больные, больные с гипохромной анемией, раковыми заболеваниями и активной формой туберкулеза легких.

Предлагаемая нами тактика хирургического лечения лимфофиброматоза наружных половых органов разработана в результате критической оценки и анализа методов, имеющих в настоящее время в литературе.

При этом мы стремились найти наиболее оптимальный метод лечения, отвечающим следующим требованиям:

- Физиологичность и простота метода операции.
- Радикальное удаление патологически измененных тканей как профилактика возможного рецидива заболевания.
- Достижение наиболее благоприятного функционального и косметического результатов.

Как известно, при слоновости наружных половых органов в патологический процесс незначительно вовлекаются кожа и подкожная клетчатка промежности и основания мошонки, наружный и внутренний листок крайней плоти, кожа лобковой области и корня полового члена, кавернозные тела полового члена, яички с придатками и семенными канатиками. Нам

кажется, что это можно объяснить ходом лимфатических сосудов, которые на коже полового члена и мошонки вливаются в поверхностные медиальные паховые лимфатические узлы, а лимфатические сосуды внутреннего листка крайней плоти, кавернозных тел, яичек анастомозируют с глубокими лимфатическими сосудами и узлами, которые фактически не поражаются при лимфофиброматозе.

Лечение лимфофиброматоза наружных половых органов может быть только хирургическое. В качестве предоперационной подготовки нами проводилась патогенетическая консервативная терапия по методу А.В.Вишневого, включающая в себя паранефральную новокаиновую блокаду с наложением на половые органы масляно-бальзамической повязки. Это позволяло уменьшить отек, снять раздражение кожных покровов и улучшить трофику тканей, что способство-

СИВЦЕВ Василий Васильевич – к.м.н., хирург-уролог высшей квалиф. категории, доцент МИ ЯГУ.

* В «ЯМЖ» №4 2007 г. (с.56-57) автор ознакомил с клиническими методами обследования больных данным заболеванием.

а



б



Больной К., 23 года. Диагноз: вторичная слоновость наружных половых органов: а – до операции, б – через 2 месяца после операций на мошонке и половом члене

вало хорошему заживлению послеоперационных ран.

Оперативное лечение проводили, как правило, в 2 этапа. Вначале радикально удаляли патологически измененную мошонку, а затем, спустя 3-4 недели, кожу и подкожную клетчатку полового члена, с последующей кожной пластикой расщепленным лоскутом. Методика радикального удаления мошонки следующая: треугольным разрезом в пределах неизменной кожи лобковой и паховых областей пересекают все патологические мягкие ткани мошонки до собственных оболочек яичек. В случае обнаружения водянки яичек выполняли операцию по Винкельману. Затем у наружных паховых отверстий формируем углубления, в которые подшиваем яички. Рану зашиваем наглухо с введением в нее 1-

2 активных дренажей. Формирование новой мошонки в послеоперационном периоде происходит за счет мобилизации кожи пахово-промежностной области, под влиянием опускания яичек.

При радикальном хирургическом лечении лимфофиброматоза полового члена мы производили иссечение кожи его вместе с крайней плотью и поверхностной фасцией циркулярно от корня до головки. После тщательного гемостаза на половой член в продольном направлении укладывали 2 расщепленных кожных лоскута, толщиной 0,3-0,5 мм, взятых с передней поверхности здорового бедра.

Расщепленный свободный кожный лоскут в первые дни питается за счет осмоса, то есть путем диффузии питательных веществ из тканей, прилежащих к нему. Чем тоньше свободный

кожный лоскут, тем лучше он пропитывается питательными веществами и тем быстрее идет его приживание, тем быстрее вырастают в него кровеносные сосуды. Восстановление кровоснабжения, по клиническим данным, наступает на 3-5-й день.

Для свободной кожной пластики мы брали расщепленный кожный лоскут толщиной 0,2-0,4 мм, который более быстро адаптируется к новым условиям питания и хорошо приживается. Лоскуты подшивали к коже лобковой области и к головке и сшивали между собой отдельными шелковыми швами (рисунк).

Подобная хирургическая методика лечения больных лимфофиброматозом наружных половых органов позволила во всех случаях получить хорошие функциональные и косметические результаты.

Литература

1. Бавильский В.Ф. Слоновость наружных половых органов у мужчин / В.Ф. Бавильский [и др.] // Урология. - 1999. - №5. - С.31-33.
2. Горшков С.З. Слоновость / С.З. Горшков // Мед.помощь. - 1999. - №3. - С.12-13.
3. Лопаткин Н.А. Филляриатоз мочеполювых органов / Н.А. Лопаткин, С.П. Даренков, Э.К. Яненко // Урология. - М., 2002. - С.256-257.
4. Сивцев В.В. Лимфофиброматоз полового члена и мошонки / В.В. Сивцев, С.П. Даренков, Р.М. Сафаров // Там же. - 2007. - №4. - С.92-93.

З.П. Попова, О.Л. Васильева, Г.Н.Захарова,
С.П. Астраханцев, С.И. Местникова

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ ПО РЕАЛИЗАЦИИ ПЕРВОГО ЭТАПА НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ»

В работе первичного звена здравоохранения наряду с лечебно-диагностической работой важное место занимает профилактическая работа,

ПОПОВА Земфира Петровна – засл. врач РС(Я) и РФ, гл. врач ЯГБ №4; **ВАСИЛЬЕВА Ольга Лукинична** – врач-терапевт, зам. гл. врача ЯГБ №4; **ЗАХАРОВА Галина Николаевна** – зав. отделением ЯГБ №4; **АСТРАХАНЦЕВ Станислав Павлович** – зав. отделением ЯГБ №4; **МЕСТНИКОВА Светлана Иосифовна** – врач-гастроэнтеролог, доцент МИ ЯГУ.

включающая диспансеризацию, вакцинацию и санитарно-просветительное образование населения.

Диспансерный метод наблюдения на протяжении ряда лет совершенствовался, но качество этой работы было недостаточно. Такие основные показатели эффективности диспансеризации, как полнота охвата диспансерного населения, своевременность взятия на диспансерный учет, увеличение процента лиц, не являющихся на осмотр и обследование, поздняя

диагностика социально значимых заболеваний, снизились, а первичный выход на инвалидность в трудоспособном возрасте не имеет тенденции к снижению. За последние десятилетия в связи с переходом системы здравоохранения на страховую медицину, платные услуги назрела необходимость в пересмотре диспансерной работы, поднятии её на более высокий качественный уровень. Президент, правительство страны увеличили финансирование здравоохранения, рас-

Таблица 1

Итоги проведения дополнительной диспансеризации

Учреждения	Кол-во	Охват работников	
		абс.	%
Здравоохранения	2	93	11,8
Образования	32	474	60,2
Культуры и спорта	5	91	11,6
Социальных служб	2	129	16,4
Всего:	41	787	100

ценили здоровье населения, улучшение качества жизни как приоритетное направление развития общества. В первичном звене здравоохранения проведена подготовительная работа, согласно приказам МЗ и СР РФ №487 от 29.07.2005г. «Об утверждении порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи» и № 188 от 22.03.06г. «О порядке и объёме проведения дополнительной диспансеризации граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях сферы образования, здравоохранения, культуры, физической культуры и спорта и науки, научно-исследовательских институтов».

Материалы и методы

Проведен анализ медицинского осмотра работников бюджетной сферы, прикрепленных к поликлинике №4 ЯГБ. Для прохождения медосмотра привлечены специалисты, проведены лабораторно-инструментальные исследования согласно требованиям, предъявляемым к дополнительной диспансеризации:

- уточнено количество прикрепленного населения к терапевтическому участку, в количестве не менее 1700 чел.,
- организована работа участковой службы и ведение учетно-отчетной документации врача-терапевта.

Результаты дополнительной диспансеризации: осмотрено 41 учреждение - 787 чел. (табл.1).

Прошедшие дополнительную диспансеризацию распределены по группам здоровья.

1-я – 49 чел.(6,3%), 2-я – 52 (6,6), 3-я – 683 (86,8), 4-я – 3 (0,3), 5-я – 0 чел.

Наибольшее количество обследованных составила третья группа.

Было выявлено 686 заболеваний (табл.2). Из них наиболее часто встречаются патологии:

- 1) желудочно-кишечного тракта,
- 2) сердечно-сосудистой системы,
- 3) мочеполовой системы.

Социально значимые заболевания, такие как туберкулёз, онкозаболевания, не выявлены, а сахарный диабет выявлен в одном случае.

Из осмотренных 787 чел. на территории обслуживания МУ ЯГБ №4 проживает 60 чел. (7,62%), которые своевременно были взяты на диспансерный учёт участковыми терапевтами. По мере передачи диспансерных больных из других ЛПУ пациенты с 3-й – 5-й группами здоровья также берутся на диспансерный учёт, проходят углубленное дообследование и консультируются узкими специалистами.

В результате проведенных лабораторных исследований выявлены: гипергликемия - 4 случая, анемия – 12, гиперхолестеринемия – 5, изменения в моче – 14 случаев.

В стационарном лечении нуждались 3 чел., которые своевременно (100%) были госпитализированы, в санаторно-курортном лечении – 58 осмотренных (7,4%). Нуждающихся в предоставлении высокотехнологичной медицинской помощи (ВТМП) не выявлено.

В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» проведена дополнительная иммунизация гриппом граждан, входящих в группу риска – 3252 чел., из них:

- медицинские работники – 331 чел.,
- работники образовательных учреждений – 455,
- лица старше 60 лет – 2466 чел.

Обсуждение

Таким образом, проведена большая работа по реализации первого этапа приоритетного национального проекта «Здоровье». С целью раннего выявления таких социально значимых заболеваний, как сахарный диабет, туберкулёз, онкозаболевания, артериальная гипертензия, ИБС, проведены дообследования и консультации узкими специалистами. Увеличивается полнота охвата диспансеризацией и своевременность взятия на диспансерный учёт работающих в бюджетной сфере.

Выводы

При проведении дополнительной диспансеризации мы столкнулись с определенными трудностями:

- отсутствие программного обеспечения,
- недооценка серьезности проводимых мероприятий некоторыми руководителями учреждений,
- затягивание сроков подачи списков работающих и заключения договоров для проведения диспансеризации.

Считаем, что при проведении дополнительной диспансеризации необходимо включить в реестр таких специалистов, как врач-оториноларинголог, врач-кардиолог, т.к. среди осмотренных встречались нередко заболевания ЛОР-органов, сердца и сосудов.

Таблица 2

Структура выявленных заболеваний

Заболевания	Выявлено заболеваний			
	всего		впервые	
	абс.	%	абс.	%
Желудочно-кишечного тракта	195	28,5	–	–
Сердечно-сосудистой системы	133	19,4	28	4
Мочеполовой системы	119	17,4	5	0,7
Нервной системы	72	10,5	–	–
Костно-мышечной системы	64	9,4	10	1,5
Дыхательной системы	55	8	–	–
Эндокринной системы	19	2,8	1	0,15
Кровотворной системы	12	1,8	–	–
Глаз	8	1,2	–	–
Кожи и подкожной клетчатки	5	0,7	–	–
Инфекционные	2	0,3	–	–

Р.С. Нуртазина, З.П. Попова, С.И. Местникова

МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ЮНОШЕЙ ДОПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

Подростки представляют собой ближайший репродуктивный и интеллектуальный резерв государства. Из этого контингента пополняются трудовые ресурсы страны, комплектуются вооруженные силы. Растет актуальность проблемы медицинского обеспечения, подготовки молодежи к военной службе, вопросы военно-врачебной экспертизы. При оценке состояния здоровья подростка надо решать широкий круг экспертных вопросов. В ходе врачебно-диагностической работы целесообразно учитывать распространенность функциональных нарушений, пограничных с нормой состояний, свойственных пубертатному периоду, а также особенности течения и лечения заболеваний. Врачебное наблюдение за правильностью и гармоничностью физического и полового развития молодежи представляет важнейшую задачу здравоохранения. Подростки иначе, чем дети и взрослые, относятся к медицинской помощи – они реже обращаются к врачу, их реже госпитализируют, поэтому официальные данные об их здоровье, основанные на обращаемости, значительно занижены.

Пубертатный период выступает в онтогенезе как естественная нагрузочная функциональная проба. В это время все ранее скрытые дефекты здоровья становятся явными. Для их устранения или коррекции необходимы широкомасштабные, в то же время минимальные по сложности и стоимости, диагностические и лечебные затраты. Сложности диагностики, лечения обусловлены некоторыми социальными особенностями периода взросления. Подростковый возраст может совпадать с началом самостоятельной жизни, сопровождаемая резким изменением жизненного стереотипа. Многие педиатры и врачи-специалисты не могут правильно оценить отклонения в развитии и в состоянии здоровья, проявляющиеся в период ростового скачка. В результате подросток, чувствуя себя не совсем здо-

ровым, ходит от специалиста к специалисту, не получая от них помощи и выслушивая объяснения, что «это – все возрастное». Минимальные дефекты здоровья подростка проявляются в зрелом возрасте, но уже в виде органических заболеваний. Отчетливо растет первичная и общая заболеваемость подростков. Профилактическую направленность медицинского наблюдения подростков обеспечивает диспансеризация, которая охватывает как здоровых, так и больных подростков.

Цель диспансеризации I группы, – здоровых, – сохранение и дальнейшее развитие здоровья, укрепление и улучшение физического развития, обеспечение совершенной психосоциальной адаптации и гармоничного развития подростка; II группы, имеющих факторы риска, пограничное состояние здоровья, сниженную сопротивляемость организма к заболеваниям и травмам, физическим и производственным факторам окружающей среды, – обеспечение здоровья как «состояние полного социально-биологического благополучия»; III группы, имеющих те или иные заболевания, – снижение заболеваемости, укрепление состояния здоровья, сохранение и повышение работоспособности, предупреждение инвалидности, обеспечение медико-социальной адаптации.

Нами проведен медицинский осмотр юношей допризывного возраста, наблюдающихся в поликлинике №4 ЯГБ. Подлежало осмотру 1149 юношей, осмотрено 1115. Проведены обследования и консультации специалистов для выявления патологии.

По данным медицинского освидетельствования (Первоначальная постановка граждан на воинский учет (ППГВУ) г. Якутска), выделяются следующие нозологические формы:

1-е место занимают эндокринные расстройства (недостаточность питания) – 21,9%;

2-е – болезни системы кровообращения и сердечно-сосудистой системы – 11,5%;

3-е – болезни нервной системы (последствия травм головного мозга) – 9,9%;

4-е – болезни глаз и придаточного аппарата – 9,5%;

5-е – болезни органов пищеварения.

Значительный процент временной негодности выпадает на недостаточность питания. Данное нарушение в последние годы занимает лидирующее место, по данным ППГВУ и по призыву. Возможно, это связано с тем, что не разработаны таблицы соотношения роста и массы тела для юношей, проживающих в условиях Крайнего Севера.

Данные сравнительного анализа (таблица) показывают:

1) по сравнению с 2004 г. количество юношей допризывников возросло на 45%;

2) охват медосмотрами сохраняется на уровне 97%;

3) отмечается значительное уменьшение числа юношей со снижением остроты слуха от 0,6 до 0,09, данное снижение подтверждается при освидетельствовании юношей на ППГВУ в городском военкомате (ГВК) г. Якутска;

Сравнительный анализ заболеваемости юношей
допризывного возраста за 2003–2006 гг.

	2003		2004		2005		2006	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Подлежало мед.осмотру	793		848		889		1149	
Осмотрено	773	97	820	96,8	837	94,1	1115	97
Выявленная патология:								
снижение остроты слуха	5	0,6	3	0,2	1	0,1	1	0,1
нарушение остроты зрения	90	11,6	120	14,6	131	15,6	202	18,1
сколиоз и нарушение осанки	47	6	72	8,7	57	6,8	67	6
санация зубов	82	10,6	82	10	98	11	87	7,8
дефицит веса	51	6,6	66	8	73	8,7	98	8,8
Здоровые «Д» I	107	13,5	119	14	112	12,5	129	15,9
С фактором риска «Д» II	436	55	467	55	477	53,6	717	60,4
Состоящие на «Д» наблюдении	255	32,1	234	27,5	248	27,8	303	23,6
Общая заболеваемость	2253	2823,3	2153	2538,9	1741	1961,7	1950	1697,1
Первичная заболеваемость	1296	1624	1094	1290	818	964,6	1053	916,4
Уровень диспансеризации	255	319,5	234	276	248	279	303	263,7

НУРТАЗИНОВА Роза Сагатбековна – врач терапевт 1-й квалиф. категории ЯГБ №4; **ПОПОВА Земфира Петровна** – засл. врач РС(Я) и РФ, гл. врач ЯГБ №4; **МЕСТНИКОВА Светлана Иосифовна** – врач-гастроэнтеролог ЯГБ №4, доцент МИ ЯГУ.

4) нарушение остроты зрения увеличилось с 11,6 до 18,1;

5) патология опорно-двигательного аппарата (нарушение осанки, сколиоз) сохраняется практически на уровне 6 – 6,8 – 6,0%;

6) отмечается тенденция к ухудшению санации ротовой полости от 10,6 – 7,8%;

7) нарастает увеличение числа юношей с дефицитом веса;

8) отмечается незначительное увеличение числа практически здоровых юношей от 13,5 до 15,9%, небольшое снижение «Д» группы – от 32,1 до 23,6, за счет увеличения групп с факторами риска от 55 до 60,4%.

Намечается постепенное снижение общей заболеваемости 2823,3

– 2538,9 – 1961,7 – 1697,0, а также снижение первичной заболеваемости 1624 – 1290 – 964,6 – 916,4.

Ухудшение показателей здоровья юношей допризывного возраста зависит от многих причин, в частности:

1) от снижения физической активности, увеличения психоэмоциональных нагрузок на неокрепший организм подростков, высокой интенсивности обучения в учебных заведениях нового типа, снижения компенсаторно-адаптационных механизмов в период акселерации и т.д.;

2) наличия вредных привычек (курение, употребление алкоголя);

3) несбалансированного питания.

Для повышения качества лечебно-профилактической помощи юношей

допризывного возраста необходимо совершенствовать организационные, медико-социальные аспекты медицинского обслуживания подростков, усилить совместную работу с педиатрами, психологами, учреждениями образования.

Литература

Ваганов Н.И. Где лечиться подростку? / Ваганов Н.И. // Медицинская газета. – М., 2004. – №25 от 02.04.

Левина Л.И. Подростковая медицина / Л.И. Левина. – СПб.: Специальная литература, 1999.

Шияев Р.Р. Болезни детей старшего возраста / Р.Р. Шияев., В.В. Чемоданов. – М., 2002.

Т.Н. Слепцова, З.П. Попова, Э.Э. Слепцова

ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ПЕДИАТРИИ

Изучение качества жизни в педиатрии – весьма актуальное направление, так как интегрирует в себе различные аспекты жизнедеятельности ребенка, включающие физическую составляющую здоровья, психологические, эмоциональные и социальные факторы. Эффективный контроль за всеми показателями здоровья ребенка невозможен только на основании клинико-лабораторного и инструментального обследования. По мнению многих зарубежных ученых, качество жизни детей может явиться конечной точкой в оценке эффективности медицинских вмешательств в области профилактики, лечения и реабилитации. В настоящее время критерий качества жизни входит в программу обследования и лечения больных за рубежом. В отечественной педиатрии изучению качества жизни уделяется недостаточное внимание. Отсутствуют нормативные критерии качества жизни детей разных регионов России, не выявлены закономерности изменения этого показателя при различных заболеваниях.

Целью настоящего исследования является изучение взаимосвязи качес-

тва жизни и здоровья детского населения на примере одного участка МУ ЯГБ №4 г. Якутска.

Объект исследования – дети выбранного участка от 0 до 18 лет.

Задачи для достижения указанной цели:

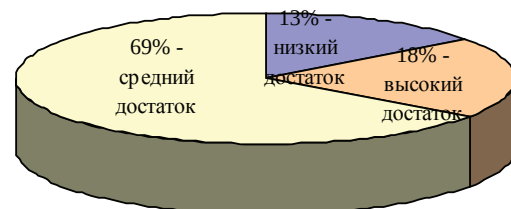
- определить социальный уровень жизни семей, проживающих на данном участке;

- изучить частоту простудных заболеваний детей из семей с разным социальным уровнем;

- выявить влияние качества жизни на здоровье детского населения.

Поданным переписи, на конец 2006 г. на данном участке проживает 1064 ребенка. Исследовано состояние качества жизни 85 детей из разных семей, что составляет 8% от проживающих на участке №4. Выяснено, что 57 детей проживают в полных, а 28 – в неполных семьях, что составило 67 и 33% соответственно от количества исследуемого детского населения. 78% семей проживает в собственных, а 22% – в арендуемых квартирах. По уровню достатка семьи были

распределены на три группы: с низким, средним, высоким достатком. В группе с низким достатком оказалось 13% от количества исследуемых детей. Группу со средним достатком составило 69% детей, а в семьях с высоким достатком проживает 18% детского населения (рисунок). В группе с низким достатком нет полных семей, в группе со средним достатком 71% полных семей, а в группе с высоким достатком все семьи полные. Это говорит о том, что на участке №4 МУ ЯГБ №4 проживает в основном население со средним и высоким достатком, и его можно отнести к категории благополучных районов г. Якутска. В ходе исследования было выявлено, что страдают



Категории семей, проживающих на участке 4 МУ ЯГБ №4

Качественные показатели семьи и здоровье детей

Уровень дохода семьи	Уровень образования		Качество семьи		Удельный вес часто болеющих детей
	высшее	среднее	полная	неполная	
Низкий	-	100,0	-	100,0	64,0
Средний	40,0	60,0	71,0	29,0	69,0
Высокий	93,0	7,0	100,0	-	26,0

СЛЕПЦОВА ТУЯРА НИКОЛАЕВНА – участковый врач педиатр 2-й квалиф. категории ЯГБ №4; **ПОПОВА Земфира Петровна** – засл. врач РС(Я) и РФ, гл. врач ЯГБ №4; **СЛЕПЦОВА Эльза Эрдынеевна** – отличник здравоохранения РС(Я), зав. отделением ЯГБ №4.

частыми простудными заболеваниями в семьях с низким достатком 64% детей, со средним достатком – 69%, а в группе с высоким достатком – всего 26% детей. В неполных семьях к часто болеющим детям можно отнести 64%, а в семьях, где имеются оба родителя, – 58% детей. В группе с высоким

достатком родители имеют высшее образование у 93% детей, в группе со средним достатком – у 40%, а в группе с низким достатком родителей, имеющих высшее образование, нет (таблица). Отсюда видно, что больше внимания уделяется здоровью своих детей в полных семьях с высоким до-

статком, где родители имеют высшее образование, чем в неполных семьях с низким достатком, где у родителей нет высшего образования. В полных семьях, ребенок имеет возможность ощутить на себе заботу обоих родителей, чего, естественно, не хватает детям из неполных семей.

В.К. Михайлова, С.И. Местникова, Т.М. Тяптиргянова

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ЗАДЕРЖКИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

В данной работе произведен анализ 35 амбулаторных карт детей, состоящих с 2005 г. на диспансерном учете у невролога с диагнозом: задержка речевого развития (ЗРР). Среди них 7 девочек (20%) и 28 мальчиков (80%).

Цель работы – исследование эффективности амбулаторного лечения детей с ЗРР.

Задержка речевого развития выявлена в возрасте:

1-2 года – у 10 детей, из них у 3 – нет речи, у 7 – отдельные слова;

2-3 года – у 21 ребенка, из них у 1 – нет речи, у 19 – отдельные слова, у 1 – фразовая речь из 2 слов;

3 года и старше – у 4 детей, из них у 2 – отдельные слова, у 2 – фразовая речь из 2 слов.

Распределение детей по году рождения составило: 2005г. – 3 (8,5%), 2004 – 12 (34,2), 2003 – 16 (45,7), 2002 – 3 (8,5), 2001г. – 1 (2,8%).

Анте-, интранатальный анамнез представлен следующим образом:

– угроза прерывания – 11 случаев (31%),

– гестоз – 13 (37,1),

– анемия – 15 (42,8),

– ФПН – 8 (22,8),

– удовлетворительное течение беременности – 2 (5,7%).

Состояние при рождении было оценено как:

– удовлетворительное/условно удовлетворительное – 22 случая (62,8%),

– средней тяжести – 11(31),

– тяжелое – 2 (5,7%).

Осмотрены врачом-неврологом до 1 года – 31 ребенок (88,5%): из них впервые в возрасте 1 мес. – 10 де-

тей (28,5); 2 мес. – 5 (14,2); 3 мес. – 6 (17,1); 4-5мес. – 5 (14,2); 6 мес. и старше – 5 детей (14,2%). При этом у 10 детей психомоторное развитие соответствовало возрасту, 21 ребенку был поставлен диагноз – перинатальная энцефалопатия. Осмотрены неврологом впервые в возрасте старше 1 года 4 ребенка (11,4%).

К моменту выявления задержки речевого развития дополнительно обнаружены: у 25 детей (71,4%) – признаки внутричерепной гипертензии, у 12 (34,2) – миотонический синдром, у 7 (20) – задержка психического развития; у 20 (57,1) – нарушение сна, у 6 детей (17,1%) – ночной энурез.

31 ребенку был назначен амбулаторный курс лечения с применением мочегонных (диакарб), сосудистых (кавинтон, циннаризин) препаратов, а также ноотропного действия (пантогам, фенибут). 6 детям дополнительно был назначен кортексин в/м, 2 – актовегин в/м. Всем было рекомендовано дальнейшее лечение в реабилитационном центре. 4 детям был назначен курс лечения ноотропными, сосудистыми препаратами.

Обсуждение результатов исследования

При изучении выписки из роддома выявлено, что только 2 ребенка родились от нормально протекавшей беременности, остальные 33 – от беременности, протекавшей с патологией (анемия, угроза прерывания, гестоз, фето-плацентарная недостаточность, хроническая гипоксия плода). Не все дети осмотрены в декретированные сроки, некоторые дети впервые осмотрены неврологом в возрасте старше года. Также выявлено нерегулярное наблюдение – пропускались повторные осмотры. Задержка речевого или психо-речевого развития выявляется

на фоне последствий перинатальной энцефалопатии (гипертензионного, гидроцефального синдрома, синдрома двигательных расстройств).

Наилучший эффект от лечения достигнут при комбинации мочегонных, сосудистых и ноотропных препаратов с массажем. При этом отмечено, что у 17 детей (48,5%) явное улучшение наступило после проведения 1-2 курсов лечения, у 13 постепенное улучшение – после проведения 3-4 курсов, у 5 – незначительное улучшение. Положительная динамика была в группе детей в возрасте от 1 до 2 лет, что говорит о том, чем раньше диагностирована задержка развития, чем раньше назначено лечение, тем лучше результат. Все дети нуждались в дальнейшем наблюдении, в повторных курсах лечения для закрепления результата.

При лечении детей с задержкой речевого развития на фоне гипертензионного синдрома только сосудистыми и ноотропными препаратами (4 случая) эффективность была ниже.

Выводы:

1. Для профилактики синдромов задержки психомоторного и речевого развития необходимо динамическое наблюдение невролога с 1 месяца и далее в декретированные сроки 3, 6 мес. и 1 год.

2. Раннее выявление детей с нарушениями предречевого развития, психического развития, с задержками речевого развития и динамическое наблюдение педиатра и невролога позволяют добиться положительных результатов.

3. При выявлении гидроцефального синдрома в лечении вместе с ноотропами необходимо применять и мочегонные препараты.

4. Необходимо открыть постоянную школу материнства.

МИХАЙЛОВА Вилена Константиновна – детский врач-невролог ЯГБ №4; **МЕСТНИКОВА Светлана Иосифовна** – врач-гастроэнтеролог, доцент МИ ЯГУ; **ТЯПТИРГЯНОВА Татьяна Матвеевна** – д.м.н., зав. кафедрой МИ ЯГУ.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ) ЗА 2007 ГОД В ЦИФРАХ И ФАКТАХ

На территории РС (Я) медицинскую помощь оказывают 598 ЛПУ, в т.ч. 172 участковые больницы, 56 врачебных амбулаторий, 228 фельдшерско-акушерских и фельдшерских пунктов.

Объем амбулаторно-поликлинической помощи составил 9,7 посещения на 1 жителя (2006г. – 9,1), что соответствует нормативам по программе государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи. По оказанию стационарной медицинской помощи улучшены показатели эффективности деятельности коек. Число вызовов «скорой помощи» на 1 жителя составило 0,338 (2006г. – 0,350). Вызовы санитарной авиации составили 1,48 на 1000 населения, что в 1,5–2 раза ниже показателей среди таких северных территорий, как Магаданская область, Ямало-Ненецкий автономный округ.

В рамках реализации приоритетных национальных проектов по направлению «Развитие первичной медико-санитарной помощи» в 2007 г. в республике проведены следующие мероприятия:

- Осуществляются ежемесячные денежные выплаты врачам и медицинским работникам участковой службы, фельдшерско-акушерских пунктов и «скорой медицинской помощи» с учетом объема и качества выполненной работы. Средняя заработная плата медицинских работников в РС (Я) увеличилась по сравнению с 2005г. на 158,6% (в ДВФО – на 161,2%); по сравнению с 2006г. – на 132,8%.

- Повышение заработной платы способствовало увеличению числа врачей и средних медработников первичного звена: с января 2008 г. трудоустроилось 182 чел. Укомплектованность врачами первичного звена здравоохранения увеличилась с 79

до 83,6%, снизился коэффициент совместительства до 1,1 (РФ -1,2).

- За 2006-2007 гг. обучено 547 врачей участковой службы, план выполнен на 120,4% (454), и 429 чел. среднего медицинского персонала при плане 410 чел. (104,6%). Обучение прошли 81,7% от всех работающих участковых врачей и 58,4% от числа медицинских сестер первичного звена. В результате проведенной работы число врачей, получивших сертификаты, увеличилось с 80,1 до 94%, средних медицинских работников – с 65 до 67%.

- В амбулаторно-поликлинические учреждения республики поступило 242 единицы современного медицинского оборудования для первичного звена на сумму 136,5 млн. руб. - аппараты ЭКГ, эндоскопы, рентген-аппараты, УЗИ, флюорографы, лабораторное оборудование. В результате сроки ожидания диагностических исследований сократились с 6 до 4 дней.

- В республику поступило 54 единицы санитарного автотранспорта, в том числе 49 автомобилей «скорой помощи», 5 гусеничных снегоболотоходов, которые распределены в арктические улусы и Таттинский район, пострадавший от весеннего паводка. Весь санитарный транспорт оснащен современным диагностическим оборудованием.

- В результате поставок санитарного транспорта удалось заменить каждую вторую устаревшую машину «скорой помощи», сократить время ожидания больными бригад «скорой медицинской помощи» с 23 до 17 мин.

- За два года вакцинаций против гепатита В охвачено 205962 чел. в воз-



расте от 1 года до 35 лет (22 % от населения), против краснухи – 110258 чел. (12%), против гриппа – 488690 чел. и против полиомиелита – 669 детей. В результате по итогам года отмечается снижение заболеваемости в сравнении с 2005 г. вирусным гепатитом В в 1,6 раза, краснухой и гриппом в 2 раза. Не допущена эпидемия гриппа среди населения, в результате чего не вводились ограничительные мероприятия в детских организованных коллективах.

- Проведено 208475 профилактических исследований на ВИЧ-инфекцию у 172067 чел. (115% от плана) и 236127 исследований на выявление гепатитов В и С – 131,2% от плана.

- Дополнительным скринингом на выявление врожденных заболеваний охвачено 100% новорожденных детей.



Всего за 2006-2007 гг. обследовано более 28 тыс. новорожденных.

• Проведена диспансеризация работающего населения по дополнительным программам, в том числе лиц, занятых на производствах с вредными и (или) опасными производственными факторами, в целях выявления и эффективного лечения заболеваний, являющихся основными причинами смертности и инвалидности трудоспособного населения. Из запланированных 35 тыс. работников бюджетной сферы дополнительную диспансеризацию прошли 35368 чел. – 101% и осмотрено 41872 чел. (100%), занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами.

Для проведения дополнительной диспансеризации населения, проживающего в отдаленных районах, была организована выездная форма медицинских осмотров. Состоялось 22 выезда в арктические районы.

• В результате всех проведенных профилактических мероприятий впервые за последнее десятилетие отмечается положительная тенденция: уровень болезненности всего населения уменьшился на 2%, а уровень заболеваемости – на 0,6%.

• В целях обеспечения населения высокотехнологичной медицинской помощью в течение 2007 г. по федеральным квотам в федеральные клиники Министерством здравоохранения РС(Я) направлено 1037 больных.

Впервые РБ №1-Национальный центр медицины Республики Саха (Якутия) получил федеральный заказ на проведение 210 кардиохирургических и нейрохирургических операций пациентам Дальневосточного федерального округа.

Актуальной проблемой для республики является заболеваемость и смертность от травматизма и от сердечно-сосудистых заболеваний, особенно среди работающего населения. В связи с этим приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения расширен в 2008 г. мероприятиями по совершенствованию организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях и совершенствованию медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями.

Результаты проведенного ГУ «Национальное агентство «Информационный центр при Президенте РС(Я)» социологического исследования общественного мнения населения республики показали, что наиболее позитивные изменения в рамках национального проекта «Здоровье» произошли в

профилактической работе - в вакцинации и ежегодной диспансеризации населения, в приобретении современного оборудования - практически 40% опрошенных жителей городов и сел констатировали его появление в медицинских учреждениях. Однако доля тех, кто считает, что квалификация медицинских работников осталась на прежнем уровне, существенно выше, чем тех, кто ощутил изменения в лучшую сторону. По таким ключевым направлениям национального проекта, как повышение качества и доступности медицинских услуг, квалификация медицинского персонала и улучшение работы первичного звена, от 42 до 47% опрошенного населения пока не ощутили позитивных изменений. Жители села больше, чем жители городов и поселков, отметили улучшения в ходе реализации национального проекта.

Правительством Российской Федерации определены следующие приоритетные направления в области охраны состояния здоровья детей и матерей:

- укрепление материально-технической базы учреждений детства и родовспоможения

- внедрение новых организационных ресурсосберегающих, перинатальных и репродуктивных технологий

- расширение и интенсификация профилактической деятельности, включая диспансеризацию детей, массовое обследование новорожденных детей на наследственные заболевания

- развитие перинатальной помощи, оказание специализированной высокотехнологичной медицинской помощи матерям и детям

- организация подготовки, переподготовки и повышения квалификации акушеров-гинекологов, педиатров, неонатологов, терапевтов, детских хирургов и других специалистов, оказывающих медицинскую помощь матерям и детям.

Реализация этих мероприятий включена в приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения и в федеральную целевую программу «Дети России на 2007-2010 годы».

В течение года родовыми сертификатами обеспечено более 12 тысяч женщин. Улучшились показатели акушерско-гинекологической службы в республике:

- повысился показатель ранней постановки на учет по беременности (до 12 недель) с 71,7 до 77,55%;

- увеличился охват беременных

женщин пренатальным скринингом (УЗИ) с 70,8 до 96,5%;

По данным ЛПУ, за 2007г. в республике родилось 15153 новорожденных (2006г. – 13713), что на 1440 детей больше, чем за 2006г. Показатель рождаемости составил 15,7‰ (2006г. – 14,4‰).

За 11 мес. 2007г. умерло детей до 1 года 148, показатель младенческой смертности составил 10,7 на 1000 родившихся живыми (11 мес. 2006г. – 130 случаев-10,3‰).

В структуре младенческой смертности, как и в предыдущие годы, на первом месте заболевания перинатального периода, которые составили 35,8%, на втором месте врожденные пороки развития - 23,0%, на третьем месте – травмы и отравления и заболевания органов дыхания 11,5%.

За 2007г. произошло 4 случая материнской смертности (2006 г. – 5 случаев).

Количество абортс снизилось на 10%, и впервые за последние годы количество родов превысило число абортс.

Особое внимание Министерство здравоохранения уделяет организации работы по выполнению программы дополнительного лекарственного обеспечения в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

С начала года в республику поставлено медикаментов на сумму 307 млн. руб. (89% от заявки республики). На сегодняшний день выписано 295 тыс. льготных рецептов, из них обслужено 250 тыс., гражданами получено медикаментов на сумму 243 млн. руб. На отсроченном обслуживании находится 350 рецептов. По расходным обязательствам республики выписано 434 тыс. льготных рецептов.

Мероприятия по предупреждению болезней и других угрожающих жизни и здоровью состояний включены в подпрограммы «Сахарный диабет», «Туберкулез», «Инфекции, передаваемые половым путем», «Вакцинопрофилактика», «Анти-ВИЧ/СПИД», «Артериальная гипертензия» республиканской целевой программы «Охрана здоровья населения РС(Я) на 2007-2011 гг.».

Успешно реализованы республиканская и федеральная целевые программы по борьбе с туберкулезом. За 11 мес. 2007г. выявлено 529 больных туберкулезом (11 мес. 2006г. – 597), что на 6,4% ниже показателей 2006 г. Проводится планомерная модернизация

противотуберкулезной службы (оснащение клиничко-диагностическими лабораториями и т.д.). Заканчивается строительство взрослого и детского противотуберкулезного диспансера за счет средств федерального и республиканского бюджетов. Успешно реализуются международные проекты с участием Международного банка реконструкции и развития, Всемирной организации здравоохранения.

За последние годы за счет улучшения диагностики на более ранних стадиях болезни отмечается повышение показателей заболеваемости населения злокачественными новообразованиями. По данным за 11 месяцев, количество выявленных больных выросло на 4,6%.

Растет показатель болезненности наркоманией и токсикоманией. Заболеваемость населения алкогольным психозом снизилась на 24,1%.

В отрасли здравоохранения началась работа по подготовке к переходу на нормативное финансирование лечебных учреждений, ориентированное на конечный результат и отраслевую систему оплаты труда. Сутью данной методики является оценка деятельности учреждений здравоохранения по достигнутому практическому результату, выраженному в конкретных цифрах объемов оказания медицинской помощи и профилактики. Внедрение данной программы начинается с февраля 2008 г. в 10 «пилотных» ЛПУ.

Главным политическим событием 2007 г. стал XV съезд медицинских работников и общественности республики. В работе съезда приняли участие представители Минздрава России, ведущие российские ученые. Съезд подвел итоги реализации Концепции совершенствования здравоохранения Республики Саха (Якутия), принятой на предыдущем съезде. Основными направлениями развития отрасли на последующие годы определены вопросы модернизации здравоохранения, проблемы оказания медицинской помощи коренным малочисленным народам Севера, охраны здоровья женщин и детей, профилактики социально значимых заболеваний.

Подготовлено пресс-службой Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия)

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ И ЛЕКЦИИ

И.А. Иванов

ДЕПРЕССИЯ И ЕЁ ФОРМЫ, ПРИЧИНЫ, МЕХАНИЗМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ, КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ (окончание)*

Что такое антидепрессант? Это лекарственное средство, облегчающее или предотвращающее депрессию. Оно способствует выделению строго определенных химических веществ в головном мозгу человека, страдающего депрессией. Существуют три главные категории антидепрессантов: 1) трициклические антидепрессанты (ТЦА), 2) ингибиторы моноаминоксидазы (ИМАО) и 3) ингибиторы избирательного поглощения (обратного захвата) серотонина (ИИПС).

Трициклические антидепрессанты повышают в мозгу концентрацию серотонина, норадреналина за счёт уменьшения скорости поглощения их нервными клетками. Для достижения уровня концентрации, при котором симптомы депрессии начнут исчезать, может понадобиться несколько недель.

Ингибиторы моноаминоксидазы препятствуют синтезу фермента-моноаминоксидазы. В мозгу этот фермент разрушает нейромедиаторы, такие как серотонин и норадреналин. Таким образом, ИМАО, ограничивая активность моноаминоксидазы, блокирует

разрушение этих нейромедиаторов.

ИИПС – это самая новая из трёх основных категорий антидепрессантов, группа лекарств, предназначенных для лечения депрессии через «избирательное» препятствование поглощению серотонина. Это означает, что, в отличие от ТЦА, они не блокируют холинергические рецепторы мозга. Есть к тому же лекарственные средства, не принадлежащие к этим биохимическим группам. А другие лекарственные средства, в частности препараты лития, хотя и не являются антидепрессантами, но вполне успешно используются при маниакальной депрессии (депрессивная фаза МДП) и других расстройствах. Вспомним и эглонил, средство, которое применяется при язвенной болезни, в то же время, считающееся одним из лечебных средств при терапии, преимущественно, неглубоких депрессий.

Возникает естественный вопрос: какие антидепрессанты обладают наилучшими терапевтическими возможностями? Специалисты после тщательных наблюдений за более чем 400 случаями клинического применения антидепрессантов пришли к заключению, что ни один из антидепрессантов не является более эффективным, чем

другой. Нет среди них такого, который бы приводил к выздоровлению всех пациентов или стойкому улучшению. Были просто названы лекарственные средства, применение которых, в первую очередь, рекомендуется для лечения депрессии. Врач может рекомендовать пациенту ряд антидепрессантов, прежде чем обнаружится наиболее эффективное средство. Но это не говорит о том, что выбор антидепрессантов делается наугад. Поскольку некоторые депрессивные состояния лучше поддаются воздействию определенных антидепрессантов, врач должен учитывать данную конкретную особенность лекарственных средств. Если у врача в прошлом был удачный опыт применения какого-то определенного антидепрессанта у конкретного пациента, необходимо использование этого же препарата снова. Некоторым больным депрессией, трудно поддающимся лечению, необходимо бывает назначение комбинированной терапии, например, препаратов ТЦА и ИМАО, солей лития и ИМАО, какого-нибудь антидепрессанта и препарата щитовидной железы. По неустановленным пока причи-

ИВАНОВ Иван Андреевич – врач-психиатр высшей квалиф. категории.

* Начало статьи см. в №4 (20) 2007 г.

нам назначение гормона щитовидной железы, даже если концентрация его в организме в пределах нормы, может влиять на эффективность лечения антидепрессантами. Известно и то, что некоторые антидепрессанты несовместимы. Например, ТЦА могут таким образом взаимодействовать с ИМАО, что возникают озноб, жар, конвульсии и порой могут привести к смерти. При их сочетании рекомендуется брать меньшие дозы обоих лекарств по сравнению с их приемом по отдельности. Также известно, что сочетание ИИПС и ИМАО приводит ко многим негативным последствиям: возникают озноб, жар, кожная сыпь, увеличиваются лимфатические узлы, появляется повышенная утомляемость, а в худшем случае развивается серотонергический криз, для которого характерны высокая температура, тахикардия (учащение сердцебиения), пониженное артериальное давление, а то и кома, которая иногда может закончиться смертью.

При переключении с ИМАО (например, ипразид, нуредаль, ниамида) на ТЦА, или наоборот, обязательно нужен перерыв, необходимый для режима «вымывания» из организма предыдущего лекарства. В некоторых случаях, например при назначении пароксетина после применения ТЦА режима «вымывания» не требуется. При переходе с флуоксетина, который мы начинаем применять, на ИМАО или с ИМАО на трициклический кломипрамин (анафранил) рекомендуется соблюдение такой выдержки в течение 5-6 недель. Резко прекращать приём антидепрессантов после наступившей ремиссии ни в коем случае нельзя. Это может привести к рецидиву депрессии. Даже если депрессивный эпизод закончился, организм должен постепенно привыкать к снижению дозировки. Пятилетнее исследование учёными Медицинского центра Питсбургского университета (США) показало, что имипрамин (мелипрамин) особенно эффективен при предотвращении рецидива.

Теперь вкратце о побочных действиях антидепрессантов. Так, ТЦА в основном обладают антихолинергическими (холинолитическими) эффектами в виде сухости во рту, запора и задержки мочи или затруднения мочеиспускания. Другие антихолинергические явления, особенно у пожилых – это проблемы с познавательными способностями и памятью. Распространены и такие побочные эффекты: повышенное потоотделение, головокружение, ослабление половой потенции, мы-

шечные судороги, утомляемость, слабость и тошнота. У некоторых людей обнаруживаются учащенное сердцебиение, порой может развиться аритмия. Эти побочные эффекты быстро исчезают или могут быть уменьшены снижением дозировки или заменой их другими антидепрессантами. Поскольку ТЦА могут вызывать серьёзные кардиологические осложнения, неправильное применение высоких доз может привести к смертельному исходу. Лечащий врач должен учитывать все эти их особенности. Отличительной характеристикой ИМАО, кроме тех, которые могут встречаться при применении других антидепрессантов, является то, что они реагируют с некоторыми видами пищи и алкогольными напитками, а также с некоторыми лекарственными средствами, что приводит к тяжёлым последствиям. Это выражается в виде опасного повышения артериального давления, головной боли, головокружения, тошноты, рвоты, возможны спутанность сознания, психотические симптомы, припадки и кома. Такими продуктами являются старые сыры, копчёности, маринады, ферментированное и как-либо обработанное мясо, рыба и соевые продукты, сухое красное вино и другие красные вина, спелый инжир и пища, содержащая глутамат натрия. Большое количество аминокислоты с ИМАО также резко повышает артериальное давление. Если кто принимает препараты ИМАО, он должен изъять из рациона питания все продукты и напитки, указанные в этом списке.

Первым из группы ИИПС, ставшим доступным в США (1988) и распространёвшимся во всем мире, является флуоксетин. Применение флуоксетина рекламируется повсеместно, поскольку он лечит депрессию без присущих другим антидепрессантам побочных эффектов. Например, сухости рта, вызываемой препаратами группы ТЦА, или пищевых ограничений, обязательных при применении ИМАО. Но всё же побочные эффекты в виде тошноты, порой рвоты, страха и раздражительной слабости, нарушения сна, головной боли и кожной сыпи, хотя и редко, могут встречаться при приёме первоначальных доз флуоксетина. Известно, что флуоксетин провоцирует маниакальный эпизод у тех лиц, которые перенесли в прошлом биполярное расстройство или у тех, чьи родственники страдали этой болезнью. Но эта же особенность присуща и многим другим антидепрессантам. К этой категории антидепрессантов относятся пароксетин и сертралин. ИИПС часто

назначается пожилым людям, потому, что они хорошо переносят такие же равнозначные дозы, которые назначаются молодым людям. К тому же считается, что флуоксетин обладает все же более лёгкими побочными действиями.

Есть и другие лекарственные средства, не входящие в вышеперечисленные три основные категории антидепрессантов. Например, венлафаксин, который выпускается венгерской фирмой «Эгит». По своему действию на организм человека он имеет сходство с ИИПС, и отличие его заключается в том, что он препятствует обратному захвату в рецепторах не только серотонина, но и норэпинефрина (норадреналина). Таким образом, получается избирательное препятствование двойному захвату. Эта фирма за последние годы начала выпускать другой антидепрессант с аналогичным вышеописанному препарату эффектом под названием велафин. Оказывается, этот препарат впервые в нашей стране нашёл практическое применение в Приморском крае, начиная с 2005 г. У венлафаксина отмечались некоторые мягкие побочные эффекты, свойственные ТЦА и ИИПС. Велафин же рекламируется как лекарственное средство без побочных действий. Но в жизни часто бывает так: лекарственного средства, соответствующего по своим характеристикам фармакологического действия всем требованиям медицинской практики, мы почти не встречаем.

Теперь о солях лития. Препарат лития назначается больным маниакально-депрессивным психозом. Он, как показывает практика, устраняет аффективные колебания в обоих направлениях. Фактически соли лития в течение десятилетий в прошлом были единственным средством лечения маниакальной депрессии. Однако соли лития были эффективны примерно в половине случаев лечения, и в настоящее время они почти сошли со сцены. Это ошибочное решение, которому не должно быть никаких оправданий. Правда, у солей лития бывает ряд осложнений. Исследование концентрации лития в крови проводится методом пламенной фотометрии. Высокое содержание в организме лития (известное как литиевое отравление) вызывает металлический привкус во рту, тошноту, сонливость, головокружение, спутанность мыслей, сопровождающуюся невнятной речью. Могут возникнуть судорожное сокращение мышц, аритмия сердца, нарушение зрения в виде его затуманивания. Большая

передозировка лития может привести к смертельному исходу. Вместо препаратов лития в зарубежных странах при лечении маниакальной депрессии порой дают противосудорожные средства, например, карбамезапин (финлепсин) и валпроат. Некоторые с литием комбинируют приём одного из названных противосудорожных препаратов. Но ни одно из этих средств не получило одобрения специалистов при лечении маниакальной депрессии.

Из других способов лечения депрессии осталось говорить об электросудорожной терапии (ЭСТ) и лечении светом, которые являются биологическими методами. Учёным известно, что ЭСТ временно сглаживает обычные электрические паттерны мозга, также было установлено, что ЭСТ изменяет рецепторы у группы нейромедиаторов, на которые влияют трициклические антидепрессанты. В целом механизм воздействия ЭСТ на депрессию остаётся ещё загадкой. Этот метод – один из самых спорных в психиатрии. Как правило, на протяжении 3 недель люди проходят 8-12 сеансов. Главной причиной этого являются наблюдаемые случаи длительного расстройства памяти у некоторых больных (4-6 месяцев, а то и годы в виде антеро-ретроградной амнезии (неспособность вспомнить события, предшествовавшие лечению ЭСТ и после неё)). Более десяти лет метод ЭСТ был дискредитирован как средство лечения депрессии. В 1975 г. в США появился знаменитый фильм «Полёт над гнездом кукушки». В нём очень правдиво и высокохудожественно были сфокусированы все те негативные обстоятельства, связанные с применением ЭСТ (даже т.н. коррекция поведения беспокойных пациентов, доставляющих хлопоты медперсоналу),

изощрённые нравы, царящие в психиатрической больнице, что фильм получил премию «Оскар». Однако в 1985 г. специалисты из НИПЗ (США) пришли к мнению, что нельзя отказываться от применения ЭСТ при лечении больных с бредовой депрессией. Они заявили, что этот метод лечения для больных, находящихся в острой маниакальной фазе, столь же эффективен, как препараты лития. Для других форм депрессии, включая дистимию, применение ЭСТ исключено. Возможность его применения больным расширяется в тех случаях, когда антидепрессанты им не подошли и когда их состояние препятствует назначению антидепрессантов. В эту категорию входят многие пожилые люди с соматическими осложнениями, а также женщины с психотической депрессией в первом триместре беременности. Учёные считают, что процент рецидивов через год после проведения ЭСТ достаточно высок – в пределах 30-60%. Это при том обстоятельстве, если больные не принимали антидепрессанты или препараты лития.

Световая терапия в основном используется при лечении сезонного аффективного расстройства (САР). Как правило, используется обычная лампа дневного освещения мощностью 10 люкс, что равносильно количеству света, проходящему через окно в весенний солнечный день. Люди с САР должны лечиться этим способом в течение 3-4 недель.

«За» и «против». Что более эффективно – психотерапия или лекарства? Ответ целиком зависит от того, кто отвечает на этот вопрос. Многие специалисты НИПЗ (США) и психиатры, не только американские, являются сторонниками медикаментозной

терапии. Психологи и общественные работники защищают психотерапию. Однако граница здесь размыта. Психологи часто направляют своих пациентов к психиатрам для назначения медикаментозного лечения, а многие психиатры предлагают психотерапию, тем самым комбинируя два этих метода. Психотерапия должна проводиться тем интенсивнее, чем большая роль в возникновении депрессии принадлежит психогенным факторам. Как показали опыты с плацебо в клинике, успех фармакотерапии зависит не только от правильности диагноза и выбора антидепрессивного препарата, но и от устойчиво хороших отношений между врачом и больным. Предпосылкой успешного лечения депрессий является поэтому разумное сочетание фармако- и психотерапии.

Литература

Вудс Ш. Психиатрия в вопросах и ответах / Ш. Вудс. – СПб.: Изд-во «Питер Ком», 1998.

Депрессии. Вопросы клиники, психопатологии, терапии: доклады, представленные на симпозиуме, проходившем 10-12 сентября 1970 г. в г. Москве / под ред. проф. Э.Я. Штернберга и д-ра мед. наук А.Б. Смулевича. М. – Базель, 1970.

Машковский М.Д. Фармакология антидепрессантов / Машковский М.Д. и [др.]. – М.: Медицина, 1983.

Салманс С. Депрессия. Вопросы и ответы / С. Салманс. М.: Крон-Пресс, 1998.

Тювина Н.А. Психические заболевания. Клиника. Профилактика. Лечение Н.А. Тювина. – М.: Крон-Пресс, 1997.

Актуальные проблемы современной психиатрии и психотерапии: тез. докл. Межрегиональной науч.-практ. конф. «Психотерапия аддитивных и эндогенных расстройств», 2 июня 2004 г. – Новосибирск, 2004.

О.В. Шадрина, Т.Е. Бурцева, В.Г. Часнык

АРИТМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

В последние десятилетия отмечается существенный рост заболеваемости по классу болезней системы кровообращения во всех возрастных группах. Наиболее тревожным является факт увеличения этой патологии у детей в периоде новорожденности и раннего возраста. Наряду с врожденными пороками сердца на одно из

первых мест выходят так называемые функциональные болезни сердца и сосудов, среди которых ведущая роль принадлежит нарушениям сердечного ритма и проводимости [8]. Частота встречаемости дизритмий в структуре патологии сердечно-сосудистой системы у новорожденных детей составляет 1-9% [10,14].

О генетической предрасположенности к сердечным аритмиям

Накопленные клинические данные о семейных случаях аритмий, обследование семей с высокой частотой внезапной смерти в молодом возрасте послужили основанием для проведе-

ния генеалогических и молекулярно-генетических исследований [1].

В настоящее время известно, что некоторые нарушения ритма сердца генетически детерминированы. В частности, врожденные формы удлиненного интервала Q-T, к которым относят синдромы Романо-Уорда и Джервелла-Ланге-Нильсена. Частота обнаружения синдрома удлиненного интервала Q-T составляет 1:5000-7000 детского населения [19]. 64% больных составляют лица женского пола. Синдром удлиненного интервала Q-T выявляют у 0,8-1% детей, страдающих глухотой [3]. Синдром Романо-Уорда имеет

ШАДРИНА Ольга Викторовна – аспирант Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии; **БУРЦЕВА Татьяна Егоровна** – к.м.н., с.н.с ЯНЦ СО РАМН; **ЧАСНЫК Вячеслав Григорьевич** – д.м.н., проф., зав кафедрой СПбГПМА.

аутосомно-доминантный тип наследования с частотой распространения 1:10000 – 1:15000 и пенетрантностью 0,9. Синдром Джервелла-Ланге-Нильсена является очень редким, встречается в 15 раз реже синдрома Романо-Уорда, имеет аутосомно-рецессивный тип наследования и сочетается с нейросенсорным снижением слуха.

Желудочковая тахикардия имеет предположительно аутосомно-доминантный тип наследования. При синдроме WPW существует аутосомно-доминантный тип наследования предрасположенности к реализации синдрома, т.е. особое строение проводящей системы сердца, которое под влиянием нейровегетативной регуляции сердечного ритма становится электрофизиологической основой тахикардии [1].

Аналогичные данные были получены при генеалогических исследованиях семей детей с брадикардией, атриовентрикулярными (AV) блокадами. Высокая пораженность родственников пробандов с идиопатическими AV-блокадами, значительно превышающими популяционную частоту (0,09%), свидетельствует о возможности генетической предрасположенности данной патологии, наследуется по аутосомно-доминантному типу и не зависит от пола [7].

Этиология

В неонатальном периоде много особенностей, обусловленных перестройкой работы систем новорожденного. В этот период развивается ряд транзиторных, пограничных состояний, происходят значительные сдвиги в обмене веществ, перестройка сердечно-сосудистой системы и легочного кровотока. Наиболее интенсивно эти процессы проходят в первые часы жизни и при благополучном течении процесса адаптации идут незаметно, без затруднений. Происходит функциональное закрытие фетальных коммуникаций (артериального протока, овального окна), продолжается развитие сердечной мышцы с повышением активности левого желудочка, созреванием рецепторов ферментов, формированием внутренних органелл миоцита, кальциевых каналов и т.д. В то же время при любом патологическом состоянии и отклонении в гомеостазе новорожденного (изменение концентрации кислорода, электролитов, pH) возможен возврат к плодovому кровообращению, что говорит о нестабильности гемодинамики новорожденного.

Предрасполагающие факторы развития аритмий у новорожденных: компоненты электрической нестабильности в виде очагов «резорбтивной

дегенерации» эмбриональной проводящей системы, абберантные проводящие пути, удлинение интервала Q-T, признаки выраженного вегетативного дисбаланса – гиперсимпатикотония на фоне функциональной незрелости вагуса [11].

Нарушения сердечного ритма и проводимости у новорожденного могут быть обусловлены как кардиальной (врожденные пороки сердца – ВПС, опухоли сердца, кардиты, кардиомиопатии и др.), так и экстракардиальной патологией (нарушения иннервации сердца вследствие неблагоприятного течения беременности и родов, внутриутробной гипоксии, родовой травмы), срывом гуморальной регуляции, метаболическими нарушениями (изменением водно-электролитного и кислотно-щелочного балансов), соматической патологией плода и новорожденного (грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и др.), приемом некоторых лекарственных препаратов [10,18].

В последние годы проводилось много работ по изучению влияния течения беременности и родов, патологии раннего неонатального периода на состояние здоровья плода и новорожденного, в том числе на его сердечно-сосудистую систему. Благодаря интенсивному развитию перинатальной кардиологии, установлено, что истоки многих аритмий лежат во внутриутробном периоде [8]. Особое значение приобретает патология беременности, сопровождающаяся развитием острой или хронической гипоксии: отягощенный акушерский анамнез, угроза прерывания беременности (на любом сроке), токсокоз, гестоз, урогенитальные инфекции, фето-плацентарная недостаточность, анемия. При любом из данных состояний миокард, проводящая система сердца плода, испытывает гипоксию, что может привести к дистрофическим изменениям в миокарде, нарушению регуляции сердечного ритма, ишемии синусового узла и, как следствие, нарушению сердечного ритма плода и новорожденного [3,14,17].

Наличие диффузного заболевания соединительной ткани у матери может привести к развитию синдрома неонатальной волчанки (СНВ) у плода. Сердечная форма СНВ включает поражение кожи, системные проявления и поражение сердца. Самой грозной формой СНВ является врожденный сердечный блок (ВСБ). Как правило, он бывает полным, носит необратимый характер. В 15-22% случаев врожденная полная поперечная

блокада приводит к антенатальной гибели, в 20-45% – к необходимости имплантации искусственного водителя ритма [17], а в 25% – заканчивается летальным исходом вследствие застойной сердечной недостаточности. Полная поперечная блокада пренатального и раннего неонатального периода в 45-95% случаев сочетается с повышенными титрами антител к антигенам красной волчанки Ro- и/или La-антител [16]. Риск рождения ребенка с ВСБ у матерей с системной красной волчанкой составляет 2-4%, в 3 раза выше у тех детей, чьи матери являются носителями циркулирующих анти-Ro (SSA)- и анти-La (SSB)-аутоантител [16,21]. Выявлена прямая корреляция между титрами материнских аутоантител и частотой ВСБ, составляющей 52% при титре 1:16 и 31% при более низком титре [20]. Для женщины, уже имеющей ребенка с СНВ, риск повторного рождения младенца с аналогичной патологией составляет от 8 до 40%. До настоящего времени патогенез ВСБ остается загадкой. Предполагают, что материнские антитела (иммуноглобулины G), относящиеся к анти-Ro(SSA)-аутоантителам, проникая через плаценту раньше 12 недель гестации, могут вмешиваться в нормальное развитие атриовентрикулярного узла, оказывая тератогенное влияние, о чем могут свидетельствовать случаи сочетания атриовентрикулярной блокады и ВПС.

Недостаточная компенсация сахарного диабета у матери на ранних сроках беременности может привести к формированию структурных нарушений сердечно-сосудистой системы плода. К примеру, частота ВПС у детей больных сахарным диабетом матерей превышает таковую в общей популяции новорожденных (7-8%). А недостаточная компенсация сахарного диабета во II и III триместрах беременности отражается также и на формировании центральных механизмов регуляции деятельности сердечно-сосудистой системы плода. На ЭКГ у половины доношенных и 70% недоношенных имелись изменения, свидетельствующие о гипертрофии желудочков, нарушении внутрижелудочкового проведения, увеличении интервала Q-T [6].

Течение родового акта также оказывает влияние на состояние плода и новорожденного. Установлено, что при аномальной родовой деятельности (особенно при дискоординации родовой деятельности), а также при использовании окситоцина для родовозбуждения чаще выявляются

умеренное и выраженное нарушение реактивности сердечно-сосудистой системы плода [13].

Среди заболеваний перинатального периода первое место занимают хроническая внутриутробная гипоксия плода и асфиксия новорожденного. Поражение сердечно-сосудистой системы встречается у 25% новорожденных, перенесших перинатальную гипоксию, и проявляется развитием гемодинамических и метаболических нарушений в миокарде [4], а у 51% из них в первые 2 недели жизни регистрируются нарушения ритма сердца [2,9,14,18].

Одно из ведущих мест после перинатального поражения ЦНС в настоящее время занимает гипербилирубинемия периода новорожденности. В литературе существуют данные, свидетельствующие о токсическом повреждении сердца при гипербилирубинемии, в том числе у новорожденных. По данным некоторых авторов, у 35% новорожденных с дизритмиями наблюдалась патологическая гипербилирубинемия [12].

Малая масса при рождении также является одним из факторов риска развития патологии сердечно-сосудистой системы в последующие возрастные периоды. Установлена взаимосвязь малой массы тела при рождении с количеством кардиомиоцитов, некоторыми показателями липидного обмена, риском развития жизнеугрожающих аритмий, артериальной гипертензией и синдромом внезапной детской смерти [14]. У недоношенных детей с низкой и очень низкой массой тела имеется склонность к брадикардии [5].

Кроме вышеперечисленных причин к нарушениям ритма сердца у новорожденных может привести применение медикаментов (сердечные гликозиды, бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов и др.). В частности, применение в процессе родов бета-симпатомиметиков приводит к увеличению интервала Q-T у новорожденных детей в первые дни жизни [22]. Медикаментозные нарушения ритма носят преходящий характер и после отмены препаратов купируются.

Брадикардия. Среди нарушений ритма и проводимости у новорожденных детей чаще других встречаются синусовая тахикардия и синусовая брадикардия – 58% случаев, из них синусовая брадикардия в 19% случаев носит вторичный характер. Чаще встречается у детей, перенесших перинатальную асфиксию, при нарушениях мозгового кровообращения с синдромом отека головного мозга, повышении внутричерепного давле-

ния, при синдроме дыхательных расстройств, врожденном гипотиреозе, врожденном кардите. По данным некоторых авторов, 32,9% брадикардий носят преимущественно эпизодический характер, из них 81% встречается у недоношенных [11].

Тахикардии. Синусовая тахикардия встречается в 38-40% всех нарушений ритма. Как правило, является следствием перенесенной родовой травмы (в частности шейного отдела), перинатального поражения ЦНС, миокардита, сердечной недостаточности [11]. Пароксизмальная тахикардия регистрируется в 5% случаев всех аритмий и чаще на 2-3-й день жизни. Причем у 50% младенцев с наджелудочковыми тахикардиями на ЭКГ регистрируют синдром WPW [11]. Основной механизм возникновения суправентрикулярной пароксизмальной тахикардии (СПТ) – так называемый феномен «re-entry», нарушение автоматизма в отдельных участках сердечной мышцы, наличие дополнительных проводящих путей (ДПП). Другой причиной может быть особенность развития анатомической структуры атриовентрикулярного фиброзного кольца. В этот период жизни между предсердиями и желудочками электрофизиологически выявляются места, обладающие патологической атриовентрикулярной или вентрикулоатриальной проводимостью, так называемые мышечные мостики. В дальнейшем, в большинстве случаев, функциональные способности аномальных соединений исчезают. СПТ может возникнуть у новорожденного без органического поражения сердца. Желудочковая пароксизмальная тахикардия (ЖПТ) возникает в результате дистрофии, воспаления миокарда, нарушения биохимических процессов в ткани сердечной мышцы (гипоксия, гипокалиемия, избыток катехоламинов), вследствие врожденного кардита, кардиомиопатии, ВПС, может сочетаться с патологией щитовидной железы у матери, внутричерепной гипертензией, перинатальной гипоксией и асфиксией.

Экстрасистолия. Истинная частота экстрасистол у новорожденных не известна, но, по данным ряда авторов, встречается в 7-25% случаев нарушений ритма. Пусковым механизмом также считают хроническую внутриутробную гипоксию плода, асфиксию. Часто возникает внутриутробно, клинически проявляется после рождения. Примерно у 1/2 детей исчезает к концу периода новорожденности. У некоторых может сохраняться до 4 мес. и более. Одной из причин предсердной экста-

систолии может быть аневризма межпредсердной перегородки. Суправентрикулярная экстрасистолия может встречаться и у клинически здоровых новорожденных [11].

Нарушения проведения (блокады). Нарушения проводимости у новорожденных встречаются с частотой 28,5%. Из них неполная AV-блокада составляет 12-13%, как правило, носит функциональный характер и не требует специфической терапии. Полная AV-блокада у новорожденных встречается с частотой 1:15000-1:20000 [11], может быть следствием перинатальной гипоксии, родовой травмы, пороков ЦНС, диффузного заболевания соединительной ткани у матери (системная красная волчанка). Является показанием для имплантации электрокардиостимулятора (ЭКС).

Наиболее часто встречаемое нарушение проведения у новорожденных – неполная блокада правой ножки пучка Гиса – наблюдается у 14,4 % новорожденных. Причем у 1/3 из них концу 3-й недели проведение восстанавливается. Неполная блокада левой ножки пучка Гиса встречается у 1,9% новорожденных, перенесших гипоксию. Постишемические нарушения внутрижелудочкового проведения у новорожденных встречаются с частотой 25,4% [11].

Удлинение интервала Q-T. Врожденные формы синдрома удлиненного интервала Q-T сочетаются с высокой смертностью. Это наследственно детерминированный синдром. При отсутствии терапии летальность составляет до 60-70%, но при своевременной диагностике и адекватной терапии (бета-адреноблокаторы, препараты калия и магния) снижается до 4-5%. В основе вторичного увеличения продолжительности интервала Q-T у новорожденного лежат электролитные нарушения (гипокалиемия и гипокальциемия), хроническая внутриутробная гипоксия плода, заболевания ЦНС (опухоль, кровоизлияния), миокардиты, кардиомиопатии, гипотиреоз, голодание, гипотермия, использование некоторых препаратов.

Довольно часто у новорожденных выявляют синдром ранней реполяризации желудочков (СРРЖ). Данный ЭКГ-феномен связывают с врожденными электрофизиологическими свойствами сердца – преимущественной реполяризацией субэндокардиальных зон миокарда, и рассматривают как вариант нормы. Одной из предпосылок СРРЖ является дисфункция вегетативной нервной системы с преобладанием вагусных влияний,

аномальным атриовентрикулярным проведением с функционированием дополнительных предсердно-желудочковых и паранодальных путей.

Таким образом, в периоде новорожденности встречаются разнообразные нарушения ритма сердца и проводимости. Одни из них носят функциональный характер, не приводят к гемодинамическим нарушениям и не требуют

назначения специфической терапии. Другие – приводят к серьезным гемодинамическим нарушениям, зачастую требуют неотложной помощи. В таких случаях важна своевременная, более ранняя диагностика. С развитием неонатальной кардиологии совершенствовались и методы диагностики патологии сердечно-сосудистой системы, нарушений ритма сердца в том числе.

Внедрение фетальной эхокардиографии позволило в настоящее время значительно улучшить диагностику аритмий на ранних этапах. Это позволяет акушерам, неонатологам, педиатрам, кардиологам провести раннее патогенетическое лечение и улучшить прогноз при данной патологии.

(С библиографией можно ознакомиться в редакции журнала)

ИЗ ХРОНИКИ СОБЫТИЙ ГОДА

МАТЕРИАЛЫ 26 (XLIX) СЕССИИ ОБЩЕГО СОБРАНИЯ СИБИРСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК

14 декабря 2007 г. в г. Новосибирске состоялась 26 (XLIX) Сессия Общего Собрания Сибирского отделения Российской академии медицинских наук «Роль фундаментальной медицины в проблеме формирования здоровья населения Сибири».

Во вступительном слове председатель СО РАМН академик РАМН В.А. Труфакин проинформировал о том, что с 2009 г. планирование НИР будет осуществляться по единым в РФ программам фундаментальных исследований, которые будут курироваться РАН, распределение средств будет производиться по грантово-тендерной системе. При этом государственный заказ на выполнение фундаментальных НИР предполагает свободу в количестве НИР, числе штатных единиц, распределении средств в статьях расходов и т.д. С 01 января 2009 г. средства на фундаментальные НИР будут направлены через коммерческие банки. Контроль за эффективностью использования финансовых средств будет проводиться путем ежегодной аудиторской проверки. В результате этого будет определяться степень конкурентоспособности научно-исследовательского учреждения. Каждое научное учреждение должно иметь свое лицо, научно-техническая продукция которого должна иметь соответствующий товарный вид.

В.А. Труфакин отметил, что наряду с внедрением принципов централизации распределения финансовых средств мы должны отстоять сохранение финансирования региональных отделений РАН и РАМН, задачи которых дополняются изучением региональных проблем.

Сессия Общего собрания Сибирского отделения РАМН, посвященная

роли фундаментальной медицины в проблеме формирования здоровья населения Сибири, обсудила состояние научных исследований в НИУ Сибирского региона по этой проблеме, наметила наиболее важные для формирования здоровья населения Сибири приоритетные направления дальнейших исследований.

В работе сессии приняли участие ученые из Новосибирска, Барнаула, Владивостока, Иркутска, Томска, Кемерово, Ленинска-Кузнецкого, руководители органов здравоохранения и врачи из регионов Сибири и Дальнего Востока. На двух пленарных заседаниях сессии было заслушано и обсуждено 13 научных докладов: «Здоровье трудового потенциала Сибири – итоги фундаментальных исследований» (от группы авторов чл.-кор. РАМН В.С. Рукавишников), «Геном человека: новые знания и обновленная человеческая практика» (от группы авторов академик РАМН В.П. Пузырев), «Молекулярно-генетический анализ как инструмент современной онкологии» (от группы авторов к.б.н. С.П. Коваленко), «Роль стероидных гормонов, аполипопротеинов А-I и Е в регуляции экспрессии генов в норме и при опухолевом росте» (академик РАМН Л.Е. Панин), «Фундаментальные закономерности изменений флуоресцентных характеристик химических веществ в проблеме терапевтического мониторинга лекарственных средств» (от группы авторов проф. В.В. Удуд), «Молекулярные механизмы нарушения взаимодействия эффекторных клеток крови при патологии инфекционной и неинфекционной природы» (от группы авторов проф. Н.В. Рязанцева), «Фундаментальные и прикладные аспекты использования клеточных технологий

в кардиологии и кардиохирургии» (от группы авторов проф. С.В. Попов), «Фундаментальные проблемы демографической политики и формирование здоровья населения Сибири» (д.м.н. Ю.А. Григорьев), «Фундаментальные и прикладные аспекты изучения биополимеров гидробионтов Тихого океана» (академик РАМН Н.Н. Беседнова), «О взаимодействии лечебно-профилактических учреждений Новосибирской области с НИИ СО РАМН» (проф. Н.Л. Тов), «Интегральные функции лимфатической системы в поддержании состояния здоровья человека» (академик В.И. Коненков), «Состояние фетоплацентарного барьера при инфекционной патологии у беременных» (академик М.Т. Луценко), «Фундаментальные и научно-прикладные исследования в области сохранения и укрепления здоровья беременных женщин, детей и подростков коренного и пришлого населения Дальнего Востока» (чл.-кор. РАМН В.К. Козлов).

В этих докладах были освещены результаты как фундаментальных исследований на молекулярном, геномном и клеточном уровнях при развитии различных патологий, так и медико-демографических исследований.

В соответствии с основными научными направлениями Сибирского отделения РАМН фундаментальные исследования проводятся во всех НИУ Отделения. Убедительно показано, что на основе фундаментальных исследований в дальнейшем разрабатываются уникальные высокоточные технологии прогноза, диагностики, лечения заболеваний человека (онкологических, генетических, кардиологических, иммунологических и др.). Разработанные технологии позволяют выявлять людей, имеющих повышен-

ный риск развития отдельных заболеваний (рак молочной железы, инфаркт миокарда, внутриутробная инфекция и др.) и, следовательно, проводить целенаправленные профилактические мероприятия с высокой клинической и экономической эффективностью.

Многолетние исследования свидетельствуют о сохраняющихся неблагоприятных тенденциях заболеваемости и смертности населения Сибири, в значительной мере это относится к детскому населению. Актуальными остаются проблемы диагностики и лечения внутриутробных инфекций. В условиях меняющейся экологии, снижения иммунной защиты и сексуальной революции теоретически любая инфекционная болезнь у матери может представлять опасность для плода.

Одна из актуальных задач – выявление и изучение латентно текущих инфекций, уходящих корнями во внутриутробный период. Для этого необходимо внедрение новых молекулярно-генетических технологий специфической диагностики и создание биотехнологических средств нового поколения для эффективной терапии инфекционных болезней.

Показано, что смертность населения трудоспособного возраста остается самой высокой в РФ и составляет по СФО и ДВФО 905-920 умерших на 100000 населения соответствующего возраста, тогда как в среднем по РФ эта цифра составляет 804,1. В структуре смертности трудоспособного населения наибольший уровень занимают связанные с производственным фактором болезни кровообращения (около 30%). Уровни профессиональной заболеваемости от воздействия неблагоприятных факторов труда также остаются самыми высокими в РФ и составляют 7,07-11,47 на 10000 работающих. При этом уровни инвалидизации у больных с профессиональным заболеванием достигают 70-90%. В структуре профессиональных заболеваний работающих в основных отраслях промышленности первые места занимают болезни от воздействия физических факторов (65%) и заболевания органов дыхания (16,3%).

Исследования в области производственно обусловленных заболеваний позволили выявить основные критерии риска развития высоких уровней заболеваемости сердечно-сосудистой системы и органов дыхания, что дает возможность прогнозировать их развитие и проводить эффективную профилактику.

Результаты медико-биологических исследований на территории Сибири

были использованы при разработке демографического проекта и мероприятий медицинской профилактики на региональном уровне, а также представлены в проекте межведомственной программы «Снижение предотвратимой смертности граждан России на 2008-2010 годы».

XXI век назван веком биотехнологий. Прогресс человечества будет определяться развитием фундаментальных медико-биологических исследований, а также разработкой принципиально новых биотехнологий, в том числе в области медицины. Результаты исследований показали возможности применения трансплантации мононуклеарных и мезенхимальных стволовых клеток костного мозга для стимулирования регенерации тканей в разных моделях: инфаркт миокарда, цирроз печени, травматические повреждения спинного мозга, ишемический инсульт.

Молекулярно-генетический анализ позволяет уже сегодня выявлять пациентов с высоким риском онкологических заболеваний и выбирать оптимальную для каждого пациента химиотерапию. При молекулярно-генетическом анализе опухолей молочной железы одним из наиболее востребованных является анализ гиперэкспрессии HER2/neu. Выявление гиперэкспрессии HER2/neu с помощью ПЦР в реальном времени позволяет выбрать корректный вариант химиотерапии для каждого конкретного больного, что значительно снижает токсический эффект лекарственных препаратов и повышает эффективность терапии.

Результаты исследований свидетельствуют в пользу принципиальной возможности *in vivo* детекции лекарственного средства (и/или его метаболитов) на этапах транспорта в организме, его биотрансформации, взаимодействия с тканями-мишенями и элиминации, а также состоятельности ряда составляющих метаболизма. Полученные результаты позволят оптимизировать процедуры терапевтического лекарственного мониторинга, снижая риск возникновения лекарственных осложнений.

Учитывая мировую тенденцию проведения фундаментальных исследований на стыке научных дисциплин, в Сибирском отделении осуществляются интеграционные научные проекты с Сибирским и Дальневосточным отделениями РАН, а также между НИУ СО РАМН различного профиля. Получены новые данные о патогенезе рака молочной железы, механизмах действия

лекарственных средств из гидробионтов Тихого океана, имеющие большое научное и практическое значение.

Вместе с тем отмечается ряд недостатков в организации и проведении фундаментальных исследований в НИУ Сибирского отделения РАМН. Недостаточно активно проводятся исследования в области нанотехнологий, в области изучения молекулярно-клеточных механизмов в развитии различных патологий человека. Ряд институтов Отделения не участвует в международном научно-техническом сотрудничестве (НИИБХ, НИИРППМ, НИИО ТНЦ, НИИАГиП ТНЦ).

Говорить о формировании здоровья населения Сибири можно при условии активного внедрения новых медицинских технологий диагностики и лечения наиболее распространенных заболеваний, внедрения скрининговых программ по выявлению групп риска развития заболеваний. Однако несмотря на достигнутые успехи в проведении фундаментальных исследований, НИУ СО РАМН недостаточно активно доводят разработанные технологии до практического использования, не представляют в Росздрав документы на технологии для их утверждения. В ряде субъектов Федерации отмечается недостаточный контакт институтов СО РАМН с управлениями здравоохранения, что является препятствием для широкого внедрения разработанных медицинских технологий.

Сессия Общего собрания Сибирского отделения РАМН

ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Считать проводимые фундаментальные медико-биологические исследования приоритетными, имеющими большое значение для формирования здоровья будущих и сохранения и развития здоровья ныне живущих поколений.

2. Отметить высокий уровень и актуальность фундаментальных исследований, проводимых научными учреждениями Сибирского отделения РАМН, НИИ и вузами Министерства здравоохранения и социального развития РФ.

3. Одобрить практику осуществления интеграционных научных проектов, проводимую в Сибирском отделении РАМН.

4. Просить заместителя председателя Комитета по охране здоровья Госдумы РФ академика РАМН Колесникова С.И. при формировании пакета госинвестиционных документов РАМН оказать содействие для включения строительства общежития для

молодых ученых в городах Новосибирск и Томск.

5. Рекомендовать президиуму СО РАМН:

5.1. Совместно с директорами НИУ СО РАМН привести планы научных исследований НИУ в соответствие с программой фундаментальных исследований РАМН, кадровым и материально-техническим обеспечением НИУ.

5.2. Совместно с президиумами СО РАН и ДВО РАН актуализировать перечень научных направлений для совместных исследований.

5.3. Подготовить проведение совместных заседаний президиумов с Сибирским и Дальневосточным отделениями РАН по оценке результатов проведенных интеграционных исследований и перспективам сотрудничества.

5.4. Продолжить финансирование в 2008 г. интеграционных проектов, выполняемых НИУ СО РАМН и реко-

мендованных Экспертным советом СО РАМН.

6. Поручить Научному совету № 56 по медицинским проблемам Сибири, Дальнего Востока и Крайнего Севера РАМН и МЗ РФ проработать предложения по подготовке в медицинских вузах молодых специалистов медико-биологического профиля как исследовательских кадров в соответствии с прогнозом развития медико-биологической науки, перспективами фундаментальных исследований с целью подготовки кадров необходимой квалификации и компетенции для научных исследований.

Ответственные: Козлов В.А., Новицкий В.В. Срок: II кв. 2008 г.

7. Экспертному совету СО РАМН в 2008 г. организовать и провести рейтинговую оценку НИУ СО РАМН в соответствии с разработанным перечнем индикаторов научной результативности НИУ СО РАМН (приложение).

8. Директорам НИУ:

8.1. Активизировать работу по участию в конкурсах на получение грантов различных программ, по осуществлению международного научного сотрудничества.

8.2. Активизировать работу по регистрации новых медицинских технологий в Росздравнадзоре.

9. Опубликовать материалы, представленные на сессии, в виде статей в журнале «Вестник РАМН» и «Бюллетень Сибирского отделения РАМН».

10. Контроль за выполнением постановления возложить на заместителя председателя ГУ Сибирского отделения РАМН академика РАМН В.А. Козлова.

В работе сессии из медицинского сообщества Республики Саха (Якутия) приняли участие директор ЯНЦ СО РАМН д.м.н., профессор М.И. Томский, зам. директора по научной работе д.м.н. В.П. Николаев и ученый секретарь к.м.н. У.Е. Макарова.

В.П. Николаев – д.м.н., зам. директора ЯНЦ СО РАМН

25 ЛЕТ ИНСТИТУТУ МЕДИЦИНСКОЙ ГЕНЕТИКИ ТНЦ СО РАМН

28-30 ноября 2007 г. в Томске в Доме ученых прошла VIII научная конференция «Генетика человека и патология», посвященная 25-летию Института медицинской генетики Томского НЦ СО РАМН. В работе конференции приняли участие ученые из 27 городов России и 7 стран мира (США, Великобритания, Нидерланды, Греция, Германия, Чехия, Белоруссия) – в общей сложности более 230 чел. Доля молодых ученых (до 35 лет) составила 35%. Из ЯНЦ СО РАМН под руководством директора М.И. Томского приняли участие в работе конференции 8 чел., из них 3 молодых ученых находились в то время в институте на учебе.

Открыл юбилейную конференцию директор НИИ медицинской генетики

ТНЦ СО РАМН, академик, профессор Валерий Павлович Пузырев. С приветственной речью выступили губернатор Томской области В.М. Кресс, директор Томского НЦ СО РАМН, академик РАМН Р.С. Карпов, ведущие генетики России академики РАМН Н.П. Бочков и Е.К. Гинтер (Москва) и др. Из представителей регионов Сибири первым с приветственной речью выступил директор ЯНЦ СО РАМН М.И. Томский и вручил академику В.П. Пузыреву награду Правительства РС(Я) юбилейный знак «375 лет Якутия с Россией» за заслуги в развитии научной и практической медицины, подготовку квалифицирован-

ных медицинских кадров республике и многолетнюю добросовестную работу для отечества, а также Грамоту Правительства РС(Я) заместителю директора по клинической работе, д.м.н., профессору Л.П. Назаренко за заслуги в области социально-экономического развития республики.

Три дня продолжалась работа юбилейной конференции, насыщенная интересными докладами о современных достижениях мировой медицинской генетики: Бочков Н.П (Москва) доложил о клеточной терапии наследственных болезней, Баранов В.С.



Директор ЯНЦ СО РАМН М.И. Томский вручает награду Правительства РС(Я) В.П. Пузыреву



Слева направо: д.б.н., проф. Э.К. Хуснутдинова (Уфа), академик РАМН Н.П. Бочков (Москва), д.м.н. В.Л. Ижевская (Москва), академик РАМН В.П. Пузырев (Томск), А.А. Ходунова (Министерство здравоохранения и социального развития РФ)



Доклад зав. ОМГ ЯНЦ СО РАМН Максимовой Н.Р. на конференции

(Санкт-Петербург) — о генотерапии нейромышечных заболеваний, Нид А. (США) — о полногеномном исследовании генетики памяти и т.д. Большой интерес вызвало выступление нашего молодого ученого Максимовой Н.Р. на тему «Редкий ЗМ-синдром: клиническая и генетическая характеристика». Прошли интересные встречи и семинары, совещания рабочих групп по различным темам, в том числе школа-семинар для молодых ученых «Современные подходы к анализу генома и фенотипа человека», заседание проблемной комиссии «Медицинская генетика» научного совета №56 по медицинским проблемам Сибири, Дальнего Востока и Крайнего Севера для руководителей и практических врачей-генетиков из регионов. Состоялись знакомство с коллегами-генетиками из других регионов России и стран, встречи старых знакомых, обмен мнениями, знакомство с направлением научных исследований, научными кадрами и материально-технической базой юбилейного коллектива НИИ медицинской генетики ТНЦ СО РАМН.

НИИ медицинской генетики обладает квалифицированными кадрами научных сотрудников, врачей и вспомогательного персонала. В штате института трудятся 172 человека, среди которых 1 академик РАМН, 3 профессора, 5 докторов и 24 кандидата наук, а также врачи высшей и первой квалификационных категорий. Два врача имеют звание «Заслуженный врач РФ» и один — почетное звание «Заслуженный работник здравоохранения РФ».

Основное направление института — изучение структурно-функциональной организации генома человека, генетической структуры и груза наследственной патологии сибирских популяций, разработка принципов региональной медико-генетической помощи населению.

В структуру НИИ медицинской генетики ТНЦ СО РАМН в настоящее время входят: лаборатории популяционной генетики, цитогенетики, эволюционной генетики, молекулярной генетики, наследственной патологии, группа организации научных исследований и информации, генетическая клиника со стационарным отделением наследственных болезней, поликлиникой и клинико-диагностической лабораторией, а также филиалы института Бурятский (г. Улан-Удэ) и Дальневосточный (г. Владивосток).

Институт медицинской генетики ТНЦ СО РАМН активно сотрудничает в научных исследованиях с различными научно-исследовательскими центрами, вузами и учреждениями здравоохранения: СО РАМН, Сибирским государственным медицинским университетом, Томским государственным университетом, Институтом цитологии и генетики СО РАМН (г. Новосибирск), Северским биофизическим центром МЗ РФ (г. Северск), Медико-генетическим научным центром (г. Москва), Красноярской медицинской академией (г. Красноярск), Многопрофильной научной лабораторией по медико-биологическим проблемам при МЗ Республики Тыва (г. Кызыл), Якутским научным центром СО РАМН (г. Якутск), медико-генетическими службами Сибири и Дальнего Востока. Постоянно развиваются международные связи с научными центрами ближнего и дальнего зарубежья: Институтом физиологических и клинических исследований общества Макса Планка (г. Бад-Наухайм, Германия), Институтом генетики человека (г. Эссен, Германия), Международным университетом Флориды (г. Майами, США), Швейцарским научным фондом, лабораторией гистологии, эмбриологии и цитогенетики

Овернского университета (г. Клермон-Ферран, Франция), кафедрой генетики Лестерского университета (г. Лестер, Великобритания), Эстонским биоцентром (г. Тарту, Эстония), Таджикским институтом последипломной подготовки меди-

цинских кадров (г. Душанбе, Таджикистан), Киргизской государственной медицинской академией (г. Бишкек, Киргизия) и др.

Институт является базой для обучения студентов, в его лабораториях проходят учебно-производственную и дипломную практику студенты Томского государственного университета и Сибирского государственного медицинского университета. Ведется послеузовское обучение специалистов в ординатуре и аспирантуре по специальности «медицинская генетика»; 8 аспирантов и 15 клинических ординаторов из различных регионов России прошли подготовку на базе подразделений НИИ медицинской генетики. В 2007 г. поступил в очную аспирантуру 1 научный сотрудник ЯНЦ СО РАМН по специальности «медицинская генетика». На базе института подготовлено 176 специалистов в области медико-генетического консультирования, а также по цитогенетической, биохимической, пренатальной и молекулярно-генетической диагностике. Наши специалисты (врачи-генетики медико-генетической консультации РБ №1-НЦМ, научные сотрудники отдела молекулярной генетики ЯНЦ СО РАМН), также прошли обучение в стенах данного учреждения. Сотрудниками института оказывается методическая и научно-консультативная помощь при организации региональных медико-генетических служб, нашему региону также повезло иметь такого наставника, большая доля их труда есть в развитии практической и научной медицинской генетики в республике.

Научные достижения НИИ медицинской генетики ТНЦ СО РАМН имеют много направлений и применение в практическом здравоохранении:

— проведена оценка селективной значимости структурно-функционального полиморфизма хромосом в пренатальном периоде развития человека, Изучена региональная распространенность различных типов



Участники конференции из ЯНЦ СО РАМН

хромосомных нарушений у детей с пороками развития, супружеских пар с невынашиванием беременности, бесплодием. Описан ряд редких синдромов. Внедрены в медицинскую практику России молекулярно-цитогенетические подходы: флюоресцентная гибридизация *in situ* (FISH), супрессионная гибридизация *in situ* (CISH) и сравнительная геномная гибридизация (CGH), что позволило проводить поиск и картирование уникальных и повторяющихся последовательностей ДНК на хромосомах человека;

– охарактеризован генофонд большого числа популяций коренного и пришлого населения Сибири и Средней Азии с привлечением широкого спектра генетических маркеров, включая анализ полиморфизма ядерной и митохондриальной ДНК;

– изучены особенности генетико-демографических процессов в популяциях различных этнотерриториальных групп населения Сибири и сопредельных регионов; получены новые данные о факторах популяционной динамики, биохимическом и хромосомном полиморфизме, наследственной отягощенности популяций Сибири;

– оценены функциональная и прогностическая значимость полиморфизма генов-кандидатов ряда мультифакториальных заболеваний: бронхиальной астмы, атеросклероза, артериальной гипертензии и ее осложнений, сахарного диабета 1 и 2 типов,

осложнений беременности, инфекционных заболеваний (туберкулеза, гепатитов, сальмонеллеза, клещевого энцефалита и др.);

– на территории Сибири налажена пренатальная молекулярная и цитогенетическая диагностика моногенных заболеваний и хромосомных нарушений плода, позволяющая предотвращать рождение детей с наследственной патологией.

Сотрудники института видят свое будущее неотделимым от развития мировой и российской генетики, а научный опыт и достижения предыдущих 25 лет дают веские основания надеяться на то, что они не только сохраняют достигнутые позиции, но и смогут реализовать в обозримом будущем свои планы.

В планы института входят развитие и становление новых фундаментальных и прикладных технологий, в их числе: использование биочипов, клеточные технологии генотипирования, перспективные диагностические методики. В практическом здравоохранении сотрудники института планируют расширить спектр и объем оказываемых медицинских услуг по диагностике и лечению наследственной патологии, что будет способствовать повышению качества жизни и здоровья населения Сибирского региона; проводить активную научно-исследовательскую и клиническую работу в области инновационных направлений медицинских

биотехнологий (использование биочипов, предимплантационная диагностика, клеточные технологии).

В 2008 г. будет введен новый корпус генетической клиники и реконструкция основного здания НИИ медицинской генетики, это позволит специалистам института значительно расширить спектр и объем оказываемых медицинских услуг, в том числе на основе собственных разработок.

Высокий профессиональный уровень юбилейной конференции в связи с 25-летием, достижение поставленных целей научным коллективом института способствовало укреплению статуса ведущего научного учреждения России в области генетических исследований.

В заключение хочется поблагодарить коллектив НИИ медицинской генетики ТНЦ СО РАМН во главе с В.П. Пузыревым за приглашение на конференцию, предоставленную возможность прослушать доклады наших уважаемых ученых-генетиков из МГНЦ г. Москвы, Санкт-Петербурга, Новосибирска, Уфы, специалистов из других стран, встретиться с коллегами из других регионов. Желаем коллективу успехов и процветания, быть одним из самых востребованных учреждений здравоохранения в Сибирском регионе, предлагающим населению самые современные медицинские технологии по профилактике, лечению и диагностике наследственных заболеваний.

От участников VIII научной конференции "Генетика человека и патология" зав. лаб. наследственной патологии ОМТ ЯНЦ СО РАМН к.м.н. А.Н. Ноговицына

ФОРУМ НАУЧНОЙ МОЛОДЕЖИ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ), ПОСВЯЩЕННЫЙ ГОДУ АКАДЕМИКА В.П. ЛАРИОНОВА

Впервые по инициативе передовой научной молодежи Якутии в 1966 г. было проведено первое республиканское совещание молодых ученых ЯАССР. Этот год положил начало движению научной молодежи в республике.

Во исполнение Указа Президента Российской Федерации № 717 от 7 июня 1999г. «Об установлении Дня российской науки» и Распоряжения Правительства Республики Саха (Якутия) № 1645-р от 13 декабря 2007г. «О проведении Дня российской науки, Форума научной молодежи Республики Саха (Якутия)» в г. Якутске с 1 по 8 февраля проведен Форум научной молодежи республики, посвященный Году академика В.П. Ларионова.

Организаторы форума: Министерство науки и профессионального образования РС(Я), Координационный совет молодых ученых и специалистов РС(Я); при поддержке: Министерств образования РС(Я), по молодежной политике, по делам предпринимательства, развития туризма и занятости РС(Я), Якутских научных центров СО РАН и СО РАМН, ЯНИИСХ СО РАСХН, ЯГСХА, Саха государственной педагогической академии, Института повышения квалификации работников образования Администрации Городского округа «Город Якутск», Лиги женщин ученых Якутии, Издательского дома «Ил Тумэн», Национальной вещательной компании «Саха».

В рамках форума были проведены десять основных мероприятий.

– выставка научных разработок молодых ученых «Молодые ученые Якутии - российской науке и технике»;

– интеллектуальный конкурс команд молодых ученых учреждений науки и образования «Что? Где? Когда?»;

– спортивные соревнования команд молодых ученых учреждений науки и образования;

– научно-практический семинар молодых ученых «Коренные народы Якутии: историко-культурологические, социально-экономические, медико-генетические, этно-экологические проблемы»;

– научно-практическая конференция «Актуальные проблемы формиро-



Форум научной молодежи открывает председатель Координационного совета молодых ученых и специалистов РС(Я), к.б.н., отличник образования РС(Я) А.А. Мартынов



С докладом выступает к.б.н., зав. лаб. молекулярной генетики ГУ ЯНЦ СО РАМН С.А. Федорова

вания молодой семьи», посвященная Году семьи в России;

– ярмарка инновационных культурно-образовательных проектов молодых педагогов «Молодые педагоги – образованию Якутии»;

– заседание «круглого стола» на тему «Роль академика В.П. Ларионова в развитии фундаментальной и прикладной науки в РС (Я)»;



Выставка научных разработок «Молодые ученые Якутии – российской науке и технике», ЯГСХА

– научно-практический семинар молодых ученых «Южная Якутия: историко-культурологические, социально-экономические, медико-генетические, этно-экологические проблемы»;

– ярмарка инновационных научно-технических проектов молодых ученых и специалистов «Молодежь. Наука. Бизнес»;

– научно-образовательные десанты молодых ученых в учреждения образования г. Якутска «День Науки».

1 февраля состоялась выставка научных разработок молодых ученых «Молодые ученые Якутии – российской науке и технике». В работе выставки достижений приняли участие молодые ученые и специалисты научно-исследовательских и образовательных учреждений ЯНЦ СО РАН, ЯНЦ СО РАМН, НИИСХ СО РАСХН, ЯГУ им. М.К. Аммосова и других учреждений. Работа выставки проведена в рамках стендовых докладов по двум направлениям – гуманитарному и естественнонаучному. Лауреатами выставки по естественнонаучному направлению стали сотрудники ГУ ЯНЦ СО РАМН:

Гран-при – Романова Анна Николаевна, к.м.н., зав. лаб. клинико-популяционных исследований «Сравнительная характеристика коронарного атеросклероза и его факторов риска у коренных и некоренных мужчин Якутии»;

2-е место – Николаев Вячеслав Михайлович, к.б.н., научный сотрудник лаб. биохимии «Переокисление липидов у больных с холодовой травмой различной степени тяжести».

4 февраля состоялся научно-практический семинар молодых ученых «Коренные народы Якутии: историко-культурологические, социально-экономические, медико-генетические, этно-экологические проблемы», посвященный II



Молодые ученые ГУ ЯНЦ СО РАМН. Слева направо: Голокова В.С., Халыев С.Д., Куртанов Х.А., Николаев В.М., Романова А.Н., Барашков Н.А.

профессионального образования Республики Саха (Якутия), д.т.н., проф., акад. АН РС(Я) Кузьмин В.Р., д.ф.н., проф., директор Института малочисленных народов Севера Роббек В.А., к.б.н., зав. лаб. молекулярной генетики ГУ ЯНЦ СО РАМН Федорова С.А. с докладом «Генетические портреты коренных народов Республики Саха (Якутия)». Работа конференции проводилась в рамках пленарного заседания и стендовых докладов по фундаментальным исследованиям, актуальным вопросам проблем коренных народов Якутии. Экспертная комиссия по направлению естественные науки отметила отметили следующих участников:

диплом 1-й степени – Барашков Николай Алексеевич, к.б.н. ЯНЦ СО РАМН «Высокая частота «юго-восточного» варианта мутации гена GJB2 в популяции якутов»;

диплом 2-й степени – Григорьева Лена Валерьевна, к.м.н. ЯНЦ СО РАМН «Сравнение частот генотипов и аллелей полиморфных маркеров генов-кандидатов сердечно-сосудистых заболеваний популяции якутов с другими популяциями».

5 февраля состоялась научно-практическая конференция «Актуальные проблемы формирования современной молодой семьи», посвященная Году семьи в России. Диплом 3-й степени присужден Гороховой Зинаиде Николаевне (ГУ ЯНЦ СО РАМН) за доклад «Психологическое состояние молодых людей, проживающих в сельской местности РС(Я)».

Совет молодых ученых ГУ ЯНЦ СО РАМН выражает благодарность всем участникам форума, его организаторам и поздравляет наших коллег, занявших призовые места!

Председатель Совета молодых ученых ГУ ЯНЦ СО РАМН к.б.н. Барашков Н.А.

У.Е. Макарова, Т.А. Мьяриканов

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ И СОСТОЯНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ВНЕЛЕГОЧНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

(К 30-летию организации внелегочного отделения ЯНИИТ)

Несмотря на тенденцию упрощения современного подхода к вопросам туберкулеза, это заболевание остается одним из немногих, которое представляет сложнейшую проблему для всех государств мира. При наличии даже небольшого источника инфекции избавиться от него, практически, невозможно, поэтому важно не расслабляться и укреплять позиции борьбы с туберкулезом. Это обеспечивается комплексностью и координированностью действий государственных, медицинских и общественных структур.

Туберкулезный процесс в организме единый, при котором могут поражаться все органы и ткани, а условное деление на легочный и внелегочный туберкулез (ВЛТ) имеет значение для успешной организации лечебно-диагностических мероприятий. Организация раннего выявления, оказания медицинской помощи больным туберкулезом костей и суставов, мочевой и половой системы, органов зрения и брюшной полости, кожи и подкожной клетчатки, мягких тканей и лимфатической системы имеют свои особенности и в отношении методик, и в отношении подготовки кадров. Фтизиатры – специалисты по ВЛТ обязаны иметь 2 сертификата (врача фтизиатра + остеолога-травматолога или уролога, гинеколога, хирурга, окулиста). Все вышесказанное свидетельствует, что деление на легочный и внелегочный туберкулез в практическом аспекте становится оправданным, а изучение эпидемиологической ситуации по ВЛТ имеет существенное прогностическое значение, так как ВЛТ является дополнительным резервуаром туберкулезной инфекции и показателем неблагоприятности по туберкулезу в целом.

В 70-80-е г. прошлого столетия в российской фтизиатрической службе наибольшую актуальность приобрела

проблема специализированной помощи больным ВЛТ. Во-первых, это было связано с тем, что в те годы на фоне наступившего относительного эпидемиологического благополучия по туберкулезу органов дыхания выявилось замедление темпов снижения эпидемиологических показателей по ВЛТ. Если в 1976 г. по сравнению с 1971 г. заболеваемость ВЛТ снизилась на 27,9 %, то по сравнению с 1975 г. – на 6,3%. Накопление активных больных, состоящих на диспансерном учете, свидетельствовало, что за 1975 г. численность их снизилась на 23%, а в предыдущие 2 года – на 86% [2]. Во-вторых, это было связано с особенностями клинического течения внелегочного туберкулеза и обусловлено возникновением многих нерешенных вопросов и дискуссионных проблем, касающихся раннего выявления, диагностики, лечения больных, организации стационарной и поликлинической помощи и системы подготовки специалистов по данному разделу фтизиатрии. В те годы большую роль в решении многих вопросов совершенствования медицинской помощи больным ВЛТ сыграл приказ Министерства здравоохранения РСФСР 1968 г. «О мерах по дальнейшему улучшению лечебно-профилактической помощи больным внелегочными формами туберкулеза». В стране была развернута сеть диспансерной службы с консультативным приемом больных на полные врачебные ставки по всем основным внелегочным локализациям туберкулеза, которая оправдала себя на практике. Почти во всех противотуберкулезных учреждениях крупных городов и региональных диспансерах были созданы большие отделения для больных ВЛТ: например, в Кемеровской области – на 300 коек, Воронежской – на 145, в Якутии – на 50 коек и т.д.

Практика показала, что организация деятельности специализированного стационара для больных ВЛТ имеет значительные трудности. Чаще всего определение профильности

и структуры подобных стационаров зависит от эпидемиологических показателей ВЛТ на отдельных административных территориях и от специфичности поступающего контингента. Противотуберкулезные диспансеры и научно-исследовательские институты туберкулеза центральных городов и областей имеют, как правило, 5-6 профильных стационаров для лечения больных ВЛТ – туберкулезом костей и суставов, мочевой, половой, лимфатической систем и глаз. При этом отделения для больных туберкулезом глаз и кожи предназначены для консервативного лечения, остальные – хирургического профиля, поэтому в них придерживаются существующих общехирургических требований к устройству, оборудованию, оснащению и санитарно-гигиеническому режиму [1]. При планировании коечного фонда и деятельности подобных стационаров пользовались методическими рекомендациями ЛНИИХТа [3], согласно которым необходимо выделять по 1 годовой койке на 2 больных туберкулезом костей и суставов, на 3 – туберкулезом мочеполовой системы, на 6 – туберкулезом периферических лимфатических узлов и органов брюшной полости, на 4 – туберкулезом глаз. Данный расчет был предусмотрен для контингента больных активными формами ВЛТ. Штатные нормативы медицинского персонала туберкулезных стационаров [4] были утверждены приказом Министерства здравоохранения СССР №97 от 02.03.1964, согласно которому на 1 врача ортопеда приходится 40 больных, на уролога и гинеколога – по 20. Штатные нормативы врача отделения туберкулеза лимфатической системы и органов брюшной полости, а также окулиста в данном приказе не были предусмотрены, так как в 50-60-х гг. стационаров подобного рода не было.

В настоящее время в ряде региональных противотуберкулезных диспансеров действуют стационары для больных туберкулезом костей и суставов, либо мочеполовой системы, где

МАКАРОВА Ульяна Егоровна – к.м.н., ученый секретарь ЯНЦ СО РАМН; **МЯРИКАНОВ Тельман Александрович** – хирург-фтизиатр высшей квалификации, зав. отделением ГУ НПЦ «Фтизиатрия».

могут лечиться больные туберкулезом лимфатической системы и органов брюшной полости, туберкулезом гениталий и глаз, однако система планирования коечного фонда и штатные нормативы, принятые еще в 1964 г., не соответствуют требованиям жизни, организация специализированной помощи больным ВЛТ остается несовершенной на всех уровнях противотуберкулезной службы, в особенности в регионах, и все мероприятия по ее совершенствованию не были подкреплены приказами, положениями об отделениях для больных ВЛТ и о фтизиатре – специалисте по ВЛТ.

Впервые достоверные научные сведения о распространенности туберкулеза в Якутии были представлены экспедицией АМН СССР 1925-26 гг. При этом отмечено, что удельный вес внелегочного туберкулеза среди всех больных взрослого населения составил 38,3%, в том числе туберкулезный лимфаденит – 32,8, туберкулез костей и суставов – 5,5%.

Первый в Якутии специализированный стационар по внелегочному туберкулезу – детский костно-туберкулезный санаторий начал функционировать в 1939 г. и первой его заведующей была Т.П. Дмитриева. Здесь проводилось лечение детей с костно-суставным туберкулезом по методу Краснобаева, с туберкулезом мозговых оболочек и лимфатической системы.

С открытием в 1950 г. Якутского филиала Института туберкулеза АМН СССР началось планомерное изучение проблем туберкулеза в целом, в том числе внелегочных его локализаций. В тот период научные труды И.С. Липкина, Н.А. Колмаковой, Е.В. Гурьян, Ф.Л. Абрамсон, М.А. Карачунского и С.С. Дьячковой, опубликованные в сборниках ЯФИТ АМН СССР и центральных изданиях, были посвящены эпидемиологии, клинике, патоморфозе внелегочного туберкулеза в Якутии и явились более достоверной научной информацией. Вопросам распространенности, патоморфоза туберкулеза почек и периферических лимфатических узлов в Якутии были посвящены кандидатские диссертации А.М. Тюкавкина (1962), М.А. Карачунского и С.С. Дьячковой, туберкулезного менингита – докторская диссертация М.В. Ищенко (1969).

Новым этапом развития службы по внелегочному туберкулезу было открытие отделения по костно-суставному туберкулезу для взрослых в 1952 г. при туберкулезной больнице г. Якутска. С этого момента на базе дан-

ного стационара начались разработка и внедрение хирургических методов лечения туберкулеза костей и суставов. 30 мая 1952 г. известным фтизиохирургом, заведующим хирургическим отделением Якутской городской туберкулезной больницы Д.А. Гурьевым была произведена резекция ребра по поводу туберкулеза, 23 ноября 1952 г. им же впервые произведена фиксация позвоночника по Генле при тубспондилите. С 1953г. в этом отделении начал работать ученик и соратник академика П.Г. Корнева, основатель и первый декан медицинского факультета Якутского госуниверситета, д.м.н., проф. Д.М. Крылов, который широко внедрил различные методы хирургического лечения туберкулеза позвоночника и крупных суставов. В дальнейшем начатое Д.А. Гурьевым и Д.М. Крыловым дело успешно продолжалось их учениками, заслуженными врачами ЯАССР А.А. Захаровым и Т.В. Захаровой, к.м.н. В.А. Чуркиным и хирургом высшей категории М.В. Слепцовым, которые овладели методами передне-заднего спондилодеза с трансторакальным и забрюшинным доступом при туберкулезных спондилитах, радикальных и реконструктивных операций при туберкулезе крупных костей и суставов. В республике в целом произведено около 3000 операций при различных локализациях костно-суставного туберкулеза.

Следующими наиболее значимыми шагами развития службы специализированной помощи больным туберкулезом костно-суставной, мочеполовой, лимфатической систем были открытие в 1976 г. внелегочного отделения в клинике Якутского НИИ туберкулеза, куда в 1995 г. вошло и костно-суставное отделение для взрослых городской туберкулезной больницы, и организация амбулаторных приемов на полные врачебные ставки по всем внелегочным локализациям туберкулеза. Организатором и первым заведующим отделения был хирург высшей категории фтизиоуролог Ч.Д. Шаноев. Выпускниками клинической ординатуры Ленинградского НИИ хирургического туберкулеза Ч.Д. Шаноевым, У.Е. Макаровой, Т.А. Мяркяновым, А. Г. Аргуновым была начата организационно-методическая деятельность по раннему выявлению туберкулеза внелегочных локализаций, внедрены современные методы консервативного этиопатогенетического и хирургического лечения лимфоабдоминального туберкулеза и органосохраняющих и пластических операций на почке и

мочеточниках. В отделении пролечено более 10 000 больных, произведено более 1500 операций на органах мочеполовой и лимфоабдоминальной систем пораженных туберкулезом, в том числе были оперированы больные из Магаданской и Камчатской областей, так как отделение с 1986 по 1991 г. выполняло функции межобластного фтизиоурологического центра. Со дня открытия и по 1990 г. отделение осуществляло большую организационно-методическую помощь курируемым Якутским НИИ туберкулеза Иркутской, Красноярской, Камчатской, Магаданской областям и Бурятской АССР по вопросам раннего выявления и лечения больных внелегочным туберкулезом.

Наряду с большой лечебно-диагностической деятельностью сотрудниками была начата планомерная научно-исследовательская работа.

В 1980-1984 гг. была выполнена НИР по теме “Эпидемиология и организация раннего выявления туберкулеза мочеполовой системы в условиях Крайнего Севера”. Исследование проводилось по заданию Госкомитета СССР по науке и технике. Ответственным исполнителем был Ч.Д. Шаноев. Полученные сведения свидетельствовали, что на фоне неуклонного снижения заболеваемости туберкулезом в ЯАССР имела тенденция к увеличению удельного веса внелегочного туберкулеза с 10 до 18,5%. Среди ВЛТ ведущее место занимал туберкулез мочеполовой системы, составляя 39,8%. В последующем была разработана НИР по теме: “Раннее выявление туберкулеза мочеполовой системы в сельских районах ЯАССР”. По результатам завершенной НИР были подготовлены и изданы методические рекомендации “Методика активного выявления туберкулеза органов мочеполовой системы”.

В 1984-1986 гг. сотрудниками (Ч.Д. Шаноев, У.Е. Макарова, Т.А. Мяркянов, А.Г. Аргунов, Н.П. Парфенова, О.М. Щепетова и Л.М. Кротова) была завершена НИР по теме “Разработка организационных форм централизованного контроля за диспансеризацией и лечением больных внелегочными формами туберкулеза в условиях Крайнего Севера”, направленная на повышение эффективности лечения, сокращение сроков пребывания на диспансерном учете и снижение процента инвалидности у больных.

В 90-х гг. выполнялась НИР на тему “Роль хирургического метода в повышении эффективности лечения

и сокращении сроков диспансерного наблюдения больных туберкулезом периферических лимфатических узлов» (отв. исполнитель У.Е. Макарова). По результатам исследования был предложен комплексный метод лечения больных туберкулезным лимфадениом казеозно-некротической стадии, включающий предоперационную этиопатогенетическую терапию и раннее хирургическое вмешательство, позволяющий добиться 100%-ной эффективности лечения, сократить сроки основного курса лечения до 5-6 месяцев. Разработанные критерии клинического излечения оперированных больных позволяют достоверно и своевременно установить состояние излеченности и сократить сроки диспансерного наблюдения до 4-5 лет.

С 1999 по 2001 г. была завершена НИР на тему «Особенности клиники и лечения туберкулеза периферических лимфоузлов в современных эпидемиологических условиях Якутии» (отв. исполнитель У.Е. Макарова). На основании исследования выяснено, что в современных условиях в клинике туберкулеза периферических лимфоузлов имеет место индуцированный патоморфоз, что особо ярко проявляется в условиях Якутии. Были определены основные принципы лечения, сущность которых заключается в том, что больные продуктивной формой туберкулеза периферических лимфоузлов принимают консервативное лечение, а казеозной – комплексное с применением хирургического вмешательства.

За период 2002-2004 гг. была выполнена НИР по теме «Комбинированная химио-, лазеротерапия больных инфильтративной формой туберкулеза периферических лимфатических узлов» (отв. исполнитель У.Е. Макарова). Впервые у таких больных была оценена эффективность традиционной химиотерапии, а применение комбинированного лечения с сочетанием химиотерапии и низкоинтенсивного лазерного излучения значительно повысило ее эффективность и устранило необходимость применения хирургического вмешательства, определены критерии стойкого улучшения состояния больных.

Сотрудниками ЯФИТ, а ныне ЯНИИТ по проблемам внелегочного туберкулеза были защищены 1 докторская и 8 кандидатских диссертаций, выпущены 2 методические рекомендации, предложены ряд полезных моделей и 1 изобретение, опубликовано более 180 научных статей.

В настоящее время специализированная помощь больным туберкулезом внелегочных локализаций в Республике Саха (Якутия) проводится на базе ГУ НПЦ «Фтизиатрия» МЗ РС (Я) в том же отделении. Для приведения названий профессий и профиля коечного фонда в соответствие с существующими нормативными документами отделение было переименовано в туберкулезное отделение для больных урогенитальным и костно-суставным туберкулезом.

Нами проведен анализ деятельности «внелегочной» службы и определены некоторые ее особенности на примере показателей работы стационара за период с 1995 по 2002 г. Особенностью стационара является многопрофильность и то, что в данном стационаре локализован весь коечный фонд по Республике Саха (Якутия), предназначенный для диагностики, лечения больных внелегочным туберкулезом. В регионе планирование структуры коечного фонда проведено в зависимости от соотношения контингента активных больных туберкулезом внелегочных локализаций и продолжительности их пребывания в стационаре. Так, из 50 коек 20 заняты больными костно-суставным туберкулезом, 20 – больными мочеполовой системы (15 – мочевой системы и половых органов мужчин, 5 – женских половых органов), 10 – больными туберкулезом лимфатической системы и органов брюшной полости. При необходимости в стационар госпитализируются больные туберкулезом глаз и прочих органов (кожи, мягких тканей, парапроктит и т.д.). Штатное расписание подразделения состоит из 34 чел. Для оказания специализированной помощи больным ВЛТ по штатному расписанию предусмотрены все специалисты (уролог, остеолог, гинеколог), которые имеют сертификаты и по фтизиатрии. Учитывая преобладающее количество выявляемых больных активным туберкулезом лимфатической системы и органов брюшной полости, в стационаре предусмотрена ставка врача-хирурга. В функциональные обязанности данного специалиста входят диагностика, лечение этих больных. Таким образом, по оснащению и размещению, по штатному расписанию и организации труда данный многопрофильный стационар полностью соответствует отделению хирургического профиля для оказания специализированной помощи больным туберкулезом костей и суставов, мочеполовых органов, лимфатической системы и органов брюшной полости. При анализе основных показателей

работы стационара выяснено, что выполнение плана койко-дней в 2002 г. по сравнению с 1995 г. увеличилось на 10,9%, годовой показатель работы койки за указанные годы также улучшился, а также увеличился ее оборот. Если в 1995 г. он составлял 294,96, то в 2002 г. увеличился на 63,94, достигая 358,9. При сравнении основных показателей работы данного стационара с результатами работы других клинических подразделений было видно, что при наибольшем обороте койки (в среднем 5,1-5,6) во внелегочном отделении достигается выполнение плана койко-дней более чем на 100% и снижение летальности до 0,4. За анализируемый период все больные, нуждающиеся в стационарном лечении, были госпитализированы и получали соответствующую специализированную помощь. Как единственный в регионе стационар подобного профиля отделение проводит большую консультативную и дифференциально-диагностическую работу. В диспансерном отделении сотрудниками ежегодно проводится 3-3,5 тыс. консультаций, при этом 95% больных прошли очную консультацию. Выяснено, что из числа поступающих в стационар у 43,52% больных верифицируются неспецифические заболевания. Следовательно, в стационаре больных туберкулезом преобладающее большинство, в среднем 56,42%, причем их численность стабильно увеличивается. Анализ отчетной документации показал, что созданная структура коечного фонда данного подразделения использовалась таким образом: для больных туберкулезом костей и суставов 1 койка в среднем в год на 2,75 больных, для больных туберкулезом мочеполовой системы – на 3,1, а для больных туберкулезом периферических лимфоузлов и органов брюшной полости – на 2,4. Половозрастной состав больных, пролеченных в стационаре за анализируемый период, показал, что женщины преобладали в среднем на 10-15%, наибольшее количество больных – в возрасте 40-59 лет составляют в среднем 39,2%. Имеет место небольшая тенденция увеличения числа больных в возрасте до 19 лет и более пожилого возраста (>60 лет).

Функциональные обязанности каждого сотрудника отделения связаны с его основной специальностью (уролога, остеолога, гинеколога и т.д.) и фтизиатрией. Каждый специалист является ответственным по своему разделу, а его функциональные обязанности составляют: осуществление консу-

тативной помощи учреждениям общей лечебной сети; организационно-методическая работа по раннему выявлению заболевания и диспансеризации больных; участие в научных разработках; проведение семинарских занятий для врачей общей лечебной сети и противотуберкулезных учреждений; чтение лекций на сертификационных курсах по фтизиатрии; занятия со студентами, врачами-интернами, клиническими ординаторами и аспирантами Медицинского института ЯГУ.

Диагностика туберкулеза внелегочных локализаций осуществляется общепринятыми клиническими и специальными (бактериологическими, рентгенологическими, туберкулинодиагностикой, иммунологическими, патоморфологическими и т.д.) методами. Основу лечения больных составляют химиотерапия и хирургическое вмешательство. Применение хирургического метода в лечении больных внелегочным туберкулезом значительно повышает эффективность лечебных мероприятий, а при костно-суставном туберкулезе на данном этапе является основным. При других внелегочных локализациях туберкулеза хирурги-

ческие вмешательства производятся по показаниям. Чаще они выполняются при запущенных случаях, снижении эффективности противотуберкулезной химиотерапии, связанной с непереносимостью противотуберкулезных химиопрепаратов или устойчивостью микобактерий [2]. В связи с этим хирургическая активность не является основным показателем работы подобных отделений, скорее таковыми являются полнота охвата хирургическим лечением всех нуждающихся в этом больных и эффективность выполненных операций. Из всего числа 42,76% операций произведено по поводу туберкулеза периферических лимфоузлов. Количество операций, выполненных по поводу туберкулеза костно-суставной системы, имеет небольшую тенденцию к увеличению, а по туберкулезу мочевого пузыря – к снижению. Это объясняется увеличением числа впервые выявленных больных туберкулезом костей и суставов, сокращением количества больных с поражением мочевого пузыря.

Таким образом, в Республике Саха (Якутия) специализированная помощь

больным туберкулезом внелегочных локализаций осуществляется в условиях ГУ НПЦ «Фтизиатрия», который выполняет функции республиканского противотуберкулезного диспансера со стационаром на 50 коек. В диспансерном отделении ведутся консультации специалистов по всем локализациям внелегочного туберкулеза, в стационаре лечебно-диагностическая работа ведется по новейшим технологиям. В настоящее время внелегочная служба обрела большой практический опыт и имеет определенный научно-практический потенциал для решения актуальных для республики задач по профилактике, ранней диагностике заболевания и лечению больных.

Литература

1. **Внелегочный туберкулез.** - СПб.: ИКФ Фолиант, 2000. - 560 с.
2. **Диагностика и лечение внелегочного туберкулеза:** практ. руководство. - М.: Медицина и жизнь, 2002. - 60 с.
3. **Организация стационарной помощи больным внелегочными формами туберкулеза:** метод. рекомендации /ЛНИИХТ РФ; Сост. Блохин Н.Н. и др.-Л., 1976.-81 с.
4. **Сборник** штатных нормативов и типовых штатов учреждений здравоохранения.- М.: Медицина, 1986. - С.193.

НАШИ ЮБИЛЯРЫ

И.И. МЕСТНИКОВ (к 70-летию со дня рождения)



1 февраля 2008 г. исполнилось 70 лет крупному организатору здравоохранения нашей республики Местникову Ивану Ивановичу.

И.И. Местников родился 1 февраля 1938 г. в посёлке Усть-Кюель Курбасовского наслега Усть-Алданского района Якутской республики.

В 1956 г. после окончания Мюрюнской средней школы был направлен учителем химии, биологии и физкультуры

в Онёрскую семилетнюю школу Усть-Алданского района.

1957-1963 гг. – студент Благовещенского государственного медицинского института. За годы студенчества работал санитаром в Амурской областной психоневрологической клинике и медбратом в детском туберкулезном санатории.

1963-1965 гг.- хирург приисковой больницы п. Бриндакит, затем заместитель главного врача по лечебной работе и хирург ЦРБ Усть-Майского района.

1968-1970 гг. – бортхирург Якутской республиканской санавиации.

1970-1981 гг. – главный врач Якутского республиканского онкологического диспансера.

С 12 октября 1981 г. по 4 августа 1984 г. – первый заместитель министра социального обеспечения Якутской АССР.

1984 – 1990 гг. – министр здравоохранения Якутской АССР.

1990 – 1992 гг. – 1-й зам. министра социального обеспечения ЯАССР.

1992 - 1993 гг. – первый заместитель генерального директора ЯРКК (республиканской больницы).

С 1993 – 1998 г.– директор – главный врач республиканского санатория-профилактория «Алаас» Министерства сельского хозяйства РС (Я).

С 1998г. (сентябрь) – врач-эксперт методист Национального центра медицины РС (Я)- Якутской республиканской больницы РС (Я).

В стиле работы Ивана Ивановича Местникова как человека, врача отражаются основные черты организатора здравоохранения: высокая гуманность, организованность, деловитость, требовательность и принципиальность.

Местников И.И. внёс значительный вклад в улучшение материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений, оснащении их современным оборудованием и медицинской аппаратурой, санитарным транспортом, много работал в подготовке медицинских кадров.

За время работы Местникова И.И. министром здравоохранения респуб-

лика по обеспеченности врачебными кадрами и койками вышла на уровень средних показателей РСФСР, увеличились основные показатели рождаемости, снизились показатели общей заболеваемости и смертности, младенческой и материнской смертности, введены лечебно-профилактические учреждения на 2099 коек, поликлиники на 4610 посещений в смену.

Многие объекты здравоохранения построены за счет средств промышленных предприятий («Якуталмаз», «Якутзолото», «Якутуголь», «Якутнефтегаз», «Якутгазпром», «Якутэнерго»), Министерства сельского хозяйства республики. Так, объединением «Якуталмаз» в эти годы введены женская консультация на 20 посещений в смену в г. Мирном, поликлиника на 200 посещений в п. Удачный (Пискунов В.В.). «Якутэнерго» (Кальченко Н.А.) построило в г. Нерюнгри поликлинику на 450 посещений в смену, «Якутгазпром» (Дементьев Ю.Л.) ввёл общежитие на 102 места для стационара республиканского наркологического диспансера.

За счет государственных капитальных вложений (по линии местных Советов) введены в эксплуатацию типовой инфекционный корпус на 80 коек в г. Якутске, наркодиспансер на 40 коек в г. Алдане, молочная кухня в г. Нерюнгри, тубдиспансер в г. Вилюйске, типовая больница с поликлиникой в с. Ытык-Кюель, детская стоматологическая поликлиника в г. Якутске, республиканская глазная больница на 100 коек, общежитие медработников на 400 мест в г. Якутске, физиотерапевтический корпус Кемпендяйской грязелечебницы, больница в с. Майя Мегино-Кангаласского улуса, первый корпус терапии на 120 коек, молочная кухня на 2000 порций в г. Якутске, стоматологическая поликлиника на 250 посещений в г. Алдане, онкологический диспансер (нетиповой) в г. Якутске, участковая больница в п. Марха, Кангалассы, Вилюйске, Жиганске, Олекминске, Жатае, Светлом, Усть-Алданском, Нюрбинском районах.

Ряд помещений, занимаемых прежде административными учреждениями, переданы в лечебные учреждения (строящееся здание Ярославского ГК КПСС под мединститут, коттедж Якут-

ского горисполкома – в детский воспитательный центр, правительственная дача СМ и ОК – в Якутский дом ребенка).

Многие конторы бывших совхозов были переданы безвозмездно под участковые больницы (с. Курбусах, Сыырдаах, Танда Усть-Алданского, с. Кюндядя Ленинского (Нюрбинского) районов).

И.И. Местников является зачинателем строительства Национального медицинского центра в г. Якутске, уникального на Дальнем Востоке и Сибири лечебного специализированного учреждения, он впервые в 1988 г. 13 мая подписал контракт о строительстве с австрийской фирмой «Поленски и Зольнер».

При Местникове И.И. была принята республиканская комплексная программа «Здоровье населения Якутской АССР до 2000 года», проведены 5 региональных, республиканских совещаний с участием министров, заведующих облздравидами зоны Дальнего Востока и Сибири, крупных ученых.

В 1988 г. Иван Иванович принимал посетивших Якутию с официальным визитом министра здравоохранения СССР Чазова Е.И. и министра здравоохранения РСФСР Потапова А.И. Этот визит, безусловно, отразился на дальнейшем расширении сети лечебно-профилактических учреждений, улучшении их материально-технической базы, увеличении числа медицинских работников в республике.

Местников И.И. – первый генеральный директор и главный врач республиканского санатория-профилактория «Алаас», выстроенного в 1994 г. Министерством сельского хозяйства РС (Я) для оздоровления тружеников села.

С 1998 г. – врач-методист (эксперт) организационно-аналитического отдела Республиканской больницы №1 Национального центра медицины. В сентябре 1998 г. при НЦМ он создал централизованный медицинский архив и принимал активное участие в создании музея медицины при МЗ РС (Я) в 2002 г.

Местников И.И. любит спорт, в школьные и студенческие годы усилённо занимался легкой атлетикой, волейболом, лыжами, тяжелой атлетикой, имел 1-е спортивные разряды.

В 1955-56 гг. играл в волейбольной сборной юношеской команде ЯАССР, по тяжелой атлетике был трехкратным чемпионом (1961-1963 гг.) Амурской области в наилегчайшей весовой категории, в 1963 г. завоевал бронзовую медаль среди студентов медвузов РСФСР и ДСО «Буревестник». До 2002 г. играл в составе волейбольной сборной «Туймаада» г. Якутска, занимая призовые места.

Местников И.И. был активным участником экспедиции по раскопке знаменитого мамонта в местности Шандринно Аллаиховского района в 1972 г.

И.И. Местников – организатор здравоохранения высшей категории, с 1979 г. – заслуженный врач РСФСР, неоднократный участник и делегат всероссийских и всесоюзных съездов медицинских работников, Красного Креста и Красного Полумесяца.

Награжден Почетной грамотой президиума ВС ЯАССР, медалями «За доблестный труд», «Ветеран труда», «100 лет профсоюзам России», «90 лет Октябрьской революции», почетными знаками «За заслуги в развитии физической культуры и спорта РС (Я)», «Россия-Якутия вместе 370 лет», «Россия – Якутия 375 лет», «Отличник здравоохранения Республики Саха (Якутия)». Имеет благодарности от МЗ РФ и РС (Я).

Избирался депутатом поселкового совета п. Усть-Майя Усть-Майского района, Верховного Совета ЯАССР XI созыва, кандидатом, затем членом ОК КПСС. Много лет являлся председателем медицинской секции республиканского правления «Знание», членом президиума обкома профсоюза медицинских работников, заместителем председателя республиканской Федерации по вольной борьбе, членом президиума республиканского фонда «Милосердие», является членом президиума республиканского совета ВОВ и ветеранов труда.

И.И. Местников – почетный гражданин Усть-Алданского улуса, Онерского и Курбусахского наслегов.

Многочисленные бывшие и нынешние коллеги, медицинская общественность республики сердечно поздравляют Ивана Ивановича со славным юбилеем и желают ему крепкого здоровья, бодрости духа и долгой плодотворной жизни.

Е.К. МАКСИМОВУ 60 ЛЕТ



12 февраля 2008 г. исполнилось 60 лет Максиму Егору Капитоновичу. Максимов Егор Капитонович родился 12 февраля 1948 г. в с. Мындагай Чурапчинского района Якутской АССР в крестьянской семье.

После окончания средней школы Максимов Е.К. работал плотником в Чурапчинском СУ, в 1967-1969 гг. прошел службу в Вооруженных силах СССР. Ему довелось служить в одном из основных управлений Главного штаба ЗабВО, где он прошёл большую интеллектуальную и воспитательную школу.

В 1970 г. поступил на медико-лечебный факультет Якутского госуниверситета. После успешного окончания вуза в 1976 г. был зачислен в клиническую ординатуру по хирургии при медицинском факультете ЯГУ.

За годы учёбы в школе, службы в армии, учёбы в вузе Максимов Е.К. отличался хорошей успеваемостью и прилежным поведением, активно занимался общественной работой и спортом. Два раза награждался значком ЦК ВЛКСМ – во время службы в армии и учёбы в вузе, был ленинским стипендиатом Якутского госуниверситета, секретарем комсомольской организации медицинского факультета ЯГУ, активным бойцом и командиром студенческого строительного отряда. За активное участие в движении ССО был награждён грамотой областного профсоюза.

В 1978 г. по окончании клинической ординатуры был направлен заведовать хирургическим отделением Усть-Майской центральной районной больницы в п. Солнечный. За годы работы в Усть-Майской ЦРБ (6 лет) показал себя грамотным и способным организатором хирургической помощи насе-

лению. За этот период хирургическая активность в районе выросла с 11 до 27%, заметно снизились послеоперационная летальность и осложнения, были внедрены новые хирургические методы лечения больных хирургического и травматологического профиля, успешно проводились сложные полостные операции. Максимовым Е.К. было проведено около 1200 операций, из которых более 800 полостных, в т.ч. 4 операции на сердце. В тот период резко снизилось число хирургических больных, направляемых из района в республиканские учреждения.

Организаторские способности Е.К. Максимова ярко проявились в годы работы главным врачом ЦРБ Усть-Майского района с 1986 по 1991 г. Накопившиеся проблемы в здравоохранении района потребовали новых подходов в их решении. В районе, одном из первых в республике, с привлечением организаций и ведомств была принята программа «Здоровье населения Усть-Майского района на 1986-1990 годы», которая предусматривала комплексный подход в решении вопросов здоровья и здравоохранения. Выполнение данной программы позволило снизить детскую смертность с 36 до 12,6% и устойчиво, в течение ряда лет, удерживать данный уровень, также в течение 5 лет не была допущена материнская смертность. Были налажены профилактический и периодический медицинские осмотры населения, в целях изыскания дополнительных средств одними из первых в республике были внедрены платные профосмотры рабочих промышленных предприятий. В результате комплексного решения социально-бытовых и производственных вопросов медицинских работников укомплектованность врачами выросла с 58 до 86%, среднего медперсонала – до 94-95%. Это способствовало активизации выездной работы врачей внутри района, приближению специализированной врачебной помощи к населению, своевременной диспансеризации, снижению общей заболеваемости и первичной инвалидности в районе.

Была проведена большая работа по укреплению материально-технической базы учреждений здравоохранения района. В 1987-1990 гг. были достигнуты самые большие в истории района объемы освоения капвложений:

построены врачебные амбулатории в рабочих поселках Аллах-Юнь, Звездочка, больницы в поселках Югоренок, Эльдикан, фельдшерские пункты в селах Эжанцы, Троицк, начато строительство больницы в п. Солнечный, проведен капитальный ремонт многих объектов здравоохранения.

Е.К. Максимов с 1992 по 1996 г. работал в Якутске заместителем генерального директора по медицине вновь созданного Республиканского медицинского информационно-аналитического центра Минздрава. За эти годы была проведена большая работа по компьютеризации медицинских учреждений республики. При его личном участии и руководстве разработаны и внедрены новые подходы и технологии организации медицинской помощи, оценки труда врачей и деятельности учреждений здравоохранения, ранжирования однотипных учреждений здравоохранения в зависимости от их потенциала и объема выполняемой работы, аттестации врачей и др. Разработаны основные подходы в организации страховой медицины, их институтов в республике. Эти разработки в последующем легли в основу диссертационной работы на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему «Социально-гигиеническое обоснование оптимизации медицинской помощи населению Республики Саха (Якутия) в современных условиях», успешно защищенной в 1999 г.

В 1997 г. Максимов Е.К. был назначен генеральным директором – главным врачом государственного санатория «Бэс Чагда» в Москве, где успешно проходят лечение и отдых десятки тысяч жителей Республики Саха (Якутия). За счет внедрения и применения современных лечебно-оздоровительных технологий повысилась экономическая и медицинская эффективность учреждения, создан высококвалифицированный конкурентоспособный на рынке санаторно-курортных услуг технический и кадровый потенциал. В течение последнего ряда лет около 90% годового объема финансирования санаторий получает от собственной деятельности.

Работа санатория «Бэс Чагда» за последние годы отмечалась дипломами и знаками Минздрава и Госдумы РФ, правительства и Комитета туриндустрии Московской области и Москвы.

Максимову Е.К. за большой вклад в развитие здравоохранения республики было присвоено почетное звание «Заслуженный работник народного

хозяйства Республики Саха (Якутия)», он является почетным гражданином с. Мындагай Чурапчинского улуса РС(Я).

Мы сердечно поздравляем Егора Капитоновича со славным юбилеем, желаем доброго здоровья, успехов в работе, благополучия и счастья!

Ассоциация хирургов Республики Саха (Якутия), однокурсники по медико-лечебному факультету ЯГУ (1970-1976 гг.)

ОРГАНИЗАТОР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В.И. СЕДАЛИЩЕВ (60 лет со дня рождения)



Василий Иннокентьевич Седалищев родился 11 февраля 1948 г. в с. Кюпцы Усть-Майского района Якутской АССР в семье учителя.

В 1976 г. окончил медико-лечебный факультет Якутского госуниверситета. Учтя желание молодого врача и ходатайство родного села, комиссия Министерства здравоохранения ЯАССР по распределению выпускников направила его работать главным врачом десятикочной Кюпской участковой больницы.

В то время среди населения с. Кюпцы была высокая заболеваемость инфекционным гепатитом, туберкулезом легких. Не решен был вопрос кадрового обеспечения участковой больницы. Василий Иннокентьевич активно взялся за решение самых актуальных вопросов. Основное внимание было уделено борьбе за санитарно-эпидемиологическое благосостояние села, школы, детских дошкольных учреждений и каждой семьи. За короткий срок больница была укомплектована медицинскими кадрами. За годы работы по его инициативе и при непосредственном руководстве построены прачечная, кухня, гараж, котельная больницы переведена в отдельное здание. В лечебном корпусе проведен капитальный ремонт. В годы работы Василия Иннокентьевича больница была оснащена современным медицинским оборудованием и стала одним из очагов санитарно-просветительной и культур-

но-массовой работы села. Коллектив больницы принимал активное участие в общественной жизни населения. Медицинские работники стали лучшими пропагандистами, политинформаторами, участниками художественной самодеятельности, субботников и всевозможных благотворительных акций.

В 1980 г. В.И. Седалищев как перспективный организатор здравоохранения назначается главным врачом Верхнеколымской центральной районной больницы. В районе он проводит активную работу по ранней диагностике заболеваний, оздоровлению населения, повышению качества медицинской помощи. Добивается строительства поликлиники, туберкулезного диспансера, молочной кухни. Было начато строительство Арылахской участковой больницы в каменном варианте.

В 1991 г. опытный руководитель здравоохранения В.И. Седалищев был назначен главным врачом ЦРБ родного Усть-Майского района. В районе В.И. Седалищев провел большую работу по внедрению новых технологий в лечебно-диагностической работе. Так, впервые в условиях района внедряются ультразвуковые и эндоскопические методы исследования, лазеротерапия.

В работу районного здравоохранения В.И. Седалищев ввел элементы программно-целевого планирования. Добивается принятия и внедрения районных целевых программ по защите здоровья населения. Активно ведется пропаганда здорового образа жизни. При этом акцент делается на повышение активности и ответственности широких слоев населения.

В эти годы было начато строительство типового здания Усть-Майской центральной районной больницы.

В.И. Седалищев в 1990 г. был избран народным депутатом Верховного Совета Якутской АССР XII созыва (1990-1993 гг.). В этот период в общественно-политической жизни республики произошли большие изменения,

определившие ее будущее. В этом историческом процессе В.И. Седалищев как народный избранник, депутат Верховного Совета Якутской АССР, организатор здравоохранения принял самое активное участие. Второй сессией Верховного Совета республики под председательством М.Е. Николаева 27.09.90 г. была принята «Декларация о государственном суверенитете Якутской-Саха ССР». 04.04.92 г. была принята Конституция (Основной закон) Республики Саха (Якутия), которая определила ее новый государственный статус в составе Российской Федерации. Был издан первый Указ первого президента Республики Саха (Якутия) М.Е. Николаева «О первоочередных мерах по совершенствованию здравоохранения Республики Саха (Якутия)» (1992). Одним из первых субъектов РФ был принят закон «Об охране здоровья населения Республики Саха (Якутия)» (1993). Были подготовлены основные нормативные документы по внедрению в республике системы обязательного медицинского страхования.

В.И. Седалищев со своими соратниками в Верховном Совете Якутской АССР провел большую работу по вопросам улучшения финансирования, укрепления материально-технической базы учреждений здравоохранения республики. Как врач, организатор здравоохранения и народный депутат вникал в нужды народа, многим оказал содействие в решении их насущных проблем. Василия Иннокентьевича Седалищева отличали простота, скромность и житейская мудрость в общении, напористость и воля в выполнении поставленных задач, дальновидность в решении проблемы.

С 2002 г. В.И. Седалищев работает заместителем генерального директора АНО ОСКУ «Якуткурорт». Как организатор санаторно-курортного дела В.И. Седалищев основное внимание уделяет организации восстановительного лечения, профилактике обострений хронических заболеваний,

укреплению и сохранению здоровья населения, укреплению материально-технической базы санаторно-курортных учреждений республики.

В.И. Седалищев награжден нагрудным знаком «Отличник здравоохранения Республики Саха (Якутия)», Почетными грамотами Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия), Рескома профсоюза медицинских работников республики, медалью «Ветеран труда», избирался де-

путатом Верховного Совета Якутской АССР XII созыва.

Василия Иннокентьевича сердечно поздравляем с юбилеем, желаем крепкого здоровья, успехов в работе, благополучия и счастья!

Администрация и профком АНО ОСКУ «Якуткурорт»

СЛОВО ПОЛЬЗОВАТЕЛЯМ «ЯКУТСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ЖУРНАЛА»

ЖУРНАЛ СТАЛ НАСТОЛЬНЫМ ПОСОБИЕМ ДЛЯ МНОГИХ ВРАЧЕЙ



«Якутский медицинский журнал» является первым периодическим и профессиональным изданием для работников медицинской науки и образования, лечебно-профилактических учреждений практического здравоохранения, санитарно-эпидемиологической и фармацевтической служб и

студентов медицинских учебных заведений. Журнал публикует много оригинальных статей, материалы по новым эффективным методам исследования, вопросам организации здравоохранения, здоровому образу жизни, профилактике. В каждом номере публикуются статьи по рубрикам «Передовая статья», «Актуальная тема», «Обмен опытом», «Юридические вопросы», «Страницы истории», а также рецензии и комментарии к публикуемым материалам.

За 5 лет «Якутский медицинский журнал», практически, стал настольным пособием для многих врачей. Журнал дает много полезной информации по профилактике, диагностике и лечению различных заболеваний, актуальным проблемам медицинской науки.

Журнал успешно справляется с поставленными целями и задачами:

доводит до читателей успехи и достижения медицинской науки нашей республики, Российской Федерации и зарубежных стран, ставит новые проблемы и обсуждает пути их решения. Способствует формированию научного клинического мировоззрения научных работников, практических врачей, активно пропагандирует принципы научно обоснованной медицинской практики.

Медицинские работники Якутского республиканского онкологического диспансера являются постоянными читателями и авторами «Якутского медицинского журнала» и надеются на дальнейшее активное сотрудничество.

Поздравляем коллектив Якутского медицинского журнала с 5-летним юбилеем и желаем дальнейших творческих успехов, новых интересных выводов и новых достижений!

П.Д. Каратаев – отличник здравоохранения РС (Я) и РФ, гл. врач Республиканского онкологического диспансера

ЖУРНАЛ СТАЛ ДРУГОМ И ПОМОЩНИКОМ ВРАЧЕЙ



Мы уже успели привыкнуть к молодому, но уже привлекающему пристальное внимание и интерес достаточно популярному изданию «Якутский медицинский журнал». С момента выхода журнал органично вошел в нашу профессиональную жизнь, освещая ключевые вопросы региональной, отраслевой системы организации здравоохранения, полноценно раскрывая новые научные направления и подходы к клинике, лечению и диагностике различных заболеваний, журнал стал другом и помощником врачей.

Конечно же, весомость профессиональному журналу придают такие разделы, как «Оригинальные статьи», «Обмен опытом», «Случай из практики». Материалы на исторические темы, статьи о наших выдающихся медиках республики обогащают врача, расширяют его кругозор. Работать для профессионального и взыскательного читателя – большая ответственность и честь и редакция успешно справляется с этим.

Пятилетие журнала – это наша общая радость. Давайте поздравим друг друга с этим событием.

В.С. Попов – засл. врач РФ, зам. ген. директора РБ №1-НЦМ

«ЯКУТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ» – ОТ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ДО СТУДЕНТА

«Якутский медицинский журнал» как профессиональное издание для работников медицинской науки и образования, лечебно-профилактических учреждений практического здравоохранения мы знаем с выхода его первого номера, ибо редколлегией «Якутского медицинского журнала» Якутский базовый медицинский колледж с самого начала был включен в перечень учреждений для обязательной бесплатной рассылки журнала.

Нам, работникам библиотеки ЯБМК, понравилось, что журнал ставит перед собой цель – заполнить информационное поле медицинской науки и практики Республики Саха (Якутия) и сделать его доступным для пользователя. При этом «Якутский медицинский журнал» помимо работников медицинской науки и практического здравоохранения предназначается и для студентов медицинских учебных заведений, что весьма важно как один из путей получения доступной и достоверной ин-

формации по здравоохранению, медицинской науке и образованию республики.

Читатели нашей библиотеки – учащиеся и преподаватели медицинских дисциплин колледжа проявляют постоянный интерес к таким актуальным рубрикам, как «Статистические материалы», «Официальная информация», «Советы. Консультации. Рекомендации», «В помощь практическому врачу», «Обмен опытом», «Случай из практики». Эти материалы широко используются в написании рефератов, выполнении научно-исследовательской работы, проведении студенческих конференций и на педагогических советах. Одним из видов обратной связи с журналом стали статьи наших преподавателей в рубриках: «Организация здравоохранения, медицинской науки и образования», «Страницы истории», «Здоровый образ жизни. Профилактика» и т.д.



В читальном зале общежития ЯБМК. Справа – первая зав. библиотекой К.Г. Иванова

Журнал помогает преподавателям быть в гуще событий практической и научной медицины республики, дает полную информацию по актуальным направлениям здравоохранения, поэтому интерес к журналу не ослабевает.

Мы желаем «Якутскому медицинскому журналу» дальнейшего совершенствования и развития. Наши пожелания – чтобы на страницах «Якутского медицинского журнала» было больше материалов по здоровому образу жизни.

*К.Г. Иванова – зав. библиотекой
Якутского базового медицинского колледжа*

ПОЗДРАВЛЯЮ С ЮБИЛЕЕМ!



Исполнилось 5 лет со дня выхода «Якутского медицинского журнала» – это знаменательное событие для медицинской и научной общественности не только нашей республики, но и России. Журнал очень содержательный, хорошо иллюстрирован. В нем отражены основные вопросы, необходимые для научного работника и практического врача. Большим достижением редакции журнала является то, что он включен в Перечень ведущих рецензируемых научных изданий ВАК. Это дает возможность врачам аспирантам

и соискателям печатать диссертационные материалы у нас в Якутии. Без опубликования диссертационных материалов в рецензируемых журналах работа не принимается к защите.

Я высоко оцениваю публикации журнала. Считаю, что журнал стал настольным, руководством для врачей, специалистов, научных работников и всех, кто интересуется вопросами теоретической и практической медицины и высшего медицинского образования. Желаю редакции журнала дальнейших творческих успехов!

*К.Г. Башарин -
д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РС (Я),
зав. кафедрой анатомии МИ ЯГУ им. М.К. Аммосова*

ИНТЕРЕС К ЖУРНАЛУ БОЛЬШОЙ

Для преподавателей и студентов Якутского базового медицинского колледжа «Якутский медицинский журнал» за 5 лет его выхода стал весьма востребованным как профессиональное периодическое издание, которое мы не только читаем, но и где публикуем наши материалы.

Журнал, на наш взгляд, интересен и имеет спрос, поскольку на своих страницах публикует материалы по результатам научно-исследовательских работ, вопросам организации здраво-

охранения, медицинской науки и образования регионального характера. Поэтому эти материалы используются нами в качестве регионального компонента как в научно-методической, так и в преподавательской работе. Кроме того, в качестве учебного и методического материала представляют определенный интерес статьи, опубликованные в рубриках «Здоровый образ жизни», «Профилактика», «Актуальная тема», «Научные обзоры и лекции», «Статистические материалы», «Страницы истории» и т.д.

В «Якутском медицинском журнале» в 2003-2006 гг. был опубликован ряд материалов наших преподавателей, посвященных не только юбилейным датам, но и вопросам реформирования сестринского дела в республике, анализу работы Центра повышения квалификации средних медицинских работников и т.п.

Журнал по доступности, разносторонности и информативности публикуемых материалов стал связующим звеном между медицинской наукой, образованием и практическим здравоохранением республики. Он стал желанным на книжных полках библиотек медицинских научных учреждений, образовательных заведений, практическим пособием для врачей, вспомогательным материалом для студентов.

Большим достижением редколлегии «Якутского медицинского журнала» и его авторов, безусловно, является то, что он стал рецензируемым изданием, включенным в перечень ВАК. В связи с этим желаем нашему журналу дальнейших творческих успехов, больше активных авторов и постоянных пользователей.



Студенты ЯБМК изучают историю сестринского дела. В центре - преподаватель Н.И. Ядреева

Н.И. Ядреева – к.м.н., доцент кафедры сестринского дела МИ ЯГУ, зам. директора ЯБМК

ИНТЕРВЬЮ НА ТЕМУ ДНЯ

Пользователям «Якутского медицинского журнала» ответственным секретарем журнала д.м.н. В.П. Николаевым было задано несколько вопросов:

1. Когда Вы впервые узнали о «Якутском медицинском журнале» и стали его читателем или автором?

2. Какой (им) рубрике (ам) «Якутского медицинского журнала» Вы отдаете предпочтение и почему (по каким критериям)?

3. Какие научные статьи вызвали интерес и привлекли Ваше внимание и почему?

4. Какие материалы, посвященные практическому здравоохранению, Вам понравились и почему (по каким критериям)?

5. Ваши замечания, предложения и пожелания работе редакции «Якутского медицинского журнала».

Ниже мы приводим ответы активных пользователей «Якутского медицинского журнала» на наши вопросы.

Старостин Василий Петрович – гл. врач ГУ «Республиканский детский туберкулезный санаторий им. Т.П. Дмитриевой», организатор здравоохранения высшей квалификационной категории.

1. Впервые «Якутский медицинский журнал» я взял в руки в 2003 г., когда работал главным врачом Хатасского центра реабилитации и традиционных методов лечения РБ №1-НЦМ, и в том же году в четвертом номере журнала



в рубрике «Обмен опытом» был опубликован наш материал «Реабилитация детей с детским церебральным параличом методом кондуктивной педагогики».

2. Предпочтение отдаю рубрике «Переодовая статья», в которой публикуются аналитические и обзорные материалы республиканского здравоохранения и ставятся перспективные проблемы. Далее рубрики «Обмен опытом» «Советы. Консультации. Рекомендации», материалы которых интересны и полезны тем, что они имеют сугубо практическое значение.

3. Мне как педиатру интересны статьи по вопросам детского здоровья, особенно посвященные профилактике, выявлению и лечению заболеваний у детей в условиях Крайнего Севера. Конечно же, по роду деятельности в настоящее время внимание обращаю на статьи по проблеме туберкулеза в республике. Это статьи А.Ф. Кравченко, М.А. Тырылгина и др.

4. Это, безусловно, ряд материалов, опубликованных в рубриках «Обмен опытом», «В помощь практическому врачу». Большой интерес вызывает серия статей профессора Д.Г. Тихонова в рубрике «Точка зрения».

5. Хотелось бы на страницах журнала увидеть материалы о работе лечебно-профилактических учреждений сельского звена здравоохранения. Кроме того, желательна и полезна была бы публикация материалов о деятельности отдельных служб здравоохранения и главных специалистов Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия).

Третьякова Варвара Алексеевна – врач-терапевт Среднеколымской районной больницы им. С.И. Мицкевича, врач высшей категории, заслуженный врач РС (Я), Почетный гражданин г. Среднеколымска.



1. С интересом слежу за каждым поступающим в больницу номером «Якутского медицинского журнала».

Используя «Правила оформления статьи», напечатанные в № 1 2003 г., опубликовала 2 материала в рубрике «Случай из практики».

Первая моя публикация в № 4 (8) 2004 г. «Купирование приступа фибрилляции предсердия, возникшего при поражении электроток» с коммен-

тарием Т.Ю. Томской, к.м.н., главного внештатного кардиолога МЗ РС (Я), зав. кардиологическим отделением РБ №1-НЦМ, была отмечена почетной грамотой «Якутского медицинского журнала» как победитель в номинации «Активный автор «ЯМЖ» – врач сельского звена здравоохранения» за 2004 г., подписанной главным редактором журнала д.м.н., профессором А.И. Ивановым.

Вторая статья «Операция ушивания ранения уха правого предсердия, проведенная в условиях районной больницы» опубликована в № 1 (17) 2007 г. в рубрике «Случай из практики».

2. Стараюсь не пропускать материалы, опубликованные в рубриках «Точка зрения» и «Страницы истории». Занимаюсь историей Среднеколымской районной больницы, здравоохранения Колымского края. В издательстве «Бичик» в 2004 г. издана моя книга «История развития здравоохранения Среднеколымского улуса в 1817-2000 годы». К 190-летию здравоохранения Колымы мною подготовлено юбилейное издание «190 лет Среднеколымской районной больницы (1817-2007)», вышедшее в 2007 г. в ОАО «Медиа-холдинг «Якутия»».

3. Очень интересные статьи К.И. Иванова «Клинико-эпидемиологическая ситуация сердечно-сосудистых заболеваний в Республике Саха (Якутия) в №4 (20) 2007 г., А.А. Мартынова «Жеребятина в питании населения: экологический контроль» № 4 (8) 2004 г., Д.Г. Тихонова «Почему мы любим свою Родину? Роль инстинкта и разума в патриотических стремлениях» №1 (17) 2007 г., А.Н. Романовой «Атеросклероз коронарных артерий и частота основных факторов риска у мужчин якутской национальности с ишемической болезнью сердца» № 3 (15) 2006 г.

4. Это материалы, опубликованные в рубриках «Случай из практики», «В по-

мощь практическому врачу». «Здоровый образ жизни. Профилактика».

5. Хотелось бы видеть больше информации из районных больниц, практических рекомендаций ведущих специалистов.

Аргунов Семен Семенович – зам. главного врача по ОМР ГУ РЦМК, врач высшей квалификационной категории по организации здравоохранения.



1. При посещении ЯНЦ Николаев В.П. вручил мне номера «Якутского медицинского журнала». Это было в 2004 г. Там была и наша статья о санитарной авиации.

2. «Организация здравоохранения, медицинской науки и образования», «Точка зрения», «Экономика здравоохранения», «Наши юбиляры».

3. Все статьи по организации здравоохранения, истории здравоохранения Якутии (200-летие), статья Николаева В.П. о истории развития здравоохранения и общественного здоровья, о съездах медицинских работников и т.д.

4. Все статьи по организации здравоохранения и истории медицины Якутии.

5. Освещение вопросов практического здравоохранения, первичного звена.



ОБЪЯВЛЕНИЯ. ИНФОРМАЦИЯ

УКАЗАТЕЛЬ МАТЕРИАЛОВ,
ОПУБЛИКОВАННЫХ В «ЯКУТСКОМ
МЕДИЦИНСКОМ ЖУРНАЛЕ» В 2007 г.**Передовая статья***Иванов К.И.*

Клинико-эпидемиологическая ситуация сердечно-сосудистых заболеваний в Республике Саха (Якутия) - 4(20)' 07 - 4-10

Петров В.С., Попов В.С.

Роль Республиканской больницы №1-НЦМ в оказании высокотехнологичных видов медицинской помощи населению Республики Саха (Якутия) (15 лет на медицинской карте Якутии) - 1(17)' 07 - 4-15

Петрова П.Г., Пальшин Г.А.

К пятидесятилетию высшего медицинского образования и науки в Якутии - 3(19)' 07 - 4-8

Сидоров А.С.

Больница №1 Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия) - 2(18)' 07 - 4-6

Оригинальные исследования*Александрова С.Л.*

Хеликобактериоз у детей в регионе Якутии - 3(19)' 07 - 21-23

Аргунов В.А., Павлова Т.Ю., Филиппова Р.Д.

Оценка полноценности рубца на матке после кесарева сечения: морфологические аспекты - 2(18)' 07 - 18-20

Аргунов В.А., Иннокентьева А.С., Индева Л.Д.

Клинико-морфологическая характеристика вирусного гепатита С в Якутии - 3(19)' 07 - 29-31

Бурнашев В.Н., Аргунов В.А., Емельянова Э.А., Сафонова С.Л., Егорова Г.А.

Клинико-эндоскопическая и морфологическая характеристика хронического гастрита в динамике - 4(20)' 07 - 33-36

Винничук С.А., Аргунов В.А.

Распространенность атеросклероза сонных артерий у коренного и некоренного населения г. Якутска - 1(17)' 07 - 29-32

Винокуров М.М., Савельев В.В., Аммосов В.Г.

Результаты применения малоинвазивной и эндоскопической техники в комплексном лечении острого билиарного панкреатита - 4(20)' 07 - 13-15

Гольдерова А.С., Захарова Ф.А.

Состояние иммунного статуса больных с отморожениями в РС (Я) - 3(19)' 07 - 26-28

Данилова А.П., Сивцева Т.М., Платонов Ф.А., Николаева Т.Я.

Дифференциальная диагностика хронической формы виллюозного энцефаломиелита - 4(20)' 07 - 25-28

Егорова А.Г., Софронова С.И.

Медико-социальные аспекты здоровья сельского трудоспособного населения в условиях Крайнего Севера - 3(19)' 07 - 9-11

Жиркова В.В., Григорьева Л.В., Федорова С.А., Ноговицына А.Н., Сухомясова

А.Л., Максимова Н.Р., Хуснутдинова Э.К.

Молекулярно-генетический анализ аутосомных микросателлитов, используемых при судебно-генетической экспертизе в популяциях Якутии - 4(20)' 07 - 13-15

Кривошапкина З.Н., Миронова Г.Е., Олесова Л.Д., Яковлева А.И., Софронова С.И., Захарова Ф.А.

Частота дислипидемий среди населения Якутии - 3(19)' 07 - 24-26

Курбатова Т.Н.

Особенности морфологической картины и иммунного статуса больных в зависимости от клинического течения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки - 1(17)' 07 - 24-26

Курбатова Т.Н.

Особенности клинического течения язвенной болезни в зависимости от степени тяжести заболевания у работников угольной промышленности в условиях Крайнего Севера (на примере предприятий ОАО ХК «Якутуголь») - 3(19)' 07 - 12-15

Лоскутова К.С., Аргунов В.А.

Морфометрическая характеристика слизистой желудка при НР-ассоциированном гастрите у населения Якутии - 2(18)' 07 - 12-15

Лугинова Е.Ф.

Методика превентивного лечения детей, инфицированных лекарственно-устойчивыми штаммами микобактерий туберкулеза и с проявлениями иммунобиологических нарушений - 1(17)' 07 - 16-20

Максимова Н.Р., Ноговицына А.Н., Сухомясова А.Л., Гуринова Е.Е., Алексеева С.П.

Клинические и молекулярно-генетические аспекты наследственного нанизма у якутов с мутацией в гене CUL7 - 2(18)' 07 - 6-9

Мунхалова Я.А.

Современные представления об инфекции органов мочевой системы у детей - 3(19)' 07 - 17-19

Некрасова А.М., Севостьянова Н.В., Хлусов И.А., Жерлов Г.К., Новицкий В.В.

Полиморфизм генов ферментов 2-й фазы детоксикации ксенобиотиков у больных злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта - 4(20)' 07 - 30-33

Николаева И.А., Максимова Н.Р., Николаева Т.Я., Пузырев В.П.

Делеционный полиморфизм гена рецептора хемокина 5 и риск развития рассеянного склероза в Якутии - 2(18)' 07 - 10-12

Николаева И.А., Бабенко С.А., Максимова Н.Р., Пузырев В.П.

Сравнительный анализ полиморфных вариантов генов предрасположенности к рассеянному склерозу у славян и якутов - 4(20)' 07 - 21-25

Николаева Т.И., Иванов П.М., Гурьева З.Д., Мигалкина Т.А.

Выявляемость болезней молочной железы в условиях специализированной поликлиники - 2(18)' 07 - 21-23

Николаева Т.И., Иванов П.М.

Динамика и прогноз заболеваемости раком молочной железы в Республике Саха (Якутия) - 4(20)' 07 - 28-30

Миронова Г.Е., Кривошапкина З.Н., Чибыева Л.Г., Тихонова Н.Н.

Состояние перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты у больных вирусными гепатитами - 10-13

Пальшин Г.А., Васильев С.П., Павлов Р.Н., Индеев И.И., Колосов А.В., Лонин С.Н.

Новая методика оперативного лечения переломов шейки и остеоэпифизиолиза головки лучевой кости у детей - 1(17)' 07 - 27-29

Платонова Н.А., Степанова А.Д.

Морфофункциональная характеристика организма детей РС (Я) - 3(19)' 07 - 15-17

Радь Я.Г., Борисова Е.А., Аргунова А.А., Колесова О.М., Бадмажапова Н.Ю.

Особенности преморбидного фона у женщин молодого возраста с диагностированной миомой матки - 1(17)' 07 - 21-24

Савин Р.Г.

Изучение иммуногенетического маркера HLA у больных гепатитом В в якутской популяции - 3(19)' 07 - 31-33

Слепцова Н.М., Котляров П.М., Аржакова В.И.

Анализ частоты осложнений и неблагоприятных исходов при внебольничных пневмониях у коренного и приезжего населения Якутии по данным лучевой диагностики - 4(20)' 07 - 36-39

Ханды М.В., Егорова В.Б.

Диагностические критерии компьютерной бронхографии при заболеваниях органов дыхания у новорожденных - 3(19)' 07 - 19-20

Харченко В.Л., Слепцова Н.М., Котляров П.М., Аргунов В.А.

О рентгенологической картине внебольничных пневмоний в условиях Якутии - 2(18)' 07 - 16-18

Методика исследования

Сидорова О.Г., Кононова С.К., Сухомясова А.Л., Хуснутдинова Э.К.

Проблемы пренатального медико-генетического консультирования моногенных болезней с динамическими мутациями в Якутии - 1(17)' 07 - 33-35

Тимофеев В.П.

Диагностика и лечение методом остеопатии и прикладной кинезиологии - 1(17)' 07 - 36-38

Организация здравоохранения, медицинской науки и образования

Александров В.Л.

От съезда к съезду: развитие и перспективы здравоохранения - 3(19)' 07 – 34-35

Алексеев В.П.

С благодарностью первым преподавателям медико-лечебного факультета Якутского госуниверситета - 1(17)' 07 – 40-41

Васильева О.Л., Попова З.П., Местникова С.И.

О реализации блока национального проекта «Здоровье» «Подготовка и переподготовка врачей общей практики, врачей-терапевтов участковых и врачей-педиатров участковых» в МУ ЯГБ №4 - 3(19)' 07 – 36-38

Козлов С.В.

Формирование эффективной модели деятельности службы судебно-медицинской экспертизы при проведении экспертизы по случаям дорожно-транспортных происшествий - 3(19)' 07 – 38-40

Колодезникова Е.Д., Местникова С.И.

У истоков высшего медицинского образования в Якутии - 1(17)' 07 – 41-43

Махарова Н.В., Шарин Д.И., Пинигина И.А., Вережкина Н.Н.

Основные направления развития спортивной медицины в Республике Саха (Якутия) - 2(18)' 07 – 24-27

Николаев В.П.

Из предыстории высшего медицинского образования в Якутии - 1(17)' 07 - 38-39

Семенов П.А., Николаев В.П.

География закрепления выпускников МЛФ (МИ) ЯГУ в лечебно-профилактических учреждениях республики - 2(18)' 07 – 29-32

Сидоров А.С.

Вопросы организации гериатрической службы в Республике Саха (Якутия): состояние и перспективы - 2(18)' 07 – 27-29

Тарабукина С.М.

Льготное лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан в Республике Саха (Якутия) – 4 (19)' 07 – 39-42

Ядреева Н.И., Семенова Л.В., Протопопова М.М.

Подготовка средних медицинских кадров в рамках национального проекта «Здоровье» - 2(18)' 07 - 32-33

Здоровый образ жизни. Профилактика

Ерофеевская Л.А., Чернявский В.Ф.

Циркуляция микроорганизмов в городской экосистеме - 2(18)' 07 – 34-35

Иванов И.А.

Ещё раз о здоровом образе жизни с точки зрения психиатра - 4(20)' 07 – 45-46

Кривошапкин В.Г., Курбатова Т.Н.

Изучение показателей качества жизни больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в зависимости от клинического течения - 3(19)' 07 – 41-44

Махарова Н.В., Пинигина И.А., Захарова А.А., Донская А.А., Семенова Е.И.

Структурно-функциональные изменения

сердечно-сосудистой системы при занятиях спортом - 3(19)' 07 – 44-46

Николаев В.П., Матвеева Н.П.

Акция школьников «Мой мир, где не будет места алкоголю» - 2(18)' 07 – 33-34

Павлов А.В.

Автомобильный травматизм по вине нетрезвых водителей: проблемы и пути их решения - 1(17)' 07 – 44-45

Попова А.С., Соловьева М.И., Васильев Е.П., Окоёмов Н.В.

Влияние водного экстракта брусники на степень антиоксидантной защиты организма больных пневмонией - 4(20)' 07 – 43-44

Гигиена, санитария, эпидемиология и медицинская экология

Ерофеевская Л.А.

Санитарно-экологическая оценка почв экосистемы г. Якутска - 1(17)' 07 – 48-49

Ерофеевская Л.А.

Санитарно-бактериологический контроль пищевой продукции - 2(18)' 07 – 37-39

Ерофеевская Л.А., Чернявский В.Ф., Антонов Н.А., Литвинова Л.Н.

Методологический и методический подходы при микробиологических исследованиях снежных покровов в северных широтах - 2(18)' 07 – 39-41

Иванова Л.Г., Никифоров О.И., Чернявский В.Ф., Антонов Н.А.

О состоянии заболеваемости и выявляемости лямблиоза в РС (Я) - 3(19)' 07 – 46-47

Олесова Л.Д., Миронова Г.Е., Захарова Ф.А.

Микроэлементный статус населения села Тит-Ары РС (Я) –3(19)' 07 - 47-49

Прокопьева С.И.

Характер и особенности питания детей первого года жизни в условиях РС (Я) – 3(19)' 07 - 49-50

Теленков С.С., Егорова В.С., Ушкарев В.В.

Краткая характеристика физических факторов на производственных объектах в Якутии - 2(18)' 07 - 35-37

Хлусов И.А., Некрасова А.М., Севостьянова Н.В., Чухнова Д.Л., Жерлов Г.К., Коломиец С.А.

Лабораторные показатели как патогенетические маркеры прогрессирования рака пищеварительного тракта - 4(20)' 07 – 46-51

Чернявский В.Ф., Егоров И.Я., Теленков С.С., Тяптырганова В.М., Будацыренова Л.В., Никифоров О.И., Антонов Н.А.

Концептуальное, нормативное и научно-методическое обеспечение в деятельности единой системы санитарно-эпидемиологического надзора в Республике Саха (Якутия) - 1(17)' 07 – 45-47

Трибуна главного специалиста

Лугинова Е.Ф.

Туберкулез у детей и подростков: комплексный подход в решении проблемы - 2(18)' 07 – 74-76

Кравченко А.Ф.

Проблемы организации борьбы с туберкулезом в Якутии –1(17)' 07 - 50-51

Актуальная тема

Данилова А.П., Платонов Ф.А.

Наиболее значимые факторы риска у больных хроническими формами виллозного энцефаломиелита - 1(17)' 07 – 52-53

Егорова А.Г., Уварова Т.Е., Саввина М.С.

Основные тенденции и региональные особенности воспроизводства населения трудоспособного возраста Республики Саха (Якутия) за 15 лет (1990-2005 гг.) - 2(18)' 07 – 42-44

Иванов И.А.

Что мы знаем о самоубийствах? Смерть вдвоём - 3(19)' 07 – 54-57

Линева З.Е., Зорина С.П.

Критерии прогнозирования инвалидности по туберкулезу легких - 3(19)' 07 – 52-54

Тимофеева Н.А., Ушницкий И.Д.

Клинико-статистический анализ кариеса зубов у детей дошкольного возраста и школьников Центральной Якутии - 3(19)' 07 – 51-52

Тырылгин М.А.

Новый этап развития противотуберкулезной помощи населению Республики Саха (Якутия) - 2(18)' 07 – 44-47

Шамов И.А.

Нанотехнологии, биозтика и биомедицинская этика - 4(20)' 07 – 51-56

Обмен опытом

Горохова З.П., Мучина Е.Г.

Гериатрический центр больницы №1 Минздрава Республики Саха (Якутия): сочетание науки и практики - 2(18)' 07 – 52 - 53

Попова Л.А., Васильев А.И., Федосеева А.К., Степанов Н.П., Семенов Д.Н.

Метод временного внутрисосудистого шунтирования при операциях на сонных артериях - 2(18)' 07 – 47

Попова Л.А., Васильев А.И., Федосеева А.К.

Хирургическое лечение стенозов сонных артерий - 2(18)' 07 – 47-48

Попова Л.А., Степанов Н.П., Васильев А.И., Федосеева А.К.

Хирургическое лечение двусторонних окклюзионно-стенотических поражений сонных артерий - 1(17)' 07 – 53-54

Попова Л.А., Захаров П.И., Васильев А.И., Федосеева А.К., Павлов И.А.

Анализ атеросклеротического поражения сонных артерий среди населения РС (Я) - 4(20)' 07 – 57-59

Сивцев В.В.

Лимфофиброматоз наружных половых органов: клинические методы обследования больных - 4(20)' 07 – 56-57

Скрябин Н.А., Павлова Т.Д., Алексеева А.В., Ноговицына А.Н., Сухомясова А.Н.

Республиканский генетический регистр медико-генетической консультации ПЦ РБ №1-Национального центра медицины: сведения о пациентах с синдромами, связанными с патологией половых хромосом

- 2(18)' 07 – 48-52

Официальная информация

Решения итоговой за 2006 г. коллегии Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия) – 2(18)' 07 -53- 56

Научные обзоры и лекции

Иванов И.А.

Депрессия и её формы, причины, механизмы возникновения, клинические особенности и методы лечения – 4 (20)' 07 – 61-67

Кононова С.К.

Этико-правовые аспекты генетического тестирования: обзор международных документов - 2(18)' 07 – 57 – 60

Николаева Л.А., Бурцева Т.Е., Часнык В.Г.

Современные представления об этиологии и первичной профилактике эссенциальной артериальной гипертензии - 3(19)' 07 – 57-59

Чукунова С.А., Николаева Т.Я., Фарфонова Е.Н.

Геморрагический инсульт: современное состояние проблемы и перспективы изучения - 2(18)' 07 – 60- 63

Яковлева С.Я., Бурцева Т.Е., Часнык В.Г.

Эпидемиология и клинические проявления неклассических форм врожденной дисфункции надпочечников - 4(20)' 07 – 59-61

Экономика здравоохранения

Васильева Р.С., Максимова М.С.

Финансовые ресурсы системы здравоохранения РС (Я) - 3(19)' 07 – 59-63

Ноговицына А.Н., Бурцева Е.И., Максимова Н.Р., Федоров С.П., Сухомясова А.Л., Федорова С.А., Кононова С.К.

Социально-экономический ущерб от наследственных болезней в РС (Я) –3(19)' 07 - 64-66

Тимофеев Л.Ф.

Финансовое обеспечение здравоохранения Республики Саха (Якутия) в 2005

году - 4(20)' 07 – 67-68

Точка зрения

Александров Р.И.

Некоторые проблемы ресурсного обеспечения отрасли здравоохранения РС (Я) – 3 (19)'07 – 69-72

Тихонов Д.Г.

Почему мы любим свою Родину? Роль инстинкта и разума в патриотических стремлениях - 1(17)' 07 – 54- 59

Тихонов Д.Г.

Геополитика и Российский Север: вахтовый метод и постоянное население Севера - 2(18)' 07 – 64- 67

Тихонов Д.Г.

К вопросу о повышении качества подготовки врачей системы первичной медицинской помощи на Крайнем Севере - 3 (19)'07 – 67-69

Тихонов Д.Г.

Мегапроекты и трудовая миграция в Республику Саха (Якутия) - 4 (20)'07 – 69-71

Из хроники событий года

- 1 (17)'07 – 59 – 62; 2 (18)'07 – 67-71; 3 (19)' -73- 75; 4 (20)' – 72-74

Случай из практики

Третьякова В.А.

Операция ушивания ранения уха правого предсердия, проведенного в условиях районной больницы –1 (17)'07 - 62-63

Петрова М.Н., Васильева С.А., Тимофеева А.В., Слепцова А.А., Унарова Е.Н.

Врожденный пузырно-мочеточниковый рефлюкс у взрослого в практике врача-терапевта - 2 (18)'07 – 71-73

Страницы истории

Гостхоржевич Е.Я.

Записки эпидемиолога (моя жизнь) (продолжение) - 1 (17)'07 - 64-70

Гостхоржевич Е.Я.

Записки эпидемиолога (моя жизнь)

(окончание) - 2 (18)'07 - 78 – 81

Захарова О.Г.

Здравоохранению Жиганского улуса 80 лет - 3 (19)'07 - 76 -78

Николаев В.П.

Ликвидация трахомы в Якутской АССР - 1 (17)'07 - 70 -72

Об организации медицинского института в Якутской республике - 3 (19)'07 - 75

Николаева Т.Я.

М.П. Гоголев – основоположник нейрохирургии в Якутии - 3 (19)'07 - 78 - 80

Тарасова А.И.

Военно-полевой хирург Брыскаев Дмитрий Титович - 2 (18)'07 - 77-78

Рецензия

Николаев В.П.

Алквиад – имя благородное - 4 (20)'07 – 82 - 84

Память

Семёнов С.И.

Памяти учителя - 4 (20)'07 – 75

Наши юбиляры

Академику РАМН В.П. Пузыреву 60 лет - 4 (20)'07 – 79- 80

Алексеев Василий Прокопьевич - 1 (17)'07 – 73 – 75

Владимирцев Всеволод Афанасьевич - 1 (17)'07 – 75

К 10-летию Консультативной поликлиники Педиатрического центра Республиканской больницы №1-НЦМ - 4 (20)'07 – 76- 78

Михаил Иванович Воевода (к 50-летию со дня рождения) - 4 (20)'07 – 80 – 81

Р.С. Тазловой 80 лет - 3 (19)'07 – 80

Ф.А. Платонов – 55 лет со дня рождения - 4 (20)'07 – 81 – 82

Объявления. Информация – 1 (17)' 07

– 76; 2 (18)' 07 – 82-84



ОБЪЯВЛЕНИЯ. ИНФОРМАЦИЯ

**Государственное учреждение
Якутский научный центр Сибирского отделения
Российской академии медицинских наук**

Межрегиональная научно-практическая конференция

**«СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ В АРКТИЧЕСКОМ РЕГИОНЕ РОССИИ:
ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ И ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ»**

Дата: 19 июня 2008 года

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в работе Межрегиональной научно-практической конференции.

Место проведения:

г. Якутск Республика Саха (Якутия), РБ №1 – НЦМ, конференц-зал

Организаторы конференции:

- Якутский научный центр Сибирского отделения РАМН
- Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия)
- Республиканская больница №1 - Национальный центр медицины
- Федеральное государственное научное учреждение «Институт здоровья»
- Медицинский институт Якутского государственного университета им. М.К. Аммосова

Направления конференции:

1. Эпидемиология, патогенез и клиника сердечно-сосудистых заболеваний: климато-географические и этнические особенности.
2. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и их профилактика у детского и взрослого населения.
3. Современный взгляд на атеросклероз и заболевания, им обусловленные: особенности клинических проявлений и профилактики.
4. Новые медицинские технологии в превентивной и практической кардиологии.

ВАРИАНТЫ УЧАСТИЯ В КОНФЕРЕНЦИИ

- устное выступление;
- стендовый доклад;
- заочное участие (публикация тезисов).

Публикация тезисов бесплатная.

УСЛОВИЯ УЧАСТИЯ В КОНФЕРЕНЦИИ

Для участия в конференции тезисы и заявки для устных и стендовых докладов необходимо выслать **до 15 апреля 2008 г.** по электронной почте с пометкой «Конференция 2008» в поле «Тема» (E-mail: tuyarastar@mail.ru, ysc@sakha.ru), или в адрес оргкомитета на дискете 3,5" (677019, г. Якутск, Сергеляхское шоссе д. 4, блок С1-01, Якутский научный центр СО РАМН, научно-организационный отдел):

Внимание! Тезисы, оформленные с нарушением требований, а также присланные по факсу, рассматриваться не будут. Оргкомитет оставляет за собой право опубликования в сборнике материалов конференции.



ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ТЕЗИСОВ:

- Текст должен быть набран в редакторе **WinWord**;
- Объем тезисов не более 1 страницы формата А 4 (297x210);
- Поля 2 см со всех сторон;
- Шрифт Times New Roman (Cyr) – 12 пт;
- Межстрочный интервал – 1,0;
- Название приводится в первой строке **ПРОПИСНЫМИ БУКВАМИ** полужирным шрифтом. На следующей строке приводятся инициалы и фамилии авторов, ниже название организации и город, выделяемые курсивом;
- Название файла – фамилия первого автора, расширение doc или rtf. Недопустимы названия типа «статья», «тезис» и т.д., файлы могут быть утеряны при копировании!

ПРИМЕР ОФОРМЛЕНИЯ ТЕЗИСА:**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДИСЛИПИДЕМИИ У КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ ЯКУТИИ**Н.И.Иванов¹, А.О.Петров²¹Название института (организации), город²Название института (организации), город**ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ В КОНФЕРЕНЦИИ:**

1. Участник (фамилия, имя, отчество) _____
2. Должность, ученая степень, звание _____
3. Организация _____
4. Форма участия:
 - публикация тезиса и выступление с докладом;
 - только публикация тезиса;
 - публикация тезиса и выступление со стендовым докладом.
5. Направление конференции _____
6. Контактный телефон _____
7. E-mail _____
8. Необходимость в гостинице
да _____, нет _____

Оргкомитет

677019, г. Якутск, Сергеляхское шоссе д.4, блок С1-01, Якутский научный центр Сибирского отделения РАМН
 Научно-организационный отдел: тел. (4112)39-55-48, телефон/факс (4112)32-19-81 – Старостина Туйаара Прокопьевна
 Отдел эпидемиологии хронических неинфекционных заболеваний: тел. (4112)39-55-49 Яковлев Роман Васильевич
E-mail: tuyarastar@mail.ru, ysc@sakha.ru



ВНИМАНИЮ АВТОРОВ

Правила оформления статьи

При направлении статьи в редакцию «Якутского медицинского журнала» необходимо соблюдать следующие правила, которые находятся в соответствии с «Едиными требованиями к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы»:

1. Статья должна сопровождаться официальным направлением учреждения, в котором выполнена работа, и визой (научного) руководителя на первой странице, заверенной круглой печатью учреждения, с указанием, что данный материал не был опубликован в других изданиях.

2. Статья должна быть напечатана в редакторе Word 6,0 через 1,5 интервала, 12 кеглем, шрифтом Times New Roman Cyr или Arial Cyr.

В редакцию необходимо присылать бумажный и электронный варианты. Электронный вариант направляется на диске или электронной почтой.

Текст набирается с соблюдением правил, в том числе:

- все слова внутри абзаца разделяются только одним пробелом;
- перед знаком препинания пробелы не ставятся, после знака препинания - один пробел;
- между последней цифрой числа и обозначением единицы измерения следует оставлять пробел (12 км);
- при наборе должны различаться тире (–) и дефисы (-);
- выделения в тексте обеспечивают жирным шрифтом или курсивом, не подчеркивая.

3. Авторы отвечают за достоверность всей информации, представленной в статье, сообщении.

4. Материал статьи (кроме лекций, обзоров, кратких сообщений) должен быть изложен в определенной последовательности с выделением разделов:

а) **Введение**, в котором кратко освещены содержание вопроса, возможно со ссылкой на литературные источники, цель и задачи исследования;

б) **Материалы и методы исследования**. Излагать методики исследования следует без подробного описания, если они общеприняты (со ссылкой на

автора), но с указанием модификаций, если они введены автором, необходимо точно описать применяемые воздействия: их вид, дозы, температуру, силу тока, длительность и т.д., должны быть указаны все элементы лечебного комплекса;

в) **Результаты и обсуждение**;

г) **Выводы или Заключение**;

д) **Список литературы**.

5. Статья, идущая в рубрику «Оригинальные исследования», в которой автор представляет собственные исследования, и излагает основные положения, должна обязательно сопровождаться коротким **резюме** (объемом до 15 строк) для перевода на английский язык. Резюме должно быть построено по структуре статьи: а) цель исследования; б) материалы и методы; в) результаты; г) заключение; д) ключевые слова (от 3 до 8 слов), способствующие индексированию статьи в информационно-поисковых системах.

6. Объем оригинальных статей, включая рисунки, таблицы, литературу и резюме, не должен превышать 8 с. Большой объем (более 8 с.) возможен для обзоров и лекций.

7. В сведениях об авторах обязательно полностью указать имя, отчество, фамилию, ученое звание (если есть), должность и место работы, так же и для всех соавторов. Кроме этого - телефон, факс и адрес электронной почты автора, с которым редакция будет решать возникающие вопросы.

8. Заглавие статьи должно быть сформулировано по возможности кратко, но без сокращений.

9. Таблицы должны быть на отдельном листе, они должны быть компактными, иметь название, не дублирующее текст данные, их шапка должна точно соответствовать содержанию граф. На все таблицы обязательно должны быть ссылки в тексте, они должны органически входить в текст, а не выделяться в самостоятельную фразу, повторяющую тематический заголовок таблицы. Все цифры в таблицах должны соответствовать цифрам в тексте, обязательна их статистичес-

кая обработка. При использовании в таблице сокращений, не упомянутых в статье, или символов (*, **, и т.п.), смысл их объясняется текстом под таблицей.

10. К статье могут быть приложены **рисунки** (минимальное количество), не повторяющие данные таблиц. Рисунки и подписи к ним следует давать на отдельном листе. В тексте статьи должна быть ссылка на каждый рисунок. Микрофотографии и фотографии рентгенограмм должны быть размером 6 x 9 см.

11. Формулы должны быть четко вписаны с указанием на полях букв (русские, латинские, греческие) алфавита, а также прописных и строчных букв, показателей степени, индексов, букв или цифр, когда это не ясно из шрифта.

12. Сокращение слов, имен, названий (кроме общепринятых) допускается только с первоначальным указанием полного названия.

13. Клинико-диагностические термины должны быть унифицированы с учетом Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

14. Список литературы прилагается к статье на отдельном листе в строгом соответствии с требованиями **ГОСТ 7.1-2003** «Библиографическая запись. Библиографическое описание документа. Общие требования и правила составления». Библиографические ссылки в тексте статьи должны даваться номерами в квадратных скобках в соответствии со списком литературы, который формируется в алфавитном порядке: фамилии и инициалы авторов до трех (сначала отечественные, затем зарубежные, в транскрипции оригинала), далее –

- для журналов: название, год, том, выпуск, страницы (от и до);

- для книг и сборников: название (по титульному листу), место, год издания.

- для диссертаций: название диссертации, дис. ...-ра (канд.) мед. (биол.) наук, даты защиты и утверждения, город, год.

Ссылки на неопубликованные работы не допускаются. За правильность библиографических сведений ответственность несет автор.

15. Рукописи, оформленные не по правилам, не рассматриваются.

16. Статья должна быть тщательно выверена автором, так как редакция не высылает корректуру.

17. Редакция оставляет за собой право на сокращение и литературное редактирование присланных статей без изменения их основного содержания.

18. Статьи, возвращенные автору с замечаниями рецензента и редакционной коллегии, должны быть доработаны в течение не более 5 дней. Если

статья возвращается в редакцию позднее установленного срока, то датой ее поступления считается день представления переработанного материала.

19. Статьи, получившие отрицательное заключение рецензента и редакционной коллегии, в журнале не публикуются. Редакция неопубликованные статьи не возвращает.

Материалы следует направлять по адресу: **677019, г. Якутск, Сергеляхское шоссе, 4, ЦОМид НЦМ, корпус С1-01, ЯНЦ СО РАМН, редакция «Якутского медицинского журнала».**

Контактные средства связи: телефон (4112) 32-15-26, 32-19-81, 39-55-42.

телефакс (4112) 32-19-81

e-mail: : yscredactor@mail.ru

ysc_tech@sakha.ru

