

3(19) `2007

YAKUT MEDICAL JOURNAL



ЯКУТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

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.

Редакционный совет:
Александров В.Л., Алексеев В.П., Гусев Е.И.
(Москва), Иванов П.М., Ивашкин В.Т. (Москва),
Игнатьев В.Г., Измеров Н.Ф. (Москва), Лугинов Н.В.,
Миронова Г.Е., Михайлова Е.И., Никитин Ю.П.
(Новосибирск), Пальшин Г.А., Пузырёв В.П.
(Томск), Тихонов Д.Г., Тырылгин М.А.,
Ханды М.В., Хуснутдинова Э.К. (Уфа)

Редактор
Чувашова И.И.

Перевод
Семенов Т.Ф.

Обложка Игнатьева В.Н.

Компьютерная верстка
Николашкиной А.А.

Адрес редакции:
677019, г. Якутск, Сергеляхское шоссе, 4,
ЦОМид НЦМ, корпус С1-01,
тел. (4112) 32-17-48; 32-19-81
телефакс (4112) 32-19-81
e-mail: ysc@sacha.ru

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 медицинских
наук» (пересмотр от июля 2007 г.)*

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

Передовая статья

Петрова П.Г., Пальшин Г.А.
К пятидесятилетию высшего медицинского образования
и науки в Якутии

Оригинальные исследования

Егорова А.Г., Софронова С.И.
Медико-социальные аспекты здоровья сельского
трудоспособного населения в условиях Крайнего Севера
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»)
Платонова Н.А., Степанова А.Д.
Морфофункциональная характеристика организма детей РС(Я)
Мунхалова Я.А.
Современные представления об инфекции органов мочевой
системы у детей
Ханды М.В., Егорова В.Б.
Диагностические критерии компьютерной бронхофонографии
при заболеваниях органов дыхания у новорожденных
Александрова С.Л.
Хеликобактериоз у детей в регионе Якутии
Кривошопкина З.Н., Миронова Г.Е., Олесова Л.Д.,
Яковлева А.И., Софронова С.И., Захарова Ф.А.
Частота дислипидемий среди населения Якутии
Гольдерова А.С., Захарова Ф.А.
Состояние иммунного статуса больных с отморожениями в РС(Я)
Аргунов В.А., Иннокентьева А.С., Индеева Л.Д.
Клинико-морфологическая характеристика вирусного
гепатита С в Якутии
Савин Р.Г.
Изучение иммуногенетического маркера HLA у больных
гепатитом В в якутской популяции

**Организация здравоохранения, медицинской науки
и образования**

В.Л.Александров
От съезда к съезду: развитие и перспективы здравоохранения
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
Козлов С.В.
Формирование эффективной модели деятельности службы
судебно-медицинской экспертизы при проведении экспертизы
по случаям дорожно-транспортных происшествий

Здоровый образ жизни. Профилактика

Кривошопкин В.Г., Курбатова Т.Н.
Изучение показателей качества жизни больных язвенной
болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки
в зависимости от клинического течения
Махарова Н.В., Пинигина И.А., Захарова А.А., Донская А.А.,
Семенова Е.И.
Структурно-функциональные изменения сердечно-сосудистой
системы при занятиях спортом

Leading article

Petrova P.G., Palshin G.A.
4 To the fiftieth anniversary of the high medical education and science
in Yakutia

Original researches

Egorova A.G., Sofronova S.I.
9 Medical and social aspects of health of rural able-bodied population
in conditions of the Far North
Kurbatova T.N.
12 Features of clinical current of a stomach ulcer depending on a degree
of heaviness of disease at workers of the coal industry in conditions
of the Far North (on an example of the enterprises of Open Society
"Yakutugol")
Platonova N.A., Stepanova A.D.
15 Morphofunctional characteristic of an organism of children of RS(Y)
Munhalova J.A.
17 Modern approach to urinary tract infection in children
Khandy M.V., Egorova V.B.
19 Diagnostical criteria of computer bronchophonography at the newborns
with respiratory pathology
Aleksandrova S.L.
21 Helicobacteriosis at children in region of Yakutia
Krivoshapkina Z.N., Mironova G.E., Olesova L.D., Jakovleva A.I.,
Sofronova S.I., Zaharova F.A.
24 Frequency of dyslipidemias among the population of Yakutia
Golderova A.S., Zaharova F.A.
26 State of the immune status of patients with frostbites in RS (Y)
Argunov V.A., Innokenteva A.S., Indeeva L.D.
29 The clinical and morphological characteristic of a virus hepatitis C
in Yakutia
Savin R.G.
31 Studying of immunogenetic HLA marker in patients with hepatitis B
in the Yakut population

Organizing public health care, medical science and education

Aleksandrov V.L.
34 From congress to congress: development and prospects of public
health care
Vasileva O.L., Popova Z.P., Mestnikova S.I.
36 About realization of the block of the national project "Health"
"Preparation and retraining of doctors of the general practice,
doctors-therapists of districts and doctors-pediatricians of districts"
in YCH №4
Kozlov S.V.
38 Forming of effective model of activity of judicial-medical examination
service at carrying out of examination in cases of road and transport
incidents

Healthy way of life. Prophylaxis

Krivoshapkin V.G., Kurbatova T.N.
41 Studying of parameters of quality of life of patients with an ulcer
of stomach and duodenum depending on clinical current
Maharova N.V., Pinigina I.A., Zaharova A.A., Donskaja A.A.,
Semenova E.I.
44 Structurally functional changes of cardiovascular system at playing
sports



Гигиена, санитария, эпидемиология и медицинская экология

Иванова Л.Г., Никифоров О.И., Чернявский В.Ф., Антонов Н.А.
О состоянии заболеваемости и выявляемости лямблиоза в РС(Я)
Олесова Л.Д., Миронова Г.Е., Захарова Ф.А.
Микроэлементный статус населения села Тит-Ары РС (Я)
Прокопьева С.И.
Характер и особенности питания детей первого года жизни
в условиях РС (Я)

Hygiene, sanitary, epidemiology and medical ecology

Ivanova L.G., Nikiforov O.I., Chernjavsky V.F., Antonov N.A.
46 About a state of disease and detectability of lambliasis in RS (Y)
Olesova L.D., Mironova G.E., Zaharova F.A.
47 The microelemental status of the population of village Tit-Ary RS (Y)
Prokopenko S.I.
49 Character and features of nutrition of first-year-children in conditions
of RS (Y)

Актуальная тема

Actual subject

Тимофеева Н.А., Ушницкий И.Д.
Клинико-статистический анализ кариеса зубов у детей
дошкольного возраста и школьников Центральной Якутии
Линева З.Е., Зорина С.П.
Критерии прогнозирования инвалидности по туберкулезу
легких
Иванов И.А.
Что мы знаем о самоубийствах? Смерть вдвоем

Timofeeva N.A., Ushnitsky I.D.
51 The clinical and statistical analysis of caries of teeth in children
of preschool age and schoolboys of the Central Yakutia
Lineva Z.E., Zorina S.P.
52 Criteria of forecasting of physical inability on lungs tuberculosis
Ivanov I.A.
54 What do we know about suicides? Death together

Научные обзоры и лекции

Scientific reviews and lectures

Николаева Л.А., Бурцева Т.Е., Часнык В.Г.
Современные представления об этиологии и первичной
профилактике эссенциальной артериальной гипертензии

Nikolaeva L.A., Burtseva T. E., Chasnyk V.G.
57 Modern approach to etiology and primary prophylaxis of essential
arterial hypertension

Экономика здравоохранения

Economy of public health care

Васильева Р.С., Максимова М.С.
Финансовые ресурсы системы здравоохранения РС (Я)
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)

Vasileva R.S., Maksimova M.S.
59 Financial resources of system of public health care of RS (Y)
Nogovitsyna A.N., Burtseva E.I., Maksimova N.R., Fedorov S.P.,
Suhomjasova A.L., Fedorova S.A., Kononova S.K.
64 Social and economic damage from hereditary illnesses in RS (Y)

Точка зрения

Point of view

Тихонов Д.Г.
К вопросу о повышении качества подготовки врачей системы
первичной медицинской помощи на Крайнем Севере
Александров Р.В.
Некоторые проблемы ресурсного обеспечения отрасли здра-
воохранения РС (Я)

Tihonov D.G.
67 To a question of improvement of quality of preparation of doctors
of system of primary medical aid on the Far North
Aleksandrov R.V.
69 Some problems of resource maintenance of branch of public health
care of RS (Y)

Из хроники событий года

73 From chronicle of year events

Страницы истории

Pages of history

«Об организации медицинского института в Якутской
республике»
Захарова О.Г.
Здравоохранению Жиганского улуса 80 лет
Николаева Т.Я.
М. П. Гоголев – основоположник нейрохирургии в Якутии

75 "About the organization of medical institute in the Yakut republic"
Zaharova O.G.
76 80th anniversary of public health care in Djigan ulus
Nikolaeva T.Ja.
78 M. P. Gogolev - the founder of neurosurgery in Yakutia

Наши юбилеры

Whose anniversary is celebrated

Р. С. Тазловой 80 лет

80 80th anniversary of R.S.Tazlova



ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ

П.Г. Петрова, Г.А. Пальшин

К ПЯТИДЕСЯТИЛЕТИЮ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ В ЯКУТИИ

В 40-х годах прошлого столетия Якутия остро нуждалась в недостающих для практического здравоохранения врачебных кадрах, что привело к идее подготовки врачей в самой республике. Однако начавшаяся в 1941 г. Великая Отечественная война и послевоенные годы восстановления страны из руин отодвинули реализацию постановления областного комитета КПСС об открытии медицинского института на 18 лет.

В августе 1957 г. в Якутском государственном университете открыто медицинское отделение естественного факультета. Основателем первой кафедры – лечебного дела – был талантливый ученый и педагог, незаурядный организатор и неутомимый энтузиаст, доктор медицинских наук, профессор Дмитрий Михайлович Крылов. Лаборантом была принята вчерашняя школьница, ныне доцент кафедры анатомии человека Мединститута ЯГУ Раиса Гивеновна Хен (Соколова). Они являются одними из тех, кто стоял у истоков высшего медицинского образования в Республике Саха (Якутия).

Единомышленниками Дмитрия Михайловича в выполнении поставленной партией и правительством ЯАССР задачи по организации высшей медицинской школы стали заслуженный врач РСФСР и ЯАССР, зав. хирургическим отделением Якутской городской больницы В.С. Семенов, молодые врачи Б.И. Альперович, М.В. Ищенко, В.В. Серебряков. Впоследствии талантливые, пытливые молодые ученые все стали докторами медицинских наук. В последующие годы в преподавательский коллектив влились энтузиасты из практического здравоохранения: Ю.Н. Городов, И.В. Червяков, А.И. Соловьева, В.Д. Афанасьева. Были приглашены ученые из центральных вузов: д.м.н., профессор С.Д. Шахов, к.с.-х.н. К.П. Михальцов, к.м.н. М.В. Троицкая, Б.Л. Товбин, М.И. Гусельникова, А.А. Землянская, Л.Н. Гольд-

штейн, а также молодые специалисты Л.М. Тюкавкин, А.Н. Шаповальников, Г.П. Панафиденко, Т.И. Крылова, Р.С. Тазлова, Л.П. Гаврильева, Г.Н. Бубякина и многие другие.

В 1957 г. на медицинское отделение естественного факультета ЯГУ были приняты 50 студентов – преимущественно производственники. Насколько мотивированным был контингент студентов 60-х гг. прошлого столетия говорит тот факт, что при наборе 50 чел. первый выпуск составил 54 врача (за счет перевода студентов из других институтов). За 6 лет обучения не было ни одного отсева, ни одного оформления академического отпуска.

7 июня 1960 г. приказом МВ и ССО РСФСР №529 «О структуре Якутского государственного университета» на базе естественного факультета организованы два новых факультета: медицинский и биолого-географический.

Первый декан медицинского факультета, д.м.н., профессор, заслуженный врач РСФСР (1943), ЯАССР (1944), отличник здравоохранения СССР (1941) В.С. Семенов 22 года заведовал хирургическим отделением Якутской республиканской больницы (1937–1959). Владимир Сергеевич был известен не только как крупный организатор здравоохранения и медицинского образования, но и как общественный и государственный деятель: избирался депутатом Верховного Совета ЯАССР пяти созывов (1938, 1947, 1951, 1955, 1959 гг.), был заместителем Председателя Президиума Верховного Совета ЯАССР первых трех созывов.

В эти годы продолжают открываться новые кафедры и курсы: гистологии (С.Д. Шахов), физиологии (М.В. Троицкая), кожных болезней (к.м.н., доц. Л.А. Львов), фтизиатрии (к.м.н., доц. Т.И. Крылова), акушерства и гинекологии (гл. акушер-гинеколог МЗ С.Т. Шеклапова), болезней уха, горла и носа (С.В. Круль), организации здравоохранения (зам. министра здравоохранения И.А. Васильев), нервных болезней (П.А. Петров), гигиены (Л.Г. Зорина). В 1962 г. открылся курс психиатрии (к.м.н. Р.С. Тазлова). На факультете работали 3 профессора (Д.М. Крылов,

С.Д. Шахов, В.С. Семенов), 6 доцентов (Б.Л. Товбин, М.И. Гусельникова, М.В. Троицкая, В.Д. Афанасьева, Т.И. Крылова, Л.А. Львов). Ряд преподавателей завершали свои кандидатские (А.М. Тюкавкин, Б.И. Альперович, П.А. Петров) и докторские (Б.Л. Товбин и Т.И. Крылова) диссертации.

В 1963 г. состоялся первый исторический выпуск врачей медицинского факультета ЯГУ. В их числе известные ныне в республике специалисты – доктор медицинских наук, профессор, засл. деятель науки РС(Я), лауреат государственной премии РС(Я) им. П.А. Петрова В.П. Алексеев, кандидаты медицинских наук Л.В. Подгаевская, А.Д. Ботулу, Е.Д. Колодезникова, И.П. Черноградский, В.Г. Альперович, преподаватели вуза С.И. Местникова, П.А. Пак, Г.С. Сергин, А.П. Ушницкий, С.Ф. Сунхалыров, заслуженные врачи РС(Я) и России В.П. Слепцова, Л.И. Гаврильева, Р.П. Бочкарева, Л.С. Ларионова, М.М. Богданова; признанные народом известные врачи Т.Е. Зинченко, С.И. Зорина, К.П. Жданова, Е.А. Жиркова, С.М. Минина, В.В. Протодяконов, П.И. Романов, Е.А. Степанова, отличники здравоохранения СССР, РФ и РС(Я), В.С. Глызина, К.П. Харлампьева,



Д.М. Крылов



В.С. Семенов

ПЕТРОВА Пальмира Георгиевна – д.м.н., проф., директор Мединститута ЯГУ; **ПАЛЬШИН Геннадий Анатольевич** – д.м.н., проф., гл. травматолог Дальневосточного федерального округа.

Р.С. Еникеева, Ю.Я. Николаев, Т.П. Попова, М.С. Бандерова, О.С. Седалищева, Р.Г. Тарская, А.А. Иванова и многие другие.

В 1962 г. деканом был избран профессор Д.М.Крылов. Под его умелым руководством за первые 10 лет профессорско-преподавательский состав молодого медицинского факультета ЯГУ в основном был сформирован и по квалификации и уровню научно-педагогической деятельности соответствовал всем требованиям, предъявляемым медицинским вузам. Наряду с преподавателями в годы становления медицинского образования большую роль сыграли и студенты. Каждому члену коллектива - и студенту, и преподавателю - довелось заниматься не только учебной, научно-исследовательской, но и большой хозяйственно-организационной, подчас черновой работой: созданием материально-методической базы, благоустройством территории, ремонтом и т.п. Благодаря сплоченности, организованности, трудолюбию всего коллектива и успехам в учебном процессе студентов, уровню проводимых научно-исследовательских работ, медицинский факультет быстро вышел в число передовых факультетов ЯГУ.

В 1964 г. профессорско-преподавательский состав факультета составил 40 чел., из них 1 профессор, доктор медицинских наук, и 16 доцентов, кандидатов медицинских наук. На 10 кафедрах обучались более 400 студентов. В 1968 г. количество студентов составило более 700 чел. Учитывая востребованность специалистов, в том же году для абитуриентов с большим медицинским стажем организовано вечернее отделение на 25 мест. Это дало возможность фельдшерам и медицинским сестрам совмещать работу с учебой. Медицинский факультет стал набирать на 1-й курс по 100 студентов.

Организаторы высшего медицинского образования прежде всего учитывали социальный заказ практического здравоохранения республики - обеспечить высококвалифицированными кадрами отдаленные северные и сельские районы - и делали все возможное, чтобы претворить его в жизнь.

В 1965 г. были открыты первые клинические ординатуры на кафедрах хирургии, терапии, педиатрии, акушерства и гинекологии и неврологии. В 1968 г. закончили ординатуру 10 врачей. Сотрудники клинических кафедр активно включились в дело повышения квалификации врачей рес-

публики через курсы первичной специализации, организуемые Минздравом ЯАССР.

В подготовку медицинских кадров и развитие высшего медицинского образования в РС(Я) значительный вклад внесли известные ученые, в разные годы возглавлявшие медицинский факультет: к.м.н., доцент Я.П.Бакычаров (1968-1973 гг.), д.м.н., профессор, академик АН РС(Я) В.Г.Кривошапкин (1973-1975 гг.), д.м.н., профессор Т.И.Крылова (1975-1979 гг.), к.м.н., доцент П.Н.Яковлев (1979-1990 гг.), к.м.н., доцент А.С.Григорьев (1990-1993 гг.).

Яков Петрович Бакычаров, любимец студентов, один из колоритных деканов факультета, был великолепным организатором. Так как преподавательский состав состоял из приглашенных из центра ученых, стояла задача подготовки преподавателей из местных кадров. По инициативе Якова Петровича в эти годы в целевую аспирантуру были направлены молодые преподаватели и выпускники факультета: Л.Ф. Алексеева (кожные болезни), А.Е. Гурьева, Е.Н. Тролукова (акушерство и гинекология), Р.Г. Хен (анатомия), Е.Д. Колодезникова (гистология), Л.П. Гаврильева, А.Д. Ботулу (фармакология), П.Г. Петрова, С.Н. Атласова (патофизиология), Г.К. Степанова (физиология), А.Р. Варфоломеев (травматология), А.А. Кугаевская, И.И. Петров (терапия) и др. Все они успешно окончив аспирантуру, возвратились в стены родной alma mater преподавателями высокого класса, многие стали основателями научных школ.

Под непосредственным руководством Я.П. Бакычарова была открыта местная ординатура по травматологии, три соискателя успешно защитили кандидатские диссертации. Так начала развиваться научная школа травматологов в Якутии.

В годы его руководства впервые серьезное внимание было уделено досугу студентов, на факультете был создан вокально-инструментальный ансамбль, открылись таланты, ныне известные мелодисты, появились

первые исполнители эстрадного искусства: В. Андросов, заслуженный работник культуры РС(Я), С. Дордина, Р. Крылатов, Я. Данилевич...

С 1973 по 1975 г. деканом избирается молодой доктор медицинских наук В.Г.Кривошапкин. В этот период ученые факультета впервые получили государственный заказ на выполнение научной темы по соматической алкогольной патологии человека на Севере. В 1974. г в Якутске был успешно проведен VI Всесоюзный симпозиум «Адаптация человека в условиях Севера» с участием академиков АМН СССР В.П.Казначеева, А.П. Авцына, К.Р.Седова и др. Симпозиум заложил основу для тесного сотрудничества якутских ученых с учеными СО АМН СССР, начались совместные комплексные медико-биологические экспедиции по изучению физиологических механизмов адаптации человека к экстремальным условиям. Практическим выходом совместной деятельности стало открытие проблемной научно-исследовательской лаборатории по физиологии и патологии органов пищеварения - ПНИЛ-1.

Следующий декан факультета д.м.н., профессор Т.И.Крылова продолжила заложенные предшественниками идеи подготовки педагогических кадров и дальнейшего развития медицинской науки в республике. Под руководством Т.И. Крыловой на местной базе открылась аспирантура по фтизиатрии, началась переподготовка педиатров из числа лечебников. Это были сложные годы становления педиатрической службы в республике. В 1976 г. была приглашена зав.кафедрой терапии д.м.н., профессор А.А. Безродных, внесшая большой вклад в изучение профессиональных болезней у работников горнодобывающей промышленности. Заслуженный деятель науки ЯАССР А.А. Безродных подготовила двух докторов и 11 кандидатов медицинских наук, многие годы была научным руководителем ПНИЛ-1.

С 1979 г. деканом был избран выпускник медицинского факультета



Я.П. Бакычаров



В.Г. Кривошапкин



Т.И. Крылова



П.Н. Яковлев



А.С. Григорьев

1967 г., комсомольский лидер 70-х годов, к.м.н. П.Н. Яковлев. За годы работы на этой должности Прокопия Николаевича плановый набор по специальности «Лечебное дело» увеличился до 150 студентов, открылись новые кафедры, появились первые доктора медицинских наук из числа преподавателей (П.Н. Бушков, Р.С. Тазлова, Г.Н. Герман), стали издаваться монографии.

В эти годы особое внимание было уделено созданию на кафедрах единых учебно-методических комплексов, разработке рабочих программ, внедрению в учебный процесс технических средств обучения.

Стали практиковаться приглашения из центральных медицинских вузов известных профессоров для чтения лекций студентам и государственной приемки выпусков в лице председателей ГАКов. В этот период факультет выдержал первую серьезную федеральную проверку и был успешно аттестован на следующие годы.

В 1990 г. на альтернативной основе коллективом на должность декана был избран доцент кафедры хирургии А.С. Григорьев. Это были годы перемен в общественном строе и в сознании народа. Основной задачей руководства в этот «перестроечный» период было сохранение преподавательского состава, контингента студентов и коренное улучшение материальной базы факультета. Многочисленные официальные письма коллектива во все инстанции (областной комитет КПСС, Президиум Верховного Совета), встречи с первым президентом республики М.Е. Николаевым, поддержка министра здравоохранения Б.А. Егорова завершили передачу факультету построенного для Ярославского райкома КПСС здания. Параллельно шло строительство Национального центра медицины, где для факультета были проектированы лекционные и учебные аудитории с полным техническим оснащением. Так началась большая подготовитель-

ная работа к открытию медицинского института. Кадровая работа выразилась в направлении в докторантуру и аспирантуру перспективных выпускников и врачей из практического здравоохранения. На факультете совместно с кафедрой иностранных языков (зав. Н.Н. Алексеева, доц. М.И. Таюрская, Г.Д. Макарова) из числа старшекурсников была организована группа по интенсивному и углубленному изучению английского языка. Впоследствии свободное владение иностранным языком позволило данным студентам продолжить обучение в аспирантуре центральных вузов и вернуться преподавателями на кафедры уже Медицинского института.

С большой благодарностью мы помним имена преподавателей «второй волны», посвятивших многие годы подготовке врачебных кадров в республике. На факультет они пришли молодыми в трудную пору его становления и внесли неоценимый вклад в развитие высшего медицинского образования и медицинской науки в Якутии. Многие из них защитили кандидатские и докторские диссертации, получили широкое признание в медицинской среде, среди пациентов республики и высокую оценку их ратного труда. Это Р.А. Петров (Благовещенский МИ, 1961), к.м.н., доцент, зав.каф. терапии, засл.врач РСФСР и ЯАССР; П.М. Желобцов (Иркутский МИ, 1961), к.м.н., доцент, зав.каф. анатомии; Я.П. Бакычаров (1 Московский МИ, 1965), к.м.н., доцент, декан МЛФ (1966–1973), засл.врач РСФСР, кавалер ордена Трудового Красного Знамени; К.К. Михеев (Иркутский МИ, 1968), к.м.н., доцент, засл.врач РФ; В.Г. Попов (Благовещенский МИ, 1965), к.м.н., доцент, зав. курсом судебно-медицинской экспертизы (1966–1999). Многие и сегодня продолжают работать в Медицинском институте ЯГУ, передавая свой богатый опыт, профессиональные и жизненные знания молодому поколению: П.Н. Бушков (БМИ, 1965), д.м.н., профессор, засл.деятель нау-

ки РС(Я), зав.каф. хирургии; М.В. Ханды (БМИ, 1966), д.м.н., профессор, зав.каф. пропедевтики детских болезней, почетный работник высшего профессионального образования РФ, засл.работник социального развития и здравоохранения РФ; А.Е. Гурьева (БМИ, 1966), к.м.н., доцент, засл.врач РС(Я), зав.каф. акушерства и гинекологии; И.И. Петров (БМИ, 1966), к.м.н., профессор, засл.врач РС(Я); В.В. Сивцев (Новосибирский МИ, 1966), к.м.н., доцент, почетный работник высшего профессионального образования РФ; В.Г.Кривошапкин (БМИ, 1967), д.м.н., профессор, академик АН РС(Я), засл. деятель науки РФ, директор Института здоровья АН РС(Я), зав.каф. факультетской терапии; М.Г. Борисова (БМИ, 1963), к.м.н., доцент, засл.врач РС(Я); А.А. Николаева (БМИ, 1966), к.м.н. доцент, отличник здравоохранения РС(Я) и др.

Высокое признание студентов разных лет получили д.м.н., профессора: Н.С. Ягья, Г.Н. Герман, к.м.н., доценты К.Ф. Гольдберг, В.Ф. Фабержевич, В.В.Баранова, В.В.Корнилова, К.П. Соболева, Ю.П. Афанасьева, И.С. Самсонов, А.В. Тимченко, Л.Е. Гриненко, ст.преподаватели З.И. Игнатьева, Р.И. Латышева, М.П. Томская, Н.И. Захарова, Ю.А. Мудров, Н.К. Павлова и многие-многие другие.

Значительным событием государственной важности стало открытие в 1993 г. на базе медико-лечебного факультета Медицинского института ЯГУ. Ректором-организатором был назначен д.м.н. Д.Г. Тихонов, выпускник факультета, ученик профессора А.А. Безродных.

С 1996 г. по настоящее время директором Медицинского института ЯГУ является д.м.н., профессор, академик АН РС(Я) П.Г. Петрова.

Таким образом, путь развития высшей медицинской школы Якутии носит этапный характер: медицинское отделение (1957 г.) – медицинский факультет (1960 г.) – Медицинский институт ЯГУ (1993 г.). Плановый прием



Д.Г. Тихонов

студентов в разные годы колебался от 50 до 400 студентов.

Как правило, все выпускники трудоустроиваются в учреждениях практического здравоохранения, а часть рекомендуется на различные кафедры преподавателями Медицинского института ЯГУ, Якутского медколледжа, Жатайского лицея, научными сотрудниками в научно-исследовательских учреждениях республики.

К 1 января 2007 г., по данным Минздрава РС(Я), выпускники МИ ЯГУ среди всех работающих врачей составили более 90% специалистов. Среди административного состава также преобладают выпускники МИ ЯГУ: среди главных врачей ЦУБ 23 из 34, среди главных врачей республиканских ЛПУ – 20 из 27. Лучшие преподаватели и выпускники становились руководителями здравоохранения республики. Так, доцент медицинского факультета ЯГУ П.А. Петров с 1965 по 1984 г. был министром здравоохранения республики, оставив неизгладимый реформаторский след в медицине Якутии. И сегодня среди ученых-медиков Прокопий Андреевич – непревзойденный авторитет с мировым именем. Министрами были назначены в разные годы выпускники факультета Б.А. Егоров (1990–1994), к.м.н., доцент П.Н. Яковлев (1994–1999). В настоящее время на этой ответственной должности с 2001 г. работает выпускник, д.м.н. профессор В.Л. Александров. Многие выпускники стали ведущими специалистами по избранным специальностям и искусно овладели высокими уникальными медицинскими технологиями. Среди них – заслуженные врачи России В.С.Петров, В.С. Попов, Ю.П. Степанов, известные деятели и организаторы здравоохранения А.Н. Назаров, Г.Н. Николаев, Е.Г. Павлов, Я.С. Данилевич, Е.Е. Борисов, Б.В. Андреев, С.С. Аргунов, В.И. Назаров, П.Д. Каратаев, П.П. Игнатъев, А.А. Кожевников, Л.Р. Бердникова, З.П. Попова, В.И. Погодаев, Н.Н. Васильев, М.А. Баишев и др.

За прошедшие годы трудовая деятельность преподавателей отмечена высокими званиями: заслуженный работник высшей школы РФ – 1, заслуженный работник здравоохранения РФ – 1, заслуженный деятель науки РФ – 1, заслуженный врач РС(Я) – 24, заслуженный деятель науки РС(Я) – 5, член-корреспондент СО АН ВШ – 4, отличник здравоохранения РФ – 10, отличник здравоохранения РС(Я) – 52, заслуженный работник культуры РС(Я) – 1, почетный работник высшего профессионального образования – 13. Из числа выпускников Медицинского института удостоены почетных званий заслуженного врача РФ и РС(Я) – 28, отличников здравоохранения СССР, РФ и РС(Я) – 62. Многие награждены правительственными орденами и медалями, стали лауреатами Государственной премии РФ и РС(Я).

Сегодня в структуру медицинского института входят лечебный и педиатрический факультеты, стоматологическое отделение, факультеты высшего сестринского образования и последипломного образования врачей, малая медицинская академия для школьников, учебно-производственная стоматологическая поликлиника. На 26 кафедрах работают 40 докторов и 121 кандидат медицинских наук.

В 2005 г. институт успешно прошел государственную аккредитацию и лицензирование в Министерстве науки и образования Российской Федерации по всем специальностям. На послевузовском этапе подготовка высококвалифицированных кадров ведется через клиническую интернатуру, ординатуру и аспирантуру.

В институте разработана «Концепция непрерывной подготовки врачей-кадров в РС(Я)», отвечающая основным требованиям государственного образовательного стандарта высшего профессионального медицинского образования федеральной программы развития здравоохранения и концепции государственной кадровой политики Республики Саха.

При подготовке врачей-кадров учитываются особенности будущей работы специалиста в условиях арктического региона: специфическая транспортная схема с использованием санитарной авиации, малонаселенность территорий, большие расстояния между населенными пунктами, оказание специализированной помощи в центральных районных больницах и в г.Якутске. Особое внимание уделяется разделу «Национальный



П.Г. Петрова

региональный компонент» учебного плана. В учебный процесс введены такие дисциплины, как «Телемедицина», «Экология человека в условиях арктического региона», «Особенности здравоохранения в арктическом регионе» и др.

Особую значимость в условиях Севера приобретает подготовка врачей общей практики (семейных врачей). Институтом совместно с Министерством здравоохранения РС(Я) разработана и действует республиканская целевая программа «Внедрение общеврачебной практики в Республике Саха (Якутия)». Для эффективной реализации программы открыты кафедра и клиника семейной медицины при университете.

В развитии вузовской медицинской науки можно выделить 3 этапа:

Первым этапом научных исследований было изучение краевой патологии Якутии. С 1957 по 1970 г. были организованы многочисленные экспедиции в различные районы республики, которые изучали состояние здоровья населения и наиболее актуальные проблемы здравоохранения под руководством профессора Д.М. Крылова, проф. С.Д. Шахова, доц. Р.А. Петрова. Основными достижениями тех лет можно считать изучение особенностей эпидемиологии и клиники туберкулеза (проф. Т.И. Крылова), разработки по диагностике и хирургическому лечению альвеококкоза печени (проф. Б.И. Альперович) и тиреотоксического зоба (проф. В.С. Семенов). Описание новой неизвестной болезни – виллюскового энцефалита связано с именем Прокопия Андреевича Петрова. Знаменитый «гвоздь Бакычарова», применяемый при переломах шейки бедра известен всем травматологам России и СНГ. Были изучены особенности клинического течения атеросклероза, гипертонической болезни, ревматизма и других заболеваний у коренного и приезжего населения. Итоги этой работы отражены в кандидатских и докторских диссертациях.

Вторым этапом развития науки было изучение адаптации организма человека к экстремальным климато-географическим условиям Севера. Большую помощь в проводимых исследованиях оказали ученые СО РАМН под руководством академика В.П. Казначеева. Это – выдающиеся ученые Н.Р. Деряпа, Ю.П. Никитин, М.Т. Луценко, Ю.М. Бородин, В.А. Труфакин и многие другие. Плодотворное сотрудничество в десятках совместных экспедиций на территории республики дало ощутимые научные результаты, что реализовалось в успешно проведенных научных конференциях и симпозиумах. Под руководством профессора А.А. Безродных активно изучались вопросы адаптации приезжего населения, профессиональные заболевания у горнорабочих алмазодобывающей промышленности, была создана гастроэнтерологическая лаборатория. Коллектив лаборатории совместно с преподавателями института изучал особенности традиционного питания и образа жизни коренного населения, причины и механизмы развития гастроэнтерологической патологии. Результаты исследований отражены в кандидатских, докторских диссертациях, в ряде монографий и многочисленных статьях. На факультете были проведены всесоюзные конференции по вопросам адаптации организма с участием ведущих специалистов Москвы, Новосибирска, Красноярска и др. городов.

Третий этап – изучение арктической медицины и медицинской экологии, он начинается с 1991 г. и продолжается в настоящее время. Основным утвержденным научным направлением Медицинского института является «Физиологические и медицинские аспекты здоровья различных групп населения в РС(Я)», которое включает:

- Медико-биологические аспекты жизнедеятельности человека в условиях Севера;
- Изучение патологии человека на Севере;
- Изыскание лекарственных средств и природных соединений из местных источников;
- Охрану здоровья материнства и детства;
- Изучение эпидемиологии неинфекционных заболеваний и злокачественных новообразований в условиях Севера;

– Организацию здравоохранения и социальную гигиену.

Крупным шагом в подготовке научных и педагогических кадров стало открытие диссертационного совета по специальностям «Внутренние болезни» и «Хирургия» (2001 г.), «Травматология и ортопедия» и «Патологическая физиология» (2003 г.). Совет выполняет региональную функцию, идет защиты кандидатских диссертаций сотрудниками из Амурской медицинской академии, Дальневосточного медицинского университета. Усиленная подготовка высококвалифицированных медицинских кадров позволила в 90-х гг. 20-го в. открыть в республике современный Национальный центр медицины, где выпускниками института проводятся сложные кардиохирургические и эндоскопические операции, пересадка родственной почки и другие современные методы диагностической и хирургической помощи. Появилась возможность развития арктической медицинской науки – функционируют Институт здоровья Академии наук РС(Я) и Якутский научный центр СО РАМН.

С целью углубления интеграции вузовской, отраслевой и академической науки проводится активное участие кафедр и лабораторий института в выполнении республиканских научно-технических программ через государственные заказы министерства здравоохранения РС(Я).

Дальнейшее развитие высшего медицинского образования в республике немислимо без эффективного участия студенчества в науке, сотрудничества ведущими научно-исследовательскими и учебными заведениями России и зарубежья. Установлены давние тесные творческие контакты с Московской медицинской академией им. И.М.Сеченова, РГМУ, РУДН, Красноярской и Амурской медицинскими академиями, Дальневосточным и Сибирским медицинскими университетами и др. За последние годы расширились международные связи. Преподаватели института выступают с научными докладами на международных конгрессах, конференциях и симпозиумах (Япония, Канада, Италия, США, Германия, Англия, Франция, Израиль, Китай и др.), проходят стажировки в зарубежных странах (США, Япония, Франция, Англия). Стали шире практиковаться

выезды студентов на стажировку и производственную практику в Японию, Швецию, Германию, Финляндию. В международный информационный блок о высших учебных заведениях системы Internet введен виртуальный сайт о медицинском институте.

С практическим здравоохранением республики поддерживается тесная связь. Многие преподаватели института оказывают высококвалифицированную лечебно-консультативную помощь учреждениям здравоохранения. В то же время медицинский институт не только базируется в лечебно-профилактических учреждениях министерства и г.Якутска, но считает актуальным привлечение наиболее опытных врачей к педагогической деятельности, так как их богатый клинический опыт и знания, безусловно, позволяют повысить качество подготовки молодых специалистов, а их авторитет и всенародное признание будут служить примером в воспитании преданности профессии и профессиональному долгу.

Коллектив Медицинского института активно включился в реализацию приоритетного национального проекта «Здоровье» в республике, участвуя в реформировании первичной медико-санитарной помощи, развитии института врача общей практики, обеспечении необходимой нормативной правовой базой на региональном и муниципальном уровнях и внедряя современные подходы к кадровому обеспечению отрасли. Практически повышение квалификации и профессиональной подготовки врачей в республике реализуется через факультет последипломного обучения института (тематические и сертификационные циклы, первичная специализация и др.). Институтом ведется серьезная работа по внедрению телемедицины в процесс обучения как студентов, так и врачей на последипломном этапе.

Таким образом, за полувековой путь своего развития Медицинский институт Якутского государственного университета имени М.К.Аммосова стал подлинной кузницей подготовки врачебных кадров на северо-востоке страны и выпустил около 6000 врачей, успешно работающих на ниве охраны здоровья населения республики. Консолидация сил по охране здоровья коренного и приезжего населения дает свои плоды.



ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

А.Г. Егорова, С.И. Софронова

УДК 614.2:614.1 (571.56)

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ
ЗДОРОВЬЯ СЕЛЬСКОГО
ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ
В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА**

Цель исследования. Изучение состояния здоровья, условий и образа жизни сельского населения трудоспособного возраста в условиях Крайнего Севера.

Материалы и методы. Проведено обследование в экспедиционных условиях 1949 человек трудоспособного возраста, из них 1169 женщин и 780 мужчин. Состояние здоровья населения трудоспособного возраста изучалось по результатам одномоментного клиничко-функционального и лабораторного обследования с целью выявления основных классов заболеваний. При изучении условий и образа жизни населения использован метод социально-клинического анкетирования. Анкета разработана специалистами лаборатории медико-социальных исследований и проблемного анализа и утверждена научно-методическим советом Якутского научного центра РАМН и Правительства РС (Я) в 2005 г.

Результаты. Среди осмотренных лиц трудоспособного возраста на момент обследования патологии не выявлено у 9,3% человек, среди мужчин здоровых оказалось больше (13,8%), чем среди женщин (7,8%). Остальные имеют в среднем по 2-3 заболевания. Уровень патологической пораженности среди осмотренного контингента составил 234,8 случаев на 100 осмотренных населения трудоспособного возраста. При комплексном медицинском осмотре выявлено в 1,5 раза больше патологии, чем при обращаемости, причем заболеваний органов пищеварения в 5,5 раза, системы кровообращения – в 5 и эндокринной системы – в 6 раз больше. Социально-гигиеническое анкетирование населения трудоспособного возраста показало, что на здоровье людей трудоспособного возраста оказывают комплексное влияние такие факторы, как употребление алкогольных напитков, курение, несоблюдение режима питания, характер питания и степень физической активности.

Заключение. Показатели здоровья сельского трудоспособного населения находятся на низком уровне. Устранение либо снижение вредных привычек явилось бы одним из резервов улучшения состояния здоровья сельского трудоспособного населения.

The purpose of research. Studying of a state of health, conditions and a way of life of rural population of able-bodied age in conditions of the Far North.

Materials and methods. Inspection in expeditionary conditions of 1949 person of able-bodied age, from them 1169 women and 780 men is lead. The state of health of the population of able-bodied age was studied by results of one-stage clinic - functional and laboratory inspection with the purpose of revealing of the basic classes of diseases. At studying conditions and a way of life of the population the method of socially-clinical questioning is used. The questionnaire is developed by experts of laboratory of medico-social researches and the problem analysis and approved by scientifically-methodical council of the Yakut centre of science of Russian Academy of Medical Sciences and Government RS (Y) in 2005.

Results. Among the examined persons of able-bodied age at the moment of inspection of a pathology it is not revealed at 9,3 % the person, among men healthy it has appeared more (13,8 %), than among women (7,8 %). The others have on the average 2-3 diseases. The level of a pathological affection among the examined contingent has made 234,8 cases on 100 examined population of able-bodied age. At complex medical survey it is revealed in 1,5 times of more pathology, than at taking medical advice, and diseases of bodies of digestion in 5,5 times, system of blood circulation - in 5 and endocrine system - in 6 times more. Socially-hygienic questioning of the population of able-bodied age has shown, that on health of people of able-bodied age render complex influence such factors, as the use of alcoholic drinks, smoking, non-observance of a diet, character of a feed and a degree of physical activity.

The conclusion. Parameters of health of rural able-bodied population are on a low level. Elimination or decrease of bad habits would be one of reserves of improvement of a state of health of rural able-bodied population.

Социально-экономическая и политическая реформы в стране породили острые проблемы в жизни и охране здоровья населения. Снижение рождаемости, повышение смертности, снижение средней продолжительности жизни привели к сокращению численности населения [1, 4]. В то же время отмечается ухудшение показателей здоровья населения трудоспособного

ЕГОРОВА Айталина Григорьевна – к.м.н., зав. лаб. ЯНЦ СО РАМН; **СОФРОНОВА Саргылана Ивановна** – с.н.с. ЯНЦ СО РАМН.

возраста [3, 5]. Все это затронуло и Республику Саха (Якутия) [2, 6].

В республике треть населения проживает в сельской местности, которая в последние годы переживает глубокий кризис. Недостаточная государственная поддержка агропромышленного комплекса, неоднократная реорганизация сельхозпредприятий, низкая оплата труда сельчан явились причиной снижения уровня и качества жизни села. Все это, безусловно, отражается на состоянии здоровья и репродуктивного потенциала сель-

ского населения. Так, по данным официальной статистики, коэффициент общей смертности населения высок в отдаленных сельских районах республики, особенно северных. Уровень первичной инвалидности среди сельских жителей также выше, чем среди городских, хотя показатель общей заболеваемости сельского населения ниже, чем в целом по республике. Указанные тенденции обуславливают приоритетность охраны здоровья сельского населения трудоспособного возраста, так как от него как репро-

дуктивной и производительной силы в первую очередь зависит экономическое состояние, благополучие людей и, в конечном счете, возрождение страны.

Используемые для анализа здоровья данные официальной статистики не всегда отражают реальное состояние здоровья той или иной категории населения, что затрудняет поиск оптимальных решений в вопросах оздоровления. Медико-социальное исследование состояния здоровья, условий и образа жизни населения трудоспособного возраста позволяет выявить резервы для сохранения и укрепления здоровья, воспроизводства, тем самым разработать рациональную систему первичной и вторичной профилактики.

Материалы и методы

Объектом исследования было население трудоспособного возраста, проживающее в сельской местности республики. Проведено медико-социальное исследование в экспедиционных условиях в 5 улусах республики, обследованы 1949 человек, из них 1169 женщин и 780 мужчин. Состояние здоровья населения трудоспособного возраста изучалось по результатам одномоментного клинико-функционального и лабораторного обследования с целью выявления основных классов заболеваний. Результаты клинического исследования формализовались на базе Международной классификации болезней X пересмотра, на этой основе рассчитывалась патологическая пораженность обследованного населения отдельными классами и группами болезней. При изучении условий и образа жизни населения использован метод социально-гигиенического анкетирования. Анкета разработана специалистами лаборатории медико-социальных исследований и проблемного анализа и утверждена научно-методическим советом Якутского научного центра РАМН и Правительства РС(Я) в 2005 г.

Результаты и обсуждение

Среди осматриваемых лиц трудоспособного возраста на момент обследования патологии не выявлено у 9,3% человек, среди мужчин здоровых оказалось больше (13,8%), чем среди женщин (7,8%). Остальные имеют в среднем по 2-3 заболевания. Уровень патологической пораженности среди осматриваемого контингента составил 234,8 случая на 100 осматриваемых населения трудоспособного возраста (табл.1).

При изучении структуры патологи-

ческой пораженности исследованного населения было выявлено, что среди всех патологий лидируют болезни органов пищеварения (81,8 случая на 100 осматриваемых населения трудоспособного возраста или 35% от всей выявленной патологии) за счет болезней желудка и двенадцатиперстной кишки, а также желчного пузыря и поджелудочной железы. Затем идут болезни системы кровообращения (58,2/100 или 25%), среди которых 57% приходится на первичную гипертензию и 19% – на ишемическую болезнь сердца. Следующую позицию занимают болезни эндокринной системы (39,9/100 или 17%) – эндемический зоб и ожирение. Вышеназванные заболевания занимают 77% от всей выявленной патологии.

У женщин патологии выявлено больше, чем у мужчин (251,8 и 198,7 случаев на 100 осматриваемых соответственно) (табл. 1). Женщины достоверно чаще страдают болезнями органов пищеварения (88,5 случая против 60,3; $P < 0,001$), эндокринной системы (47,2 против 16,4; $P < 0,001$), незначительно – болезнями органов дыхания (18,3 против 16,8; $P > 0,05$), мочеполовой системы (7,0 против 5,6; $P > 0,05$). В то же время у мужчин чаще встречаются болезни системы кровообращения (65,1 против 56,0; $P < 0,05$), нервной (9,1 против 7,0; $P > 0,05$) и костно-мышечной систем (16,8 против 15,6; $P > 0,05$).

При комплексном медицинском осмотре выявлено в 1,5 раза больше патологии, чем при обращаемости,

Таблица 1

Ранговая структура патологической пораженности и нозологические формы, наиболее распространенные среди сельского населения трудоспособного возраста (патологическая пораженность на 100 осматриваемых)

Группа или рубрика (МКБ-10)	Оба пола	Мужчины	Женщины	P
Болезни органов пищеварения (K00-K93) – 1-е место	81,8	60,3	88,5	$P < 0,001$
В том числе:				
Гастрит и дуоденит (K29)	23,6	22,0	24,1	$P > 0,05$
Хронический холецистит (K81.1)	16,7	11,6	18,3	$P < 0,01$
Другие хронические панкреатиты (K86.1)	14,2	8,6	16,0	$P < 0,001$
Болезни органов кровообращения (I00-I99) – 2-е место	58,2	65,1	56,0	$P < 0,05$
В том числе:				
Эссенциальная (первичная гипертензия) (I10)	33,3	32,8	33,4	$P > 0,05$
Атеросклеротическая болезнь сердца (I25.1)	7,7	6,5	8,1	$P > 0,05$
Ишемическая кардиомиопатия (I25.5)	8,6	16,4	6,1	$P < 0,001$
Хроническая ИБС неуточненная (I25.9)	3,1	1,3	3,7	$P < 0,05$
Болезни эндокринной системы (E00-E90) – 3-е место	39,9	16,4	47,2	$P < 0,001$
В том числе:				
Эндемический зоб (E01.0)	26,0	3,9	32,9	$P < 0,001$
Ожирение (E66)	10,4	3,5	12,6	$P < 0,001$
Инсулиннезавис. сахарный диабет (E11)	1,0	3,0	0,3	$P < 0,05$
Болезни органов дыхания (J00-J99) – 4-е место	17,9	16,8	18,3	$P > 0,05$
В том числе:				
Хронический бронхит неуточненный (J42)	10,4	5,2	12,0	$P < 0,001$
Простой и слизисто-гнойный хронический бронхит (J41)	2,9	3,0	2,8	$P > 0,05$
Болезни костно-мышечной системы (M00-M99) – 5-е место	15,9	16,8	15,6	$P > 0,05$
В том числе:				
Остеохондроз позвоночника неуточн. (M42.9)	10,9	8,6	11,6	$P > 0,05$
Болезни нервной системы (G00-G99) – 6-е место	7,5	9,1	7,0	$P > 0,05$
В том числе:				
Расстройство вегет. нервной системы неуточн. (G90.0)	2,6	3,0	2,4	$P > 0,05$
Энцефалопатия неуточненная (G93.4)	2,9	3,4	2,7	$P > 0,05$
Болезни мочеполовой системы (N00-N99) – 7-е место	6,7	5,6	7,0	$P > 0,05$
В том числе:				
Хр. тубулоинтерстициальный нефрит (N11)	3,5	3,9	3,4	$P > 0,05$
Болезнь предстательной железы неуточн. (N42.9)	0,4	1,7	-	
Др. уточненные невоспалит. болезни шейки матки (N88.8)	0,4	-	0,5	
Прочие болезни	6,9	8,6	12,2	
Всего:	234,8	198,7	251,8	

Таблица 2

Ранговая структура заболеваемости взрослого населения РС (Я) по данным обращаемости в лечебно-профилактические учреждения (ф.12) за 2005 г. (заболеваемость на 100 населения; удельный вес на 100 заболеваний)

Классы болезней (по МКБ-10)	Ранг	Заболеваемость по данным обращаемости	Удельный вес
Болезни органов дыхания	I	43,0	26,9
Болезни органов пищеварения	II	14,8	9,3
Болезни системы кровообращения	III	12,1	7,6
Болезни глаза	IV	11,5	7,2
Болезни мочеполовой системы	V	10,9	6,8
Осложнения беременности, родов и п/родового периода	VI	9,9	6,2
Болезни костно-мышечной системы	VII	9,2	5,8
Травмы и отравления	VIII	9,1	5,7
Болезни нервной системы	IX	7,9	4,9
Болезни кожи и п/клетчатки	X	7,2	4,5
Болезни эндокринной системы	XI	6,8	4,3
Другие болезни		17,2	10,8
Всего:		159,6	100,0

причем заболеваний органов пищеварения в 5,5 раза, системы кровообращения – в 5 и эндокринной системы – в 6 раз больше (табл.2).

Таким образом, комплексный медицинский осмотр позволил выявить процесс накопления и хронизации еще незарегистрированных заболеваний среди населения трудоспособного возраста, объективно оценить его состояние здоровья.

Социально-гигиеническое анкетирование населения трудоспособного возраста показало, что на здоровье людей трудоспособного возраста оказывают комплексное влияние такие факторы, как злоупотребление алкогольных напитков, курение, несоблюдение режима питания, характер питания и степень физической активности. Лица, употребляющие алкоголь, составляют 64% среди лиц, имеющих заболевания органов пищеварения, и 67% – кровообращения. Среди всех больных с заболеваниями органов пищеварения 68% съедают большую часть суточной пищи во время ужина, у 85% – характерно повышенное пот-

ребление животных белков при недостатке свежих овощей и фруктов. Среди признанных здоровыми большая половина придерживается активного, здорового образа жизни.

Очень высока доля лиц, имеющих вредные привычки. Так, 64% женщин и 38% мужчин трудоспособного возраста курят, 77% мужчин и 56% женщин употребляют алкоголь, причем (по их собственной оценке) часто употребляют 6% мужчин и 4% женщин, умеренно, соответственно, 14% и 2%, остальные – эпизодически (по праздникам, семейным торжествам и др.)

В случае заболевания 53% населения трудоспособного возраста обращаются к медработникам. Остальные предпочитают лечиться самостоятельно – 26%, обращаются к экстрасенсам 5%, обращаются за медицинской помощью только в тяжелых случаях 16%. Из опрошенных респондентов половина полностью выполняет назначения медработников по лечению, треть – частично и 15% – не выполняют. Причинами невыполнения назначений

71% опрошенных отметили неудовлетворенность квалификацией врача, 13% – отсутствие медикаментов в продаже, столько же – нехватку времени и 4% – отсутствие денег.

Выводы

1. Показатели здоровья сельского трудоспособного населения находятся на низком уровне. Практически здоровыми среди всех обследованных признаны лишь 9,3%. Остальные имеют по 2-3 патологии.

2. У женщин патологии выявлено больше, чем у мужчин. Женщины чаще страдают болезнями органов пищеварения, эндокринной системы, болезнями органов дыхания, мочеполовой системы. В то же время у мужчин чаще встречаются болезни системы кровообращения, нервной и костно-мышечной систем.

3. Медико-социальное исследование показало, что одним из резервов улучшения состояния здоровья сельского трудоспособного населения явилось бы снижение вредных привычек, тогда как условия проживания и вопросы питания в настоящее время мало от них зависят.

Литература

1. Гундаров И.А. //Медико-социальные аспекты здоровья: мат-лы научно-практ. конф. – М., 2001. – С.34-37.
2. Заровняев А.А. Демографические процессы и здоровье населения как факторы воспроизводства ресурсов для труда в Республике Саха (Якутия): дис. канд. эконом. наук. / А.А. Заровняев. – М., 2000. – С.7-24.
3. Измеров Н.Ф. //Культура здоровой жизни. – 2005. – №5. – С.11-15.
4. Львов Д.С. // Материалы IV Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье». – М., 2005. – Вып. 2. – С. 63-79.
5. Основные показатели здоровья и здравоохранения Республики Саха (Якутия) за 2000-2002 гг. /Минздрав РС (Я). –Якутск, 2003.
6. Социальное положение и уровень жизни населения Республики Саха (Якутия): статистич. сб. /Госкомстат РС (Я). –Якутск, 2002.

Т.Н. Курбатова

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»)

Цель исследования: Изучение особенностей клинического течения язвенной болезни в зависимости от степени тяжести заболевания у работников ОАО ХК «Якутуголь».

Результаты: Проводилось клиническое обследование больных исследуемых групп, включающее в себя изучение жалоб, анамнеза заболевания и жизни, объективных данных, которое показало, что у больных с тяжелым течением язвенной болезни наблюдались наиболее яркая клиническая картина с выраженным болевым синдромом, выраженными проявлениями рефлюксной диспепсии, частые рецидивы. Также выяснилось, что язвенная болезнь имеет особенности течения у работников угольной промышленности в условиях Южной Якутии по сравнению с другими регионами и пациентами других профессий.

Ключевые слова: язвенная болезнь, язвенноподобная диспепсия, рефлюксная диспепсия, системная диспепсия, осложнения, рецидив.

The purpose Studying of features of clinical current of a stomach ulcer depending on a degree of heaviness of disease at workers of Open Society "Yakutugol".

Results. The clinical inspection of patients of investigated groups including studying of complaints, the anamnesis of disease and a life, objective data, has shown, that at patients with heavy current of a stomach ulcer the brightest clinical picture with the expressed painful syndrome, the expressed displays of the reflux dyspepsia, frequent relapses were observed. Also it was found out, that the stomach ulcer has features of current at workers of the coal industry in conditions of Southern Yakutia in comparison with other regions and patients of other trades.

Keywords: a stomach ulcer, ulcer like dyspepsia, reflux dyspepsia, system dyspepsia, complications, relapse.

Одной из распространенных патологий желудочно-кишечного тракта среди взрослого населения является язвенная болезнь. В нашей стране под диспансерным наблюдением ежегодно состоит около 1 млн. чел. От осложнений, связанных с неадекватным медикаментозным лечением больных язвенной болезнью, в России ежегодно умирает около 6000 чел. в трудоспособном возрасте [4].

В районах Якутии с преимущественно приезжим населением (Мирнинский, Алданский, Оймяконский, Олекминский) заболеваемость язвенной болезнью составляла 26,7 – 37,5 на 10000 населения [6].

Клиническая симптоматика больных язвенной болезнью представлена диспепсическим синдромом. Условно выделяют язвенноподобную, рефлюксную и системную диспепсию [5].

Речь о язвенноподобной диспепсии идет при наличии периодических

болей в эпигастральной области (голодные, ранние, поздние, ночные). Рефлюксная диспепсия проявляется изжогой, отрыжкой, тошнотой, рвотой, приносящей облегчение. Системная (кишечная) диспепсия представлена поносами, запорами, чередованием поносов и запоров, так называемым неустойчивым стулом.

В России и странах бывшего Союза исследований, описывающих особенности клинического течения язвенной болезни у представителей той или иной профессиональной группы в определенном регионе, проведено крайне недостаточно.

В исследовании Темниковой Н.В. [11] описаны клинко-иммунологические и морфологические особенности течения язвенной болезни у жителей Ростова-на-Дону.

Абдуллаевым Р.Б. [1] проведены исследования особенностей клинического течения и распространенности язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в Южном Приаралье.

В статьях Сакс Л.А. с соавт., Оганезовой И.А. с соавт. исследованы особенности течения язвенной болезни у призывников [10] и моряков [9] Северного бассейна.

Исследования, посвященные язвенной болезни в условиях Крайнего Севера, в основном затрагивают вопросы особенностей заболевания у пришлого и коренного населения [6, 7], а также общие вопросы клинического течения данной патологии [2, 3].

Целью данного исследования является изучение особенностей клинического течения язвенной болезни в зависимости от степени тяжести заболевания у работников ОАО ХК «Якутуголь».

Материалы и методы исследования.

Выборку для исследований составили 100 больных из числа работников ОАО «Якутуголь», страдающих язвенной болезнью различной локализации. Все пациенты распределены, в зависимости от степени тяжести заболевания, течения, наличия осложнений, на две группы. В 1-ю группу вошли

Клиническая симптоматика больных 1-й группы

Симптом	1 группа		2 группа	
	Кол-во больных (n=50)	%	Кол-во больных (n=50)	%
Боли постоянные	29	58,0	4	8,0
периодические	21	42,0	6	12,0
«ночные» и «голодные»	33	66,0	48	96,0
острые	5	10,0	6	12,0
тупые	45	90,0	44	88,0
связанные с приемом пищи	25	50,0	49	98,0
не связанные с приемом пищи	25	50,0	1	2,0
Изжога	23	46,0	32	64,0
Отрыжка	15	30,0	27	54,0
Тошнота	12	24,0	24	48,0
Рвота	4	8,0	12	24,0
Поносы	5	10,0	8	16,0
Запоры	2	4,0	15	30,0
«Неустойчивый» стул	3	6,0	3	6,0

больные язвенной болезнью с легким течением заболевания и средней степени тяжести, во 2-ю группу – больные с тяжелым течением заболевания, наличием осложнений, рецидивов за время проведения исследования.

Перед началом исследования и лечения среди всех больных проводилось анкетирование по разработанному опроснику.

Клиническое обследование больных включало в себя изучение жалоб, анамнеза заболевания и жизни, объективные данные. Клинические данные заносились в специально разработанную индивидуальную карту.

Для сравнения относительных величин использовались таблицы сопряженности, при этом при анализе изучались значения критерия согласия Пирсона χ^2 , достигнутый уровень значимости (p). По величине $\Delta\chi^2$ отдельных клеток оценивались вклады дискретных признаков в связь.

Результаты исследования

Клиническая симптоматика больных исследуемых групп была представлена диспепсическим синдромом: язвенноподобной, рефлюксной и системной диспепсией (таблица).

У всех (100%) больных 1-й и 2-й групп язвенная болезнь проявлялась язвенно-подобной диспепсией. Реже выявлялась рефлюксная диспепсия – в 1-й группе у 26 (52,0%), во 2-й – у 46 больных (92,0%), $p = 0,0398$. Проявления системной диспепсии были у 10 больных (20,0%) 1-й группы и у 26 (52,0%) 2-й группы, $p = 0,0399$.

Как видно из табл. 1, у 33 больных (66,0%) отмечался интенсивный болевой синдром в виде «голодных» и/или ночных болей в эпигастриальной

области, у 29 (58,0%) – отмечались постоянные боли, у 25 (50,0%) – боли, связанные с приемом пищи.

26 больных (52,0%) имели рефлюксный диспепсический синдром, у 23 (46,0%) этот синдром проявлялся преимущественно изжогой. 15 пациентов (30,0%) жаловались на отрыжку, из них 6 больных (12,0%) беспокоила отрыжка кислым, 6 – воздухом, 3 – съеденной пищей.

12 больных (24,0%) беспокоила тошнота различной интенсивности – от легкого подташнивания до выраженной тошноты, приводящей к рвоте. У 4 больных (8,0%) отмечалась рвота, приносящая облегчение.

Системная диспепсия выявлялась у 10 больных (20,0%), из них 5 больных (10,0%) страдали поносами, 2 (4,0%) – запорами, 3 (6,0%) – чередованием поносов и запоров.

Клиническая симптоматика больных 2-й группы (тяжелое течение) была также представлена рефлюксной, язвенноподобной и системной диспепсией (таблица).

У 48 больных (96,0%) отмечался интенсивный болевой синдром в виде «голодных» и/или ночных болей в эпигастриальной области, у 44 (88,0%) – постоянные боли, 49 чел. (98,0%) отмечали связь болей с приемом пищи.

У 32 больных (64,0%) была изжога, 27 пациентов (54,0%) жаловались на отрыжку, из них 8 больных (16,0%) беспокоила отрыжка кислым, 6 – воздухом, 12 – съеденной пищей, 1 – «тухлыми яйцами».

24 чел. (48,0%) беспокоила тошнота различной интенсивности (от легкого подташнивания до выраженной тошноты, приводящей к рвоте). У 12

больных (24,0%) отмечалась рвота съеденной пищей, приносящая облегчение.

Системная диспепсия выявлялась у 26 больных (52,0%), из которых 8 чел. (16,0%) – беспокоили поносы, 15 (30,0%) – запоры, 3 (6,0%) – чередование поносов и запоров.

Анализ показал, что больных 1-й группы чаще беспокоили периодические боли, а 2-й группы – постоянные боли ($\chi^2=3,664$; $df = 1$; $p=0,056$). Также у больных 1-й группы реже наблюдались ночные и голодные боли ($\chi^2=14,62$; $df = 1$; $p=0,001$), связь болей с приемом пищи ($\chi^2 = 29,938$; $df = 1$; $p=0,001$). Однако существенных различий по характеру болей в исследуемых группах не получено: в обеих группах чаще наблюдались тупые боли в эпигастрии ($\chi^2=0,102$; $df = 1$; $p=0,749$).

У больных с тяжелым течением язвенной болезни чаще выявлялись такие симптомы рефлюксной диспепсии, как изжога ($\chi^2=4,058$; $df = 1$; $p=0,044$), отрыжка ($\chi^2=5,002$; $df = 1$; $p=0,025$), тошнота ($\chi^2=6,250$; $df = 1$; $p=0,012$), рвота ($\chi^2=4,762$; $df = 1$; $p=0,029$).

Симптомы системной диспепсии (поносы, запоры, «неустойчивый» стул) также чаще наблюдались у больных 2-й группы ($\chi^2=14,6335$; $df = 3$; $p=0,002$).

Таким образом, наиболее яркая клиническая картина с выраженными болевым синдромом и проявлениями рефлюксной диспепсии наблюдалась у больных с тяжелым течением язвенной болезни. В группе с легким течением язвенной болезни болевой синдром был выражен в меньшей степени и у меньшего количества больных.

Для легкого течения язвенной болезни характерны обострения реже одного раза в год с малосимптомными проявлениями. При язвенной болезни средней степени тяжести обострения возникают 1-2 раза в год. Тяжелое течение характеризуется рецидивирующим течением, наличием осложнений и сопутствующей патологией желудочно-кишечного тракта [6, 13].

По частоте обострений за год 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 больных (22,0%) на третьем – с рецидивами 1 раз в год – 3 чел. (6,0%).

Больные с частыми обострениями язвенной болезни (чаще 1 раза в год) были отнесены во 2-ю группу исследу-

емых, но все же преобладали больные, имевшие обострения 1 раз в год – 22 чел. (44,0%). Больных с обострениями 1 раз в 2-3 года и больных, у которых рецидивы наблюдались чаще 1 раза в год, было одинаковое количество – по 6 чел. (12,0%).

На рисунке видно, что обострения 1 раз в год наблюдались в 7,3 раза чаще у больных с тяжелым течением язвенной болезни. Однако у больных с легким течением и средней степенью тяжести заболевания обострения 1 раз в 2-3 года наблюдались в 2,7 раза чаще по сравнению с больными с тяжелым течением. Как было сказано выше, обострения чаще 1 раза в год наблюдались только у больных 2-й группы, а реже 1 раза в 2-3 года – только у больных 1-й группы.

Таким образом, рецидивы чаще наблюдались у больных с тяжелым течением язвенной болезни. У больных с легким течением и средней степенью тяжести рецидивы заболевания наблюдались не часто (1 раз в 2-3 года и реже).

Пациенты, имевшие за время проведения исследования 2 и более рецидива язвенной болезни, входили в группу больных с тяжелым течением заболевания. Всего таких больных выявлено 6 чел., что составило 12,0% от общего количества исследуемых второй группы. Более половины больных подгруппы с повторными рецидивами за время исследования имели однократный повторный рецидив. Таких больных было выявлено 4 человека – 66,0% (n=6). Двукратный рецидив наблюдался у 1 – 8% (n=6), трехкратный также у 1 больного – 8% (n = 6).

Все больные, имевшие в анамнезе осложнения язвенной болезни, были отнесены в группу с тяжелым течением. Следовательно, осложнений у больных с легкой и средней степенью течения язвенной болезни не выявлено.

У 32 больных (64,0%) 2-й группы осложнений не выявлено. Однако эти больные были также отнесены во 2-ю группу, так как 5 человек имели 2-3 обострения за исследуемый период. Кроме этого сроки купирования болей у этих больных в условиях стационара составляли от 10 дней и более. Все больные также имели выраженную язвенноподобную и рефлюксную диспепсию.

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 находится под наблюдением врачей амбулаторной службы.

Язвенное кровотечение имели 9 больных – 50,0% (n = 18), перфорацию язвы – 8 больных – 44,0% (n = 18). Из 9 больных с язвенным кровотечением в анамнезе 3 имели длительный «язвенный стаж» – 9 лет и более. У 6 больных язвенная болезнь манифестировала язвенным кровотечением, 2 из этой подгруппы имели кровотечение из язвы желудка, 7 больных – из язвы двенадцатиперстной кишки.

Прободение язвы выявлено у 8 больных. Среди них язвенная болезнь выявлена впервые у 7, 1 чел. страдал язвенной болезнью в течение 7 лет. Все 8 чел. имели прободение язвы луковицы двенадцатиперстной кишки.

Во 2-й группе наблюдался 1 больной – 6% (n = 18) – с субкомпенсированным стенозом пилоробульбарной зоны, имевший длительный язвенный анамнез – 16 лет и частые (более 1 раза в год) обострения язвенной болезни.

В результате сравнительного анализа клинического течения язвенной болезни исследуемых групп с данными других авторов можно сделать заклю-

чение: язвенноподобная диспепсия одинаково часто наблюдается как в нашем исследовании, так и у жителей Якутии в целом, Ростовской области и г. Ташкента [1, 6, 11]. Достоверной разницы в данных не получено.

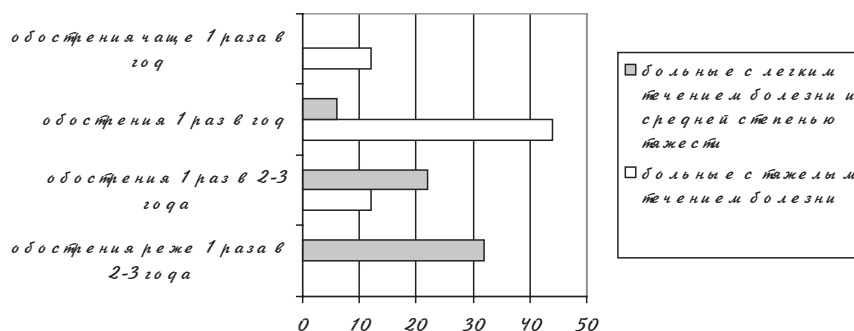
Данные по рефлюксной и системной диспепсиям в нашем исследовании имеют особенности. У больных с легким и средней степенью тяжести течением симптомы рефлюксной и системной диспепсий были выявлены реже, чем у больных сравниваемых регионов (p < 0,05). Однако в группе с тяжелым течением болезни разница показателей была незначительна (в сравнении с другими регионами).

При сравнении профессиональных групп (работники угольной промышленности Южной Якутии и моряки Северного бассейна России) по имеющимся данным можно утверждать, что клиническое течение язвенной болезни у моряков не имеет достоверных различий с тяжелым течением заболевания у работников угольной промышленности. Однако при легком течении и средней степени тяжести язвенной болезни имеются существенные различия по всем видам диспепсий [9].

На основании вышеизложенного можно сделать заключение, что наиболее яркая клиническая картина с выраженными болевым синдромом и проявлениями рефлюксной диспепсии наблюдалась у больных с тяжелым течением язвенной болезни. Рецидивы чаще наблюдались также у этих больных. Язвенная болезнь у работников угольной промышленности в условиях Южной Якутии имеет свои особенности течения.

Литература

1. **Абдуллаев Р.Б.** Особенности клинического течения, распространенности и новые подходы к лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в Южном Приаралье / Р.Б. Абдуллаев: автореф. дис... д-ра мед. наук. – Ташкент, 2002. – 38 с.
2. **Безродных А.А.** Язвенная болезнь в условиях Крайнего Севера: методические рекомендации / А.А. Безродных [и др.]. – Якутск, 1994. – С. 14-18.
3. **Бессонов П.П.** К вопросу клинических проявлений язвенной болезни желудка и эрозий желудка / П.П. Бессонов [и др.] // Избранные вопросы медицинской помощи: материалы городской науч.-практ. конф. – Якутск, 2002. – С. 87-89.
4. **Григорьев П.Я.** Современное лечение язвенной болезни, ассоциированной с *Helicobacter pylori* / П.Я. Григорьев [и др.]. – <http://www.doktor.ru>



Сравнительная характеристика частоты рецидивов у больных в зависимости от степени тяжести заболевания

5. Григорьев П.Я. Справочное руководство по гастроэнтерологии / П.Я. Григорьев, А.В. Яковенко. – М., 2003.

6. Кривошапкин В.Г. Очерки клиники внутренних болезней на Севере / В.Г. Кривошапкин. – Якутск, 2001.

7. Местникова С.Н. Клиническое течение язвенной болезни гастродуоденальной зоны среди коренного и пришлого населения Крайнего Севера / С.Н. Местникова [и др.] // Актуальные вопросы гастроэнтерологии в условиях Севера (межвузовский сборник). – Якутск, 1981. – С.36-37.

8. Минушкин О.Н. Язвенная болезнь (учебное пособие для врачей) / О.Н. Ми-

нушкин, И.В. Зверков, Г.А. Елизаветина. – М., 1995. – 26 с.

9. Оганезова И.А. Особенности течения язвенной болезни у моряков и рыбаков Северного бассейна / И.А. Оганезова [и др.] // Клиническая медицина. – 2001. – № 11. – С. 42 – 44.

10. Сакс Л.А. Клиническое течение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у призывников и солдат первого года службы. / Л.А. Сакс, В.Н. Михальцов, О.А. Кривошеев // Военно-медицинский журнал – 2000. – № 5. – С. 61.

11. Темникова Н.В. Клинико-иммунологические и морфологические особенности течения хронического гастрита и язвенной

болезни двенадцатиперстной кишки: дис. канд. мед. наук / Н.В. Темникова. – Ростов-на-Дону, 2000. – 145 с.

12. Циммерман Я.С. Хронический гастрит и язвенная болезнь / Я.С. Циммерман. – Пермь, 2000. – 255с.

13. Яицкий Н.А. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки / Н.А. Яицкий, В.М. Седов, В.П. Морозов. – М., 2002.

14. Mignon M. Gastroenterology / M. Mignon. – Paris: Ellipses, 1992. – P. 704

15. Rotter J.I. Genetic aspects of ulcer diseases / J.I. Rotter, M.I. Grossman // Advances in ulcer diseases. – Amsterdam – Oxford. – 1999. – P. 7-26.

Н.А.Платонова, А.Д.Степанова

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЗМА ДЕТЕЙ РЕСПУБЛИКИ САХА(ЯКУТИЯ)

УДК 572.95-053.6-054(571.56)

На фоне общих популяционных биологических закономерностей морфофункционального развития организма детей 7-12 лет выявлены расово-этнические особенности, которые в совокупности формируют экотип детей-монголоидов и детей-европеоидов коренного населения Республики Саха (Якутия). Установлены особенности функциональной асимметрии полушарий головного мозга у детей 7-12 лет коренного населения: у всех детей преобладает левосторонний тип латерализации полушарий, но при этом у детей-монголоидов, по сравнению с детьми-европеоидами, чаще встречается правосторонняя латерализация и амбидекстрия.

The children of indigenous population of Republic of Sakha (Yakutia), irrespective of a racial accessory, are characterized by a complex of morphofunctional features of an organism which are formed on laws of ontogenetic and biology development, and also under influence of the ethnic factor and can be examined in quality differences of children monqoloidy and europeoidy in the age of 7-12 years.

Left-hand lateralisation of hemispheres was revealed among the most of children. But peculiarities of morphofunctional developments of children-monqoloidy in comparison with children-europeoidy concern the tendency mainly right-hand type lateralisation of hemispheres of a brain and ambidexters.

Морфофункциональные особенности организма в настоящее время рассматриваются в качестве одного из показателей индивидуального здоровья человека [5].

Целью данного исследования было выявление морфофункциональных особенностей организма детей 7-12 лет коренного населения Республики Саха (Якутия) в зависимости от расово-этнической принадлежности (монголоиды, европеоиды) и природно-климатических регионов проживания. К коренному населению относили проживающих в республике не менее чем в трех поколениях.

Материал и методы

Для решения поставленной цели и задач было проведено обследование морфофункционального состояния ор-

ганизма 992 детей 7-12 лет коренного населения Республики Саха(Якутия).

В программу комплексного исследования входило выявление антропометрических, функциональных, соматоскопических и конституциональных показателей, вычисление площади поверхности тела, индекса Рорера, индексов пропорциональности, компонентного состава тела. Количественные характеристики компонентов массы тела (мышечной, костной и жировой тканей) рассчитывались по формулам J. Matiegka (1921).

Определение функциональной асимметрии полушарий головного мозга проводилось по методике, основанной на совокупности моторных и сенсорных тестов (Брагина Н.Н., Доброхотова Г.А.,1988).

Данный комплекс методик позволил выявить проявления индивидуальной анатомической изменчивости на морфологическом, функциональном и конституциональном уровнях.

Результаты и обсуждение

Оценка морфофункциональной характеристики организма детей основывалась на использовании расширенной антропометрической методики с использованием 50 показателей в соответствии с требованиями к проведению методико-антропометрических обследований. Сравнительный анализ длиннотных размеров тела детей коренного населения выявил различия в каждой возрастной группе. Так, длина тела у мальчиков-европеоидов превосходила длину тела мальчиков-монголоидов в каждой возрастной группе. В среднем различия от 7 до 12 лет составили 3,6 см ($p < 0,05$). У девочек мы наблюдаем такие же закономерности. Годовой прирост девочек-монголоидов от 7 до 11 лет составил 5,25 см. А у девочек-европеоидов – 3,7 см. Мы наблюдаем активный рост длины тела у детей-монголоидов в период от 10 до 11 лет. Отмечается неодинаковая рос-

товая активность у детей коренного населения РС (Я) обеих расово-этнических групп.

Представляет интерес показатель длины тела сидя у детей коренного населения. Нами установлено, что длина тела сидя у детей-монголоидов превосходила этот показатель детей-европеоидов. А прирост длины тел сидя у детей-монголоидов в период 7-12 лет составил 4,9 см. У детей-европеоидов - 2,8 см. Длина ноги у детей-монголоидов во всех возрастных группах меньше, чем у детей-европеоидов. Подобные результаты выявлены у детей коренного населения Тюменской области [3].

Таким образом, можно предположить, что длина тела у детей-монголоидов увеличивается преимущественно за счет роста позвоночника и ног, а дети-европеоиды в основном растут за счет длины ног. Анализ темпов увеличения длиннотных размеров подтверждает установленные особенности полового созревания.

Анализ пропорциональности физического развития исследуемой группы детей показывает четкую особенность более выраженных широтных размеров грудной клетки мальчиков-монголоидов к 12 годам, что является, по-видимому, закономерным этническим показателем физического развития – своеобразным плоскогрудием. Это также отмечается в работах С.П.Пермяковой [1]. Более выраженный индекс нижних конечностей объясняется тем, что это связано с меньшей длиной тела мальчиков-монголоидов. Абсолютные размеры имеют более выраженные значения у мальчиков-европеоидов.

Мы выявили характерные проявления расово-этнического морфотипа в исследованиях параметров головы. Так, у детей-монголоидов статисти-

чески достоверно преобладали размеры окружности головы, скулового и нижнечелюстного диаметров.

Исследование типа латерализации головного мозга среди детей 7-12 лет коренного населения выявило различия между разными этническими группами. У детей-монголоидов правый тип латерализации и амбидекстрия встречаются чаще, чем у детей-европеоидов. Всего у детей-монголоидов правополушарный тип выявлялся в 16,9% случаев, амбидекстрия – в 33%, левополушарный тип – в 50%; у детей-европеоидов, соответственно – 12,4, 24,4 и 63,2%.

Наши данные совпадают с результатами исследований С.П.Пермяковой [1] у юношей Якутии 18-20 лет: амбидекстрия наблюдалась у 38% коренных юношей и у 17,3% некоренных. Поэтому их можно рассматривать в качестве этнической особенности детей монголоидной расы и признака индивидуальной анатомической изменчивости организма человека на морфофункциональном уровне (рисунок).

Наши исследования выявили существенные различия в скорости полового созревания у детей в зависимости от зоны проживания. На севере республики развитие вторичных половых признаков у девочек 10-12 лет обеих этнических групп происходит позже, чем на юге и в центре [4]. У мальчиков мы наблюдаем такие же закономерности. На юге республики половое созревание детей происходит раньше, чем в северной и центральной её части.

Анализ антропометрических исследований детей-монголоидов 7-12 лет выявил некоторые закономерности развития в зависимости от зоны проживания. Так, на севере республики дети характеризуются меньшими показателями длиннотных размеров,

массы тела, акромиального диаметра. Размеры поперечного диаметра грудной клетки, конечностей, наоборот, выше по сравнению с центром и югом. Индекс Рорера также показал более высокое значение. Хотя эти результаты не выявили статистической достоверности ($p > 0,05$) [3].

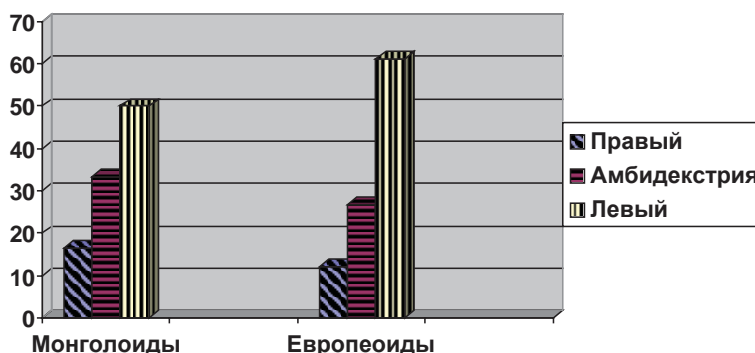
Таким образом, полученные данные не противоречат сложившимся представлениям о возрастно-половой динамике средних величин показателей морфофункционального развития детей разных расово-этнических групп. У детей-монголоидов генетически заложенные механизмы приспособления к среде обитания проявляются и в настоящее время в виде более позднего биологического созревания [2]. Также нами выявлены существенные различия в скорости биологического созревания и физического развития у детей 10-12 лет в зависимости от региона проживания, независимо от расово-этнической принадлежности, что может рассматриваться как закон природы – уменьшение габаритных размеров человека в северных зонах.

Результаты наших исследований показывают наличие индивидуальной анатомо-антропологической изменчивости организма детей 7-12 лет коренного населения РС(Я) на уровне морфофункциональных особенностей, темпов полового созревания.

Выводы

1. Выявлены расово-этнические и региональные особенности полового созревания детей коренного населения РС(Я): дети монголоидной расы (девочки и мальчики) характеризуются более поздними сроками развития вторичных половых признаков; половое созревание происходит в более сжатые сроки по сравнению с детьми-европеоидами.

2. Дети монголоидной расово-этнической принадлежности по сравнению с детьми-европеоидами характеризуются: меньшими длиннотными размерами, при этом длина тела сидя имеет тенденцию к превышению; преобладанием широтных размеров грудной клетки и таза; меньшими обхватными размерами и площадью тела; меньшей толщиной кожно-жировых складок; меньшими показателями массы тела и всех показателей компонентного состава тела (костный, мышечный, жировой); тенденцией к повышению индекса Рорера; большей частотой сердечных сокращений и меньшими величинами жизненной емкости легких.



Распределение типа латерализации полушарий у детей 10-12 лет коренного населения РС(Я) (%)

3. Расово-этническим признаком в морфофункциональной характеристике организма детей 7-12 лет коренного населения РС(Я) являются размеры головы и лицевого черепа: у детей-монголоидов они достоверно большие по сравнению с детьми-европеоидами.

4. У детей 7-12 лет коренного населения РС(Я) выявлены особенности функциональной асимметрии полушарий головного мозга: дети обеих расово-этнических групп характеризуются

преобладанием левостороннего типа латерализации полушарий, но при этом у детей-монголоидов чаще встречается правосторонний тип и амбидекстрия, чем у детей-европеоидов.

Литература

1. **Пермякова С.П.** Морфофункциональные особенности юношей 18-20 лет коренного населения РС(Я) / С.П. Пермякова: автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Новосибирск, 2002. – 16 с.
2. **Петрова П.Г.** Экология, адаптация и здоровье: особенности среды обитания и

структуры населения Республики Саха / П.Г. Петрова. – Якутск: НИГК "Сахаполиграфиздат", 1996. – 272 с.

3. **Прокопьев Н.Я.** // Актуальные теоретические и практические аспекты восстановления и сохранения здоровья человека. – Тюмень, 1998. – С. 18-21.

4. **Саввина Н.В.** // Особенности роста и развития современных школьников Республики Саха (Якутия) / Н.В. Саввина, М.В. Ханды. – Якутск, 2000. – С. 74-75.

5. **Щедрина А.С.** Онтогенез и теория здоровья: методологические аспекты / А.С. Щедрина. – Новосибирск: Наука, 2003. – 163 с.

УДК 616-053.2 : 616.61

Я.А. Мунхалова

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ИНФЕКЦИИ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Актуальность проблемы инфекций мочевой системы у детей в практике врача-педиатра определяется большим удельным весом инфекций мочевой системы в структуре болезней почек, склонностью инфекций мочевой системы к хронизации и прогрессированию, с развитием хронической почечной недостаточности. Было обследовано 711 детей с инфекциями мочевой системы. Были выявлены особенности этиологии, течения инфекций мочевой системы у детей. Даны сравнительные данные различной антибактериальной терапии и противорецидивной терапии инфекций мочевой системы у детей.

Topicality of the problems of microbe-inflammatory processes of the urinary tract in pediatric practice is due to considerable share of urinary tract infections in structure of kidney malfunctions, due to the fact that urinary tract infections tend to progress and develop chronic kidney failure. 711 children with urinary tract infections were investigated. We study specific ethiology and flowing of urinary tract infections at children. Comparative datas of different antibacterial and antirecurrent treatment of urinary tract infections at children are given.

Инфекция мочевой системы (ИМС) – воспалительный процесс в мочевой системе без специального указания на этиологию, локализацию (мочевые пути или почечная паренхима) и определения его характера.

Целью нашего исследования являлось изучение особенностей этиологии, течения и терапии инфекций мочевой системы у детей.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находились 711 детей в возрасте от 1 месяца до 18 лет с инфекциями мочевой системы. Лечебный эффект амоксициллина и других антибиотиков изучался у 160 детей.

Результаты и обсуждение. Результаты нашего исследования показали, что инфекция мочевой системы (ИМС) в подавляющем большинстве случаев вызывается одним видом микроорганизма. Микробные ассоциации могут выявляться при хроническом течении уроренальной инфекции. Исследование продемонстрировало вариабельность частоты высева *E. Coli* у амбулаторных больных ИМС от 41,3 до 83,3%

(в среднем 53%), в то время как частота обнаружения протей составила 8,5%, энтерококков – 8,5, клебсиеллы – 8 и синегнойной палочки – 5,4%.

По данным нашего исследования, спектр микроорганизмов у детей первого года жизни в 100% случаев представлен *E. coli*, как у девочек, так и у мальчиков. У детей от 1 года до 6 лет отмечается снижение удельного веса *E. coli* – у девочек до 29,4, у мальчиков до 25%. У детей от 7 до 14 лет вновь повышается удельный вес *E. coli* – у девочек до 66,7, у мальчиков до 78,9%. Ассоциированная флора была выявлена у детей от 1 года до 6 лет – у девочек в 38,2, у мальчиков в 37,5% случаев.

Нами была отмечена зависимость клинической картины от вида госпитального штамма, который высевался только у детей с вторичным хроническим пиелонефритом. Клебсиеллезный пиелонефрит характеризовался тяжелым течением и высокой степенью активности заболевания. Дети, у которых высевалась *Klebsiella pneumoniae*, имели высокую степень пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР), гид-

ронефротическую трансформацию почек, нейрогенную дисфункцию мочевого пузыря по гипорефлекторному типу. Заболевание у этих детей сопровождалось выраженными симптомами интоксикации, высокой температурой, массивной лейкоцитурией и бактериурией. Кроме того, у всех детей после проведенной эффективной антибактериальной терапии был отмечен недолгий период клинико-лабораторной ремиссии, от 2 до 5 месяцев. *Proteus morganii* был выделен у детей с вторичным хроническим пиелонефритом на фоне ПМР, гранулярного цистита, подковообразной почки и мочекаменной болезни. Для протейного пиелонефрита была характерна высокая лихорадка, выраженные дизурические явления и боли в животе. У детей с *Pseudomonas aeruginosa* был диагностирован вторичный хронический пиелонефрит на фоне гидронефроза, тазовой дистопии почек. Заболевание у них протекало в более легкой форме, чем у детей с пиелонефритом, вызванным *Klebsiella pneumoniae* и *Proteus*, но в течении заболевания у данных детей была отмечена антибиотикорезистентность *Pseudomonas aeruginosa*.

Одной из задач нашего исследования явилось изучение терапевтических аспектов пиелонефрита, в частности рациональной антибактериальной терапии. Результаты оценки терапевтической эффективности и безопасности применения амоксициклава для лечения различных форм пиелонефрита у детей в рамках открытого контролируемого клинического исследования показали, что амоксицилав является более эффективным препаратом по сравнению с цефалексином.

Результаты эффективности лечения амоксициклавом были отличными в 93,8% случаев, хорошими – в 4,6 и неудовлетворительными – в 1,5% случаев, по сравнению с цефалексином, отличный результат эффективности которого определялся в 78% случаев, хороший – в 7,4 и неудовлетворительный – в 14,6% случаев.

Хороший результат при применении амоксициклава определялся наличием слабых побочных эффектов, а неудовлетворительный – наличием устойчивости выделяемого микроорганизма к данному антибиотику. В случае неудовлетворительного результата применения амоксициклава причина заключалась в резистентности выделенной *Pseudomonas aeruginosa* к данному антибиотику. По данным литературы известно, что *Pseudomonas aeruginosa* является устойчивой к амоксициклаву, что и было подтверждено в нашем исследовании.

Кроме того, при лечении тяжелых форм пиелонефрита с наличием температурной реакции свыше 38°C, выраженного интоксикационного, болевого синдромов нами был использован амоксицилав для внутривенного введения. Препарат сравнивался с эффективностью ампициллина и гентамицина для внутримышечного введения. Амоксициклавом пролечено 33 ребенка, ампициллином – 12 и гентамицином – 10 детей.

Нами установлено, что при использовании амоксициклава для внутривенного введения регистрируются лучшие клинические, лабораторные и микробиологические данные в сравнении с гентамицином и, в особенности, с ампициллином для внутримышечного введения. Результаты эффективности лечения амоксициклавом были удовлетворительными в 90,9% случаев, неудовлетворительными – в 9,1% из-за побочных эффектов в виде тошноты, озноба, которые прошли после отмены препарата, а также резистентности *Pseudomonas aeruginosa* к амоксициклаву.

Среди детей, получавших гентамицин, удовлетворительный результат определялся в 70%, неудовлетворительный – в 30% случаев. У детей, получавших ампициллин, удовлетворительный результат определялся в 41,7%, неудовлетворительный – в 58,3% случаев. Неудовлетворительный результат при применении гентамицина и ампициллина выражался в сохранении температурной реакции, интоксикационного синдрома более 48 ч и резистентности микроорганизмов к данным антибиотикам.

Кроме того, метод терапии с амоксициклавом благоприятно сказывался на психоэмоциональном состоянии ребенка. Так как, во-первых, введенный катетер и ребенок не чувствовал страха и боли, и, во-вторых, при переходе на пероральный прием препарата существенно сокращался период пребывания ребенка в стационаре на 1-2 недели. Кроме того, значительно уменьшались расходы материалов и нагрузка на медицинских работников.

В педиатрической практике не рекомендованы фторхинолоны из-за потенциальной хондротоксичности, аминогликозиды – из-за нефротоксичности. Они могут быть использованы лишь в крайнем случае, например при высевах микрофлоры, резистентной к остальным препаратам.

В качестве доказательства нефротоксичности препаратов мы использовали определение Б-2-МГ в сыворотке крови и моче как объективный критерий степени функциональных нарушений и эффективности применяемых антибактериальных препаратов для лечения пиелонефрита. Повышение уровня Б-2-МГ в моче наблюдается только при тубулярных дисфункциях – нарушении реабсорбции и катаболизма проксимальными канальцами почек.

Сравнивая уровень Б-2-МГ в сыворотке крови и моче в зависимости от применяемых антибиотиков, а именно, амоксициклава, гентамицина и ампициллина, было отмечено, что после лечения амоксициклавом отмечается снижение Б-2-МГ в моче до нормального уровня, после лечения ампициллином уровень Б-2-МГ в моче снизился, но не достиг пределов нормы, а после лечения гентамицином уровень Б-2-МГ в моче, наоборот, повысился. Кроме того, при лечении детей с острым пиелонефритом гентамицином также отмечается повышение уровня Б-2-МГ в моче после лечения. Данное повы-

шение уровня Б-2-МГ в моче после лечения гентамицином можно объяснить его нефротоксическим действием.

Мы считаем, что для предупреждения рецидивов большое значение имеет длительность и непрерывность антибактериальной терапии. С этой целью нами сравнивались два метода противорецидивного лечения 58 детей с непрерывно- или часторецидивирующим течением хронического пиелонефрита.

Первая группа детей получала непрерывную длительную антибактериальную терапию от 3 до 12 месяцев. Вторая группа получала прерывистый курс антибактериальной терапии в сочетании с фитотерапией от 3 до 6 месяцев.

Результаты анализа возникновения рецидивов пиелонефрита у детей показали, что частота их различна при непрерывном и прерывистом режиме антибактериальной терапии. Достоверно чаще рецидивы диагностировались при прерывистом курсе терапии антибактериальными препаратами – в 48,3% случаев. В группах больных, леченных непрерывно в течение не менее трех месяцев, ремиссия сроком 12 месяцев и более получена в 75,9% случаев.

Выводы. Таким образом, нами установлено, что для эмпирической терапии пиелонефрита может использоваться амоксицилав, который относится к так называемым “защищенным” пенициллинам. Клавулановая кислота необратимо связывается бета-лактамазами бактерий и антибиотик получает возможность воздействовать на клеточную мембрану возбудителя. Противорецидивная антибактериальная терапия должна быть направлена на уменьшение риска развития нефросклероза. Лучшим режимом противорецидивной антибактериальной терапии пиелонефрита у детей является непрерывный длительный.

Литература

1. Коровина Н.А. Антибиотикотерапия при заболеваниях мочевой системы у детей / Н.А. Коровина, Э.Б. Мумладзе, И.Н. Захарова // Современные методы диагностики и лечения нефро-урологических заболеваний у детей (материалы I конгресса). – М., 1998. – С. 60-66.
2. Папаян А.В. Клиническое исследование препарата амоксицилав у детей с инфекцией мочевой системы / А.В. Папаян, Я.А. Мунчалова, И.В. Аничкова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 1997. – №2. – С.51-53.

3. Папаян А.В. Инфекция органов мочевой системы у детей (этиопатогенез, диагностика и лечение) / А.В. Папаян [и др.]. – С-Пб, 2001. – 54 с.

4. Фомина И.П. Комбинированные препараты ингибиторов бета-лактамаз и полусинтетических пенициллинов: амоксициллин/клавулановая кислота (аугментин, амок-

сиклав), тикарциллин/клавулановая кислота (тиментин). Особенности действия и применения / И.П. Фомина // Антибиотики и химиотерапия. – 1997. – Т.42, №12. – С. 29-32.

УДК 616.24.96

М.В. Ханды, В.Б. Егорова ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ КОМПЬЮТЕРНОЙ БРОНХОФОНОГРАФИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ

В последние годы прослеживается негативная тенденция увеличения числа новорожденных детей с респираторными нарушениями различной этиологии. Вместе с тем внедрение новых технологий выхаживания позволяет сохранить жизнь даже глубоко недоношенным детям. Клиническая физиология дыхания является новым, перспективным разделом медицинской науки и практики. До настоящего времени практически отсутствовали объективные методы исследования функции внешнего дыхания у новорожденных.

At the last time negative tendention of increasing of newborns with respiratory pathology rate occurs. At the same time new technologies of care let to save life of premature children. Clinical physiology of breathing is a new field of medical science and practice. Objective methods of breathing functions investigations at the newborns were absent till the present.

В связи с общностью симптомов и склонностью к генерализованным реакциям по клинической картине трудно, а иногда невозможно уточнить причину и механизм развития нарушений функций системы дыхания у новорожденного ребенка. В то же время уточнение характера и распространенности поражения бронхолегочных структур имеет важное значение для определения тактики ведения данного контингента детей.

Своевременная диагностика и мониторинг нарушений функции внешнего дыхания (ФВД) позволяют выбрать адекватные методы лечения, оценить его эффективность и прогнозировать исход заболеваний. Спецификой всех исследований ФВД у детей является то, что проводимые тесты рассчитаны на активное участие обследуемого (пробы с форсированным выдохом и пробы с физической нагрузкой). Поэтому их удается полностью выполнить у детей 6 лет и старше [2].

В отечественной медицине в начале 80-х годов прошлого столетия появились сведения об использовании компьютерного комплекса для подтверждения бронхиальной обструкции – бронхофонографии. Данный метод диагностики не имеет аналогов и предназначен для обнаружения специфических акустических изменений в дыхательных путях при легочных заболеваниях [1, 3, 4]. В настоящее время имеются работы о его использовании в медицинской практике как среди взрослого населения, так и у детей разных возрастных категорий.

Оценка акустического эквивалента работы дыхания позволяет количественно оценить энергетические затраты бронхолегочной системы на возникновение акустических феноменов, которые часто не выявляются при физикальном обследовании. Исследования, проведенные у детей, малочисленны, а у новорожденных детей – отсутствуют, что и послужило целью нашего исследования.

В основе бронхофонографии лежит анализ временных и частотных характеристик спектра дыхательных шумов, возникающих при изменении диаметра воздухоносных путей бронхов за счет увеличения ригидности стенок бронхов или за счет уменьшения внутреннего диаметра бронхов. В сочетании с бифуркацией бронхиального дерева указанные изменения воздухоносных путей приводят к образованию турбулентных воздушных потоков и, как следствие, к образованию низко- и высокочастотных акустических феноменов, регистрируемых при сканировании акта дыхания. Регистрация дыхательных шумов осуществляется с помощью датчика, обладающего высокой чувствительностью в широкой полосе частот, включая частоты, которые не выявляются при аускультации, но имеют важное диагностическое значение. Сканирование респиратор-

ного цикла производится в частотном диапазоне от 100 до 12600 Гц. Результаты компьютерной обработки отображаются на экране персонального компьютера. Полученное таким образом графическое изображение бронхофонограммы получило название “паттерн дыхания”.

Непосредственная регистрация дыхательных шумов у новорожденных осуществляется с помощью упомянутого выше датчика, помещенного в специальную лицевую маску, которая мягко прижимается к носогубному треугольнику. Процедура записи дыхательных шумов производится в положении “лежа” для новорожденных, через 1–2 ч после кормления, при спокойном дыхании, в течение короткого промежутка времени (не более 5–10 с), при необходимости (беспокойство ребенка, крик, сглатывание) процедура повторяется трехкратно и выбирается наиболее адекватный паттерн. Простота и неинвазивность бронхофонографии, проведение исследования при спокойном дыхании позволяет применять данную методику с первых дней и месяцев жизни.

Целью нашей работы явилось изучение диагностического значения компьютерной бронхофонографии при заболеваниях органов дыхания у новорожденных. Нами был обследован 101 новорожденный ребенок.

Сравнительная характеристика акустической работы дыхания у новорожденных ($p < 0,005$)

До / после лечения	ВУП	СДР	БЛД	ОРВИ	Контрольная группа
1,2 – 5 кГц	$\frac{0,2 \pm 0,04}{0,18 \pm 0,01}$	$\frac{0,16 \pm 0,02}{0,14 \pm 0,01}$	$\frac{0,32 \pm 0,03}{0,26 \pm 0,02}$	$\frac{0,11 \pm 0,02}{0,12 \pm 0,01}$	0,12 ± 0,01
5 – 12,6 кГц	$\frac{0,005 \pm 0,001}{0,0031 \pm 0,0002}$	$\frac{0,004 \pm 0,0005}{0,0027 \pm 0,0002}$	$\frac{0,009 \pm 0,002}{0,004 \pm 0,0006}$	$\frac{0,001 \pm 0,0002}{0,001 \pm 0,0002}$	0,001 ± 0,0004

1-ю (основную) группу составили 51 новорожденный с различными заболеваниями органов дыхания: 15 детей с внутриутробной пневмонией (ВУП), 15 новорожденных с синдромом дыхательных расстройств (СДР), 7 – с бронхолегочной дисплазией (БЛД) и 14 детей с проявлениями ОРВИ.

Во 2-ю (контрольную) группу вошли 50 детей без патологии со стороны бронхолегочной системы.

В представленной работе мы определили нормативные показатели бронхофонографии, которые дали возможность сформулировать диагностические показатели у новорожденных с заболеваниями органов дыхания.

Анализируя анамнестические данные, мы подтвердили установленные ранее данные, что факторами риска для возникновения бронхолегочных заболеваний у новорожденных являются: отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (аборт, выкидыши), патологическое течение беременности и родов (гестоз, угроза прерывания, невынашивание, многоводие, оперативное родоразрешение), заболевания мочеполовой системы (пиелонефрит, кольпит), инфекционные заболевания во время беременности (ОРВИ, урогенитальные инфекции).

Клинические проявления ВУП, СДР и БЛД у детей характеризовались такими симптомами, как одышка, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания и физикальные изменения в легких. К выявленным особенностям можно было отнести: при ВУП – ослабление дыхания, крепитация и укорочение перкуторного звука в 100% случаев, при СДР – жесткое дыхание у 26,6, хрипы в легких у 40, мозаич-

ное укорочение перкуторного звука у 46,6%. У детей с БЛД при поступлении отмечалось ослабленное дыхание в 71,4% случаев, жесткое дыхание – в 28,5, крепитация и сухие хрипы – в 100%, укорочение перкуторного звука – в 71,4% случаев.

Одновременно с оценкой клинической симптоматики проведено обследование функции внешнего дыхания новорожденных детей методом компьютерной бронхофонографии. Обследования выполнялись в день поступления (исходно) и после проведенного лечения по улучшению клинической картины: при ВУП и СДР на 14–18-й день, при БЛД на 21-й день, при ОРВИ на 5–10-й день.

Мы установили ряд диагностических критериев для показателей акустической работы дыхания у новорожденных с бронхолегочной патологией. При этом за нормативные мы брали показатели новорожденных контрольной группы. Нами были получены следующие результаты (таблица).

Наиболее значимые изменения на респираторных паттернах отмечались у новорожденных с БЛД. Во всех частотных диапазонах показатели достоверно превышали контрольные. После проведенного лечения улучшались клиническая симптоматика и в 2 раза показатели БФГ, однако АРД все еще существенно превышала контрольные показатели. Всем детям было продолжено лечение по БЛД.

Учитывая, что в основе БЛД лежат необратимые морфологические изменения бронхолегочной системы, очевидно, что при этом будут отмечаться нарушения функции внешнего дыхания. Такие дети требуют длительного наблюдения, т.к. исходами БЛД

могут быть хронические обструктивные заболевания. У новорожденных с ВУП и СДР клинические симптомы дыхательной недостаточности были менее выражены. При ВУП, СДР, БЛД максимальные изменения затрагивали высокочастотную область, что подтверждалось на респираторных паттернах появлением дополнительных волн, свидетельствующих о наличии бронхиальной обструкции. У новорожденных с ОРВИ показатели бронхофонографии практически не отличались от контрольных и полностью нормализовались к моменту выписки детей.

Таким образом, предлагаемый метод исследования органов дыхания является неинвазивным, объективным и простым, его результаты могут оцениваться непосредственно в ходе исследования. Полученные результаты позволят в практической медицине объективно оценивать функцию внешнего дыхания, определять тактику ведения больных детей с тяжелыми респираторными нарушениями.

Литература

1. Акустическая характеристика дыхательных шумов у недоношенных новорожденных / Г.М. Деметьева [и др.] // Вестник российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1996. – №4. – С. 22–27.
2. Бронхиальная астма / под ред. А.Г. Чучалина: В 2 т. – М.: Агар, 1997. – Т.1. – 432 с.
3. Компьютерная диагностика бронхолегочных заболеваний в педиатрии / Малышев В.С. [и др.] // 2-я междунар. конф. по электромеханике и электротехнологии: тез. докл. – Крым, 1996. – С.3.
4. Малышев В.С. Компьютерная система для диагностики заболеваний органов дыхания / В.С. Малышев НПК «Промышленная экология – 97»: тез. докл. – С-Пб., 1997. – С. 399–402.

С.Л. Александрова

ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗ У ДЕТЕЙ В РЕГИОНЕ ЯКУТИИ

Цель. Изучение особенностей течения и поражения слизистой оболочки органов верхнего отдела пищеварительного тракта (ВОПТ) у детей региона Якутии.

Материалы и методы. Представлен материал результатов изучения течения хронического эрозивного и неэрозивного гастродуоденита, ассоциированного с хеликобактериозом у 204 детей, проживающих в регионе Якутия. Дети коренной национальности составили 62,2%, при этом в большинстве случаев это дети сельскохозяйственных районов Якутии. Диагностика патологии желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) была констатирована с использованием общеклинических, биохимических анализов, а также инструментальные методы – УЗИ-диагностика, фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС), гистологического и цитологического исследования биоптатов слизистых ВОПТ. Кроме этого были выполнены «Хелик-тест» и «Хелпил-тест» для диагностики хеликобактериоза и степени обсемененности слизистой желудка и ДПК.

Результаты и заключение. Анализ полученных результатов выявил различия по выраженности поражения слизистой желудка и ДПК у детей с хеликобактериозом в зависимости от этнической принадлежности. Полученные результаты обосновывают более раннюю диагностику патологии ВОПТ и обязательного назначения эридикационной терапии по установленным стандартам.

Ключевые слова: эрозивный и неэрозивный гастродуоденит, *Helicobacter pylori*, дети коренной и некоренной национальности, обсемененность слизистой желудка и ДПК, эридикационная терапия.

The purpose. Studying of features of current and defeat of a mucous membrane of bodies of the top section of a digestive tract (TSDT) at children of region of Yakutia.

Materials and methods. The material of results of studying of current chronic erosive and non-erosive gastroduodenitis, associated with helicobacteriosis at 204 children living in region of Yakutia is presented. Children of a indigenous nationality have made 62, 2 %, thus in most cases they were from agricultural areas of Yakutia. Diagnostics of pathology of a stomach and a duodenum has been ascertained with use of common clinic, biochemical analyses, and also tool methods - ultrasonic-diagnostics, fibroesophagogastroduodenoscopy (FEGDS), histologic and cytologic research of biopsy materials of mucous membrane of TSDT. Besides that "Helic-test" and "Helpil-test" for diagnostics of helicobacteriosis and degrees of seeding of mucous membrane of a stomach and duodenum have been executed.

Results and the conclusion. The analysis of the received results has revealed distinctions on expressiveness of defeat mucous membrane of a stomach and duodenum at children with helicobacteriosis depending on an ethnic accessory. The received results prove earlier diagnostics of pathology of TSDT and obligatory purpose of eradicational therapy under the established standards.

Keywords: erosive and non-erosive gastroduodenitis, *Helicobacter pylori*, children of an indigenous and non-indigenous nationality, seeding of mucous membrane of a stomach and duodenum, eradicational therapy.

В настоящее время патология органов пищеварения занимает ведущее место среди заболеваний внутренних органов у детей, являясь важной медицинской и социальной проблемой современности. Распространенность гастроэнтерологических заболеваний у детей составляет 79,3 на 1000 детей с подъемом в 5-6 лет и 9-12 лет и максимальным пиком в возрасте 6 лет [1]. Частота выявления хеликобактериоза у детей, по данным ряда авторов, колеблется от 60 до 80% случаев [2, 5, 6, 13]. Результаты эпидемиологических исследований, проведенные в России, показали широкую распространенность этих заболеваний во всех регионах страны, особенно в районах с высоким уровнем антропогенной загрязненности. Кроме того, было установлено, что на распространенность хеликобактериоза огромное влияние оказывают социально-экономические условия проживания детей [8, 10].

АЛЕКСАНДРОВА Софья Лаврентьевна – отличник здравоохранения РС(Я), гл. врач МУ «Детская городская клиническая больница №2».

Доказано, что гастроэнтерологические заболевания у взрослых берут свое начало в детском возрасте [5]. В развитии хронического гастрита и язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки немаловажная роль принадлежит бактерии *Helicobacter pylori* [2, 4]. Несмотря на многочисленные исследования, посвященные изучению различных аспектов *H.pylori* ассоциированных заболеваний, многие вопросы патогенеза, диагностики и лечения остаются нерешенными. В частности, актуальным является усовершенствование имеющихся и разработка эффективных методов диагностики и лечения гастродуоденитов, ассоциированных с инфекцией *H.pylori*.

Существующие противоречия по поводу эффективности имеющихся схем эридикационной терапии требуют поиска новых, более эффективных схем и разработки дифференцированного подхода при планировании лечения с учетом этнических и других факторов. Кроме того, исследователями многих стран наглядно показана прямая зави-

симость инфицированности детского населения от общего экономического уровня развития страны, соблюдения санитарно-гигиенических норм: чем выше социальный уровень жизни населения, тем ниже инфицированность [4, 6, 11]. В доступной литературе имеются лишь единичные работы, показывающие уровень распространенности хеликобактерной инфекции среди различных популяций населения РФ, в основном они касаются исследований среди взрослого контингента населения. Имеются лишь единичные работы, в которых показано влияние возрастного и этнического факторов в распространенности инфекции *H.pylori*. У коренных жителей Крайнего Севера распространенность *H.pylori* составляет 40%, при этом язвенная болезнь не диагностируется [7,12]. До настоящего времени, по данным литературы, частота выявления хеликобактериоза у детей колеблется в широких пределах [3, 7, 9, 10]. По статистическим данным, в РФ она составляет более 150 на 1000 детей. В регионе Якутии данная цифра требует уточнения,

что также явилось необходимостью проведения данного исследования.

Материалы и методы

Проведено обследование и наблюдение за 204 детьми. Все больные имели гастродуодениты, ассоциированные с *H. pylori*, в т. ч. у 61 ребенка зарегистрирован эрозивный, у 143 - неэрозивный гастродуоденит. По этнической принадлежности 127 (62,2%) детей были коренной национальности, 77 (37,7%) – некоренные (таблица). Подавляющее большинство среди коренных детей составили жители сельской местности (42,7%), среди некоренных – городской (29,4%). Среди детей коренной национальности 25 (19,7%) проживали в отдаленных населенных пунктах Заполярной и Приполярной зон Республики Саха (Якутия). Всем детям проведены общеклинические анализы, ультразвуковые исследования органов брюшной полости, фиброгастродуоденоскопия, гистологические и цитологические методы исследования. Кроме вышеперечисленных методик, в целях усовершенствования ранней диагностики заболевания и выявления *Helicobacter pylori*, нами были внедрены *Helic-test* и *Helpic-test*, исследование биоптата на бактерии *H. Pylori*.

Результаты и обсуждения

В результате проведенного исследования установлено, что у детей имелись существенные различия в образе жизни и питания в зависимости от этнической принадлежности. Дети коренной национальности в 40,7% случаев проживали в частных домах без каких-либо благоустройств, а 62,3% некоренных – имели благоустроенные квартиры. Отличия в характере питания заключались в том, что 1/3 детей коренной национальности регулярно употребляли в пищу рыбные продукты. Кроме того, коренные дети значительно редко употребляли в пищу фрукты и овощи, что составило лишь 19,7, против 81,8% – среди некоренных. В 80,3% случаев коренные дети употребляли в пищу сырые продукты (мясо, рыбу), что также является особенностями традиции питания коренных народов Севера. Установлено, что 63,4% больных имели родственников, страдающих язвенной болезнью желудка. Подробное изучение клинической картины заболевания позволило установить, что в начальном ее периоде у большинства детей были отмечены синдромы язвенной диспепсии, дискинетической и неспецифической диспепсии. У большинства детей выявлены боли в животе,

Частота эрозивного и неэрозивного гастродуоденита, ассоциированного с *H. pylori*

Диагноз	Коренные, n=127			Некоренные, n=77		
	Пол	Абс.ч.	%	Пол	Абс. ч.	%
Неэрозивный гастродуоденит	мальчики	46	36,2	мальчики	25	32,5
	девочки	45	35,4	девочки	27	35,0
	Всего:	91	71,6	Всего:	52	67,5
Эрозивный гастродуоденит	мальчики	23	18,2	мальчики	18	23,4
	девочки	13	10,2	девочки	7	9,1
	Всего:	36	28,4	Всего:	25	32,5

тошнота, изменения стула, отрыжка и изжога. Установлено, что жалобы и клинические проявления гастродуоденальной патологии, ассоциированной с хеликобактерной инфекцией, в двух популяциях детей региона Якутии в сравнении имели существенные различия.

Так, болевой синдром у детей коренной национальности имел связь со временем приема пищи, был чаще ноющим и колющим и носил кратковременный характер. У некоренных детей он характеризовался тем, что чаще развивался натощак, был ноющим и давящего характера, а продолжительность его была более длительной. Изучение клинических проявлений болезни позволило установить, что у детей коренной национальности диспепсические явления были более выраженными. Установлено, что клиническая симптоматика болезни и жалобы у больных при эрозивном гастродуодените были более выраженными, чем при неэрозивном.

По результатам ультразвуковых исследований органов брюшной полости также был выявлен ряд различий. Хронический холецистит почти в 2 раза чаще был зарегистрирован у коренных (13,4%) детей, чем у некоренных (7,8%). Выявлялся диспанкреатизм, который у девочек коренной национальности отмечен несколько чаще (6,3%), чем у некоренных детей (5,2%). Дискинезия желчевыводящих путей зарегистрирована в сравниваемых группах наблюдения без существенной разницы (24,3 и 22,1% соответственно).

Показатели общеклинических анализов крови у подавляющего большинства больных были в пределах нормы. Но у детей, больных эрозивным гастродуоденитом, несколько чаще выявлены изменения картины красной крови в виде умеренного снижения количества эритроцитов и анемии (15%). Кроме того, следует отметить, что у детей коренной национальности в 23% случаев отмечены умеренный лейкоцитоз и ускорение СОЭ. После курса эрадикационной терапии у всех детей картина крови нор-

мализовалась. Общий анализ мочи у всех наблюдаемых больных был в пределах нормы.

Показатели биохимических анализов крови были следующими: уровень АЛТ до лечения в среднем составил $0,34 \pm 0,15$, после лечения – $0,34 \pm 0,1$ ммоль/л ($p > 0,05$), уровень АСТ соответственно – $0,55 \pm 0,01$ и $0,52 \pm 0,01$ ммоль/л ($p > 0,05$). Показатель тимоловой пробы в процессе лечения также не претерпел существенных изменений и в среднем равнялся до лечения $1,14 \pm 0,27$, после лечения – $1,4 \pm 0,29$ ед. ($p > 0,05$). Уровень общего билирубина до лечения составил $11,6 \pm 0,7$, после лечения – $10,9 \pm 0,4$ мкмоль/л ($p > 0,05$). Таким образом, показатели функционального состояния печени в процессе лечения были в пределах нормы.

Проведение эзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС) у детей позволило выявить различные изменения в пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке. Гастрозофагальный рефлюкс несколько чаще был диагностирован у некоренных детей (31,1%), чем у коренных (29,1%). Изменения в слизистой оболочке желудка с гиперемией, отеком превалировали у некоренных детей. Дуоденогастральный рефлюкс также наиболее чаще отмечался у некоренных детей (52,3%), чем у коренных (48,8%). Изменения в слизистой двенадцатиперстной кишки превалировали у некоренных, чем у коренных детей. Эрозивно-язвенные изменения в слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки отмечены у 36 (59%) коренных и 25 (41%) некоренных детей и преобладал и у мальчиков (67,2%), чем у девочек (32,8%). В обеих группах эрозивно-язвенные изменения в основном были локализованы в желудке (57,3%) и чаще в антральном ее отделе (47,5%). Эрозивно-язвенные изменения в слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки в 35 (57,3%) случаях были единичными, в 26 (42,7%) – множественными.

Воспалительные изменения, сочетающиеся с нарушениями моторики желудочно-кишечного тракта, в виде гастро-дуоденального и дуодено-гастрального рефлюксов наиболее час-

то констатировались у некоренных (84,45), чем у коренных (77,9%).

Умеренная и высокая степень обсемененности слизистой оболочки желудка, по данным цитологического исследования, отмечена у детей коренной национальности. При этом установлено, что у детей коренной национальности плотность обсемененности *H. pylori* соответствовала высокой частоте выявления эрозивных и язвенных изменений гастродуоденальной зоны. Это свидетельствует о том, что абсолютной защиты у коренных жителей от повреждающего действия бактерий не существует. Гистологические исследования позволили выявить различной степени выраженности пролиферацию клеток железистого эпителия. Так, I степень отмечена у 74 (58,3%) коренных и у 38 (49,3%) некоренных детей, II степень, соответственно, у 30 (23,6%) и 20 (25,9%) больных. Значительно реже наблюдалась III степень выраженности пролиферации клеток железистого эпителия, что отмечено у 8 (6,3%) коренных и 5 (6,5%) некоренных детей. Умеренная лимфоидная инфильтрация обнаружена у 98 больных, в том числе у 69 (70,4%) коренных и 29 (29,6%) некоренных детей. Обильная лимфоидная инфильтрация отмечена у 54 детей, в т.ч. у 33 (61,1%) коренной и 21 (38,9%) некоренной национальности. Следует отметить, что кишечная метаплазия наблюдалась у 15 коренных и 6 некоренных детей, дисплазия отмечена у одинакового числа детей. Кишечная метаплазия и дисплазия в основном отмечена у детей в возрасте 10-15 лет. При этом существенная разница по половой принадлежности не выявлена.

На основании результатов морфологического исследования установлено, что в обеих группах наблюдения преобладала I степень воспалительного индекса. При этом III степень почти в 1,5 раза чаще выявлена у коренных детей и составила 11% против 7,8% у некоренных. Дистрофический индекс также в обеих группах был в подавляющем большинстве случаев I степени. Более выраженные дистрофические изменения, т.е. III и IV степени, преобладали у детей коренной национальности (18,1%), чем у некоренных (14,2%).

Установлено, что в диагностике хеликобактерной инфекции у детей в регионе Якутии существует ряд трудностей, о чем свидетельствует то, что только у 1/3 больных эрозивным гастродуоденитом этот диагноз был известен ранее. Среди них подавля-

ющее большинство составили некоренные дети (71,3%). Установлено, что анамнестические сведения были более полными у некоренных и практически отсутствовали у коренных детей. В связи с чем можно констатировать факт отсутствия диагностики геликобактериоза в условиях сельской местности республики. Кроме того, о поздней диагностике гастродуоденитов у детей свидетельствуют более запущенные формы болезни, как по распространенности, так и по локализации и степени обсемененности.

В связи с вышеизложенным нами были внедрены методы экспресс-диагностики с применением ХЕЛПИЛ- и ХЕЛИК-тестов в 5 районах республики. Это позволило в среднем сократить сроки диагностики хеликобактерной инфекции у детей до 1 недели.

По результатам проведенного исследования следует отметить, что основную роль в диагностике заболевания имела правильная оценка анамнестических данных и клинических проявлений заболевания, после которых следуют инструментальные методы исследования и методики экспресс-диагностики хеликобактерной инфекции. Применение методов экспресс-диагностики оказались необходимыми не только для диагностики *H. pylori*, но и контроля за эффективностью эрадикационной терапии.

Выводы

1. Распространенность *Helicobacter pylori* среди детей составила 62,2% у коренных и 37,8% у некоренных детей региона Якутии. При этом у 1/3 больных отмечается развитие эрозивно-язвенных изменений в верхних этажах пищеварительного тракта.

2. Клинические проявления гастродуоденитов, ассоциированных с *H. pylori*, были более выраженными у коренных детей со значительным положительным эффектом эрадикационной терапии.

3. По результатам ФЭГДС у всех детей выявлены сочетанные воспалительные изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Эрозивно-язвенные изменения преобладали у детей коренной национальности.

4. Умеренная и высокая степень обсемененности *H. pylori* СОЖ чаще констатировалась у детей коренной национальности. При этом плотность обсемененности соответствовала высокой частоте выявления эрозивных и язвенных изменений гастродуоденальной зоны.

5. Гистологические исследования

позволили выявить I и II степени выраженности пролиферации клеток железистого эпителия в 2 раза чаще у детей коренной национальности.

6. Результаты исследования свидетельствуют об обязательной эрадикационной терапии детей с патологией гастродуоденальной зоны, ассоциированной с *H. pylori*.

Литература

1. Баранов А.А. Актуальные вопросы детской гастроэнтерологии / А.А. Баранов, П.Л. Щербаков // Вопросы современной педиатрии. – 2002. – Т.1. - №1. – С. 12-16.

2. Барановский А.Ю. Эрадикационная терапия *Helicobacter pylori* / А.Ю. Барановский, О.Б. Щукина, Л.И. Назаренко // Клиническая фармакология. – 1999. – Т.8. - №1. – С. 54-58.

3. Гаркун О.Л. Клинико-морфологические особенности патологии верхнего отдела пищеварительного тракта у коренного населения Тывы / О.Л. Гаркун: автореф. дис... канд. мед. наук. – Красноярск, 2002. – с. 24.

4. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированные с *Helicobacter pylori* / П.Я. Григорьев, Э.П. Яковенко // Клиническая медицина. – 1998. - №6. – с. 11-15.

5. Левицкая Н.В. Клинико-эндоскопическая диагностика и лечение хеликобактерных гастритов у детей в условиях поликлиники / Н.В. Левицкая: автореф. дисс... канд. мед. наук. – Ростов на Дону, 2002. – С. 18.

6. Корниенко Е.А. О диагностике инфекции *Helicobacter pylori* у детей / Е.А. Корниенко [и др.] // Росс. Вестник перинат. педиатрии. – 1998. - №5. – С. 34-36.

7. Корниенко Е.А. О причинах вариабельности *Helicobacter pylori* – ассоциированных гастродуоденальных заболеваний у детей / Е.А. Корниенко [и др.] // Детская гастроэнтерология и нутрициология. – 2003. – Т. №13. – С. 784.

8. Аруин Л.И. Хронический гастрит / Л.И. Аруин [и др.]. – Амстердам, 1993. – С. 151-161.

9. Шевцова Г.В. Хронический гастродуоденит, ассоциированный с *Helicobacter pylori* у детей, проживающих в промышленной зоне мегаполиса / Г.В. Шевцова: автореф. дис... канд. мед. наук. – М., 1996. – 23 с.

10. Щербаков П.Л. Значение пилорического кампилобактериоза в поражении верхних отделов пищеварительного тракта у детей / Г.В. Шевцова: автореф. дис... канд. мед. наук. – М., 1991. – С. 14.

11. Buckley M.J. A community-based study of the epidemiology of *Helicobacter pylori* infection and associated gastroduodenal pathology / M.J. Buckley // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. – 1998. – Vol.10. №5. – P. 375-379.

12. Bourke V. *Helicobacter pylori* infection and peptic ulcer disease in children / V. Bourke // Pediatr. Infect. Dis. – 1996. - №15. – P. 1-13.

13. Hu P.J. Gastric atrophy and regional variation in upper gastrointestinal disease / P.J. Hu, Y.Y. Li, H.L. Lin // Am. J. Gastroenterol. – 1995. – Vol. 90, №7. – P. 1102-1106.

З.Н. Кривошапкина, Г.Е. Миронова, Л.Д. Олесова,
А.И. Яковлева, С.И. Софронова, Ф.А. Захарова

УДК 616-036.22(516.7)

ЧАСТОТА ДИСЛИПИДЕМИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ЯКУТИИ

Цель исследования. Оценка состояния липидного обмена у городского и сельского населения Якутии.

Материалы и методы. Обследовано 1719 чел. организованного и неорганизованного городского и сельского населения Якутии обоего пола в возрасте от 18 до 75 лет.

Исследования липидного спектра проводились энзиматическим методом на биохимическом анализаторе «Cobas Mira Plus».

Результаты. Выявлено, что у 35% из числа обследованных концентрация общего холестерина в сыворотке крови была выше нормы и зависела от возраста.

Заключение. Дислипидемия у жителей Якутии независимо от этнической принадлежности имеет атерогенный характер, что требует дальнейшего исследования и проведения среди населения республики профилактических мер по предупреждению развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Ключевые слова: показатели липидного обмена, липидный спектр, коэффициент атерогенности.

The purpose. An estimation of a condition of lipid exchange at city and rural population of Yakutia.

Materials and methods. 1719 organized and unorganized city and rural population of Yakutia of both sex in the age of from 18 till 75 years were investigated.

Researches of a lipid spectrum were held by an enzymatic method on the biochemical analyzer «Cobas Mira Plus».

Results. It is revealed, that at 35 % among the surveyed persons concentration of the general cholesterol in whey of blood was above norm and depended on age.

The conclusion. Dyslipidemia at inhabitants of Yakutia irrespective of an ethnic accessory has atherogenic character that demands the further research, and carrying out among the population of republic of preventive measures on preventions of development of cardiovascular diseases.

Keywords: parameters of a lipid exchange, lipid spectrum, atherogenic factor.

Одной из важнейших форм адаптации является биохимическая. Специфические реакции биохимических адаптаций интегрированы таким образом, чтобы соответствовать потребностям всех функциональных систем организма в данный момент в данных условиях [5, 7].

В условиях Севера энергетические потребности организма удовлетворяются за счет липидов, т.е. основной обмен веществ переключается с углеводного типа на жировой. Определенный тип метаболизма у коренных жителей Сибири и Севера, соответствующий белково-липидному характеру их питания, является генетически детерминированным во всех его звеньях и формируется в процессе онтогенеза под влиянием факторов внешней среды [3, 6, 7]. Исследования, проведенные нами ранее, показали, что среди жителей Якутии отмечены нарушения липидного обмена [2].

КРИВОШАПКИНА Зоя Николаевна – с.н.с. ЯНЦ СО РАМН; **МИРОНОВА Галина Егоровна** – д.б.н., с.н.с. ЯНЦ СО РАМН, проф. МИ ЯГУ; **ОЛЕСОВА Любовь Дыгыновна** – с.н.с. ЯНЦ СО РАМН; **ЯКОВЛЕВА Александра Ивановна** – м.н.с. ЯНЦ СО РАМН; **СОФРОНОВА Саргылана Ивановна** – с.н.с. ЯНЦ СО РАМН; **ЗАХАРОВА Федора Аполлоновна** – д.б.н., проф. МИ ЯГУ, с.н.с. ЯНЦ СО РАМН.

Возможно, распространенность дислипидемии как среди коренного, так и некоренного населения Якутии является причиной неуклонного роста сердечно-сосудистых патологий. Так, в РС(Я) на диспансерном учете по поводу болезней системы кровообращения состоит более 36 тыс. чел. населения республики. В 2005 г. впервые признано инвалидами 1670 чел. в возрасте 18 лет и старше (2004 г.-1280), что на 30,5% больше, чем в предыдущем году. Растут показатели и временной нетрудоспособности, так, в 2005 г. число таких дней по болезням системы кровообращения составило 4023967 (2004 г. – 454245) или 107,6 на 100 работающих (РС (Я) 2004 г. – 119,1, РФ 2004 г. – 93,9) [1].

Целью данной работы является оценка состояния липидного обмена у городского и сельского населения, проживающего в различных регионах Якутии.

Материалы и методы

Состояние липидного обмена было обследовано у 1719 чел. организованного и неорганизованного городского и сельского населения Якутии обоего пола в возрасте от 18 до 75 лет.

Показатели липидного спектра исследовались энзиматическим методом на биохимическом анализаторе «Cobas Mira Plus». Для оценки ги-

перхолестеринемии и дислипидемии пользовались критериями, предлагаемыми А. Н. Климовым и Н. Г. Никольцевой [4]: значение общего холестерина в крови выше 6,45 ммоль/л – повышенным, уровень ХС ЛПНП выше 4,2 ммоль/л считали высоким, значение ХС ЛПВП ниже 0,9 ммоль/л – низким [4].

Результаты и обсуждение

Согласно полученным нами данным, уровень общего холестерина в сыворотке крови у жителей Республики Саха (Якутия) варьировал от 3,47 до 9,52 ммоль/л. Несмотря на то, что средние значения общего холестерина в сыворотке крови соответствовали общепринятым нормативам, у 35% из числа обследованных лиц концентрация общего холестерина в сыворотке крови была выше нормы. При этом уровень холестерина зависел от возраста (табл.1). Наиболее низкие значения холестерина отмечались у лиц молодого возраста. Как видно из табл.1, тенденция к увеличению уровня общего холестерина у жителей Якутии отмечается сравнительно в молодом возрасте (начиная с возрастной группы 30-39 лет), а у лиц старше 60 лет увеличение содержания холестерина в крови было статистически достоверным ($p < 0,05$).

Таблица 1

Уровень общего холестерина и триглицеридов в крови у жителей Якутии в зависимости от возраста, ммоль/л

Возраст, лет	Общий ХС	Триглицериды
20-29	4,01±0,50	0,96±0,15
30-39	5,47±0,17	1,12±0,27
40-49	5,59±0,09	1,22±0,42
50-59	5,87±0,11	1,63±0,37
60 и выше	6,10±0,12*	2,08±0,82*

* P<0,05 – по сравнению с группой 20-30 лет.

Следует подчеркнуть, что гиперхолестеринемия у отдельных лиц наблюдалась во всех возрастных группах. Так, среди жителей г. Якутска в возрасте от 20 до 29 лет повышенный уровень холестерина отмечен у 4% мужчин и 5% женщин, в возрасте от 30 до 49 лет – у 18% мужчин и 13 и в возрасте старше 50 лет – у 19% и 30% соответственно. Несколько иная картина наблюдалась среди жителей г. Удачного (возраст 39-60 лет), так, у 80 из 264 чел. содержание холестерина было выше 6,0 ммоль/л, что составило 30,3% из числа прошедших обследование. При этом женщин с повышенным содержанием холестерина было 34 (25% из 136 обследованных женщин), мужчин – 46, что составило 35,9%.

Содержание общего холестерина у группы жителей Усть-Майского улуса, являющегося золотодобывающим районом, было наиболее высоким из всех групп, прошедших обследование. Гиперхолестеринемия выявлена в 37,0% случаев, уровень триглицеридов был повышен в 31,3% случаев.

У коренных жителей, проживающих в зоне техногенного загрязнения, обусловленного добычей алмазов (с. Сьюльдюкэр и с. Таас-Урэх), а в с. Таас-Урэх загрязнение окружающей среды усугублялось еще и проведением подземного ядерного взрыва в 7,5 км от этого села, концентрация общего холестерина не отличалась от нормальных величин. При этом в 14,3% случаев уровень холестерина был высоким у жителей с. Сьюльдюкэр, а у жителей с. Таас-Урэх этот показатель липидного обмена был высоким в 8,2% случаев.

В группе сельских жителей (коренных жителей), занятых в основном животноводством, уровень общего холестерина в среднем варьировал в пределах общепринятых норм. Следует отметить, что у сельских жителей

Якутии гиперхолестеринемия встречается чаще, чем гипертриглицеридемия. Так, у жителей с. Бэрдигэстэх (Горный улус) гиперхолестеринемия встречалась в 24,0% случаев, в то же время гипертриглицеридемия была выявлена только в 4,8% случаев. В с. Табага (Мегино-Кангаласский улус) уровень общего холестерина был высоким в 23,9% случаев и только у 4 (4,2), триглицериды были высокими. В с. Тит-Ары процент встречаемости гипертриглицеридемии (4,9%) также был ниже, чем гиперхолестеринемии (6,7%).

Наиболее благополучная ситуация была у жителей заполярного поселка Сааскылаах Анабарского улуса, из 193 обследованных лиц гиперхолестеринемия отмечена только у 4 человек и составила 2% случаев. Следует отметить, что жители этого поселка в основном придерживаются традиционного питания. Очень низкий процент встречаемости дислипидемий свидетельствует, что состояние липидного обмена во многом зависит от питания.

Анализ показателей липидного обмена у жителей Олекминского улуса в зависимости от национальности выявил, что уровни общего холестерина и триглицеридов в обеих группах не превышали общепринятых норм, но вместе с тем липидный спектр у них имел некоторые различия (табл. 2).

Концентрация в крови антиатерогенных липопротеидов у лиц якутской национальности была ниже нормы и сочеталась с высоким содержанием атерогенной фракции липидов. В группе лиц русской национальности уровень ХС ЛПВП был выше, чем у якутов, в то же время высоким и выше, чем у якутов, был и ХС ЛПОНП. В результате нарушения соотношений атерогенных и антиатерогенных фракций липидов коэффициент атерогенности превышал допустимую норму в обеих группах, у якутов в 2,16, у русских – в 1,9 раза.

Интегральным показателем, характеризующим количество потребленной и расходуемой энергии, является индекс массы тела (ИМТ), который был определен среди коренного населения г. Якутска (n=280) и с. Тит-Ары (n=163). Согласно полученным нами данным, среди городских жителей (г. Якутск) у 55% обследованных женщин ИМТ имел нормальные значения, избыточная масса тела отмечена у 33%, у 12% – ожирение и у 3% – недостаточная масса тела. Среди сельских жителей (с.Тит-Ары) нормальные значения ИМТ отмечены у 60% обследо-

Таблица 2

Показатели липидного спектра у жителей Олекминского улуса в зависимости от национальности

Биохимические тесты, ммоль/л	Якуты	Русские
Холестерин	5,56±0,26	5,08±0,44
Триглицериды	1,41±0,11	1,43±0,34
ХС ЛПВП	0,80±0,046	0,97±0,07
ХС ЛПНП	4,14±0,25	3,44±0,35
ХС ЛПОНП	0,64±0,08	0,83±0,25
Ка	6,5±0,7	5,7±1,2

дованных, недостаточная масса тела – у 5 %, избыточная – у 23, ожирение – у 12%.

Среди мужчин избыточная масса тела констатирована у 25 чел. (21%), ожирением страдали 2 чел. и только у 1 ИМТ был меньше 18,5. Отклонений от нормы в показателях ИМТ среди женщин было больше, чем у мужчин. При этом с возрастом значения ИМТ увеличивались. Эти данные свидетельствуют о достаточно высоком энергетическом уровне рационов питания. Увеличение ИМТ с возрастом, особенно среди женщин, может быть связано с избыточным потреблением высококалорийной пищи и малоподвижным образом жизни (недостаточной тратой потребленных калорий).

Выводы

Частота встречаемости дислипидемии среди коренных жителей, адаптированных к суровым климато-географическим условиям Якутии, свидетельствует о нарушении основного обмена веществ. Одной из причин встречаемости частоты дислипидемий является отклонение от традиционного питания. Существование зависимости дислипидемий от характера питания подтверждает благополучная ситуация по липидному обмену у жителей п. Сааскылаах, которые придерживаются традиционного питания. Атерогенный характер дислипидемии у жителей Якутии независимо от этнической принадлежности требует дальнейшего исследования и проведения среди населения республики профилактических мер по предупреждению развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Литература

1. **Гос. доклад** о состоянии здоровья населения РС (Я) в 2005 году. Якутск, 2006. – С. 95.
2. **Миронова Г.Е.** Дислипидопропротеидемии при заболеваниях гепатобилиарной системы / Миронова Г.Е. [и др.] //Мед.проблемы Севера (Межвузовский сборник научных трудов).- Якутск, 1996.- С. 17-19.

3. **Казначеев В.П.** Питание и метаболизм у пришлого населения в процессе адаптации его к суровым климатогеографическим условиям Заполярья / В.П. Казначеев, Л.Е. Панин, Л.А. Коваленко // Научно-технический прогресс и приполярная медицина. – Новосибирск: Наука, 1978. – С.170-171.

4. **Климов А.Н.** Обмен липидов и липопотеидов и его нарушения / А.Н. Климов, Н.Г. Никульчева. – СПб.: Питер Ком, 1999. – 512 с.

5. **Панин Л.Е.** Биохимические механизмы стресса / Л.Е. Панин. – Новосибирск, 1983. – 231 с.

6. **Панин Л.Е.** Оптимизация питания че-

ловека в условиях Сибири и Севера – основа первичной профилактики / Л.Е. Панин // Питание – основа первичной профилактики заболеваний на Севере. – Новосибирск, 1987. – С.7-28.

7. **Хочачка П.** Биохимическая адаптация / П. Хочачка, Д. Сомеро. – М.: Мир. – 1988. – 568 с.

УДК 616-092

А.С. Гольдерова, Ф.А. Захарова

СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ С ОТМОРОЖЕНИЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

Цель исследования. Оценка иммунного статуса больных с отморожениями в зависимости от фазы раневого процесса.

Материалы и методы. Было обследовано 95 мужчин с отморожениями разной степени тяжести и локализации в возрасте от 18 до 62 лет.

Результаты. Впервые исследована динамика изменений иммунного статуса в зависимости от фазы раневого процесса. В первые дни холодовой травмы выявлена супрессия Т-клеточного звена иммунитета (CD3+, CD4+, CD8+), на более поздних сроках – снижение гуморального звена (CD24+, IgA, IgM). Представленные данные свидетельствуют о том, что при холодовой травме возникают нарушения клеточного и гуморального иммунитета, требующие иммуномодулирующей терапии.

The purpose. An estimation of the immune status of patients with frostbites depending on a phase of injury process.

Materials and methods. 95 men with frostbites of a different degree of heaviness and localization in the age of from 18 till 62 years have been surveyed.

Results. For the first time dynamics of changes of the immune status depending on a phase of injury process is researched. In the first days of a cold trauma an immune deficit of T-cell link is revealed (CD3 +, CD4 +, CD8 +), on later terms – decrease of a humoral link (CD24 +, IgA, IgM). The presented data testify that at the cold trauma there are infringements of cellular and humoral immunity, demanding immunomodulating therapy.

Проблема холодовой травмы является особо актуальной для Северных регионов. В Якутии она является краевой патологией.

Механизмы действия холода на иммунную систему человека при острой холодовой травме остаются малоизученными. По данным ряда авторов, в результате холодовой травмы развивается иммунодефицитное состояние, сопровождающееся тяжелым течением заболевания, снижением репаративных процессов и частыми гнойными осложнениями [4-7].

Острое повреждение тканей при отморожениях характеризуется развитием не только локального патологического процесса (воспаление, ишемия, некроз), но и общими реакциями организма: развитием стресса, ответа острой фазы, иммунными реакциями клеточного и гуморального типа, NAR и реакциями системы крови.

Следует отметить, что при развитии некроза клиническое течение местных изменений соответствует течению

раневого процесса, характерного для всех некротических ран. Поэтому ряд авторов [1, 3 и др.] выделяют в этот период фазы: 1) воспаления, 2) развития некроза и его ограничения, 3) рубцевания и эпителизации ран.

В связи с этим представляет несомненный интерес изучение функционального состояния иммунной системы у больных с отморожениями по фазам течения раневого процесса.

Понимание характера наблюдаемых изменений иммунного статуса больных с холодовой травмой позволит разработать наиболее адекватную систему лечебно-профилактических мероприятий для снижения риска развития инфекционных осложнений и ускорения репаративных процессов.

Целью настоящего исследования явилась оценка иммунного статуса больных с холодовой травмой в зависимости от фазы раневого процесса.

Материал и методы исследования

Обследовано 95 больных с отморожениями разной степени тяжести и локализации в реактивный период, в возрасте от 18 до 62 лет. Для сравнительной оценки обследована группа контроля из 24 практически здоровых мужчин в возрасте от 19 до 60 лет.

Исследование иммунного статуса проводили у больных в динамике по периодам: при поступлении в стационар (1-й–4-й день после травмы), на 5-9, 10-17, 18-29, 30-46-й день.

Иммунологические методы включали: а) иммунофенотипирование Т- и В- лимфоцитов (CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD24+, CD25) методом непрямой поверхностной иммунофлюоресценции с использованием моноклональных антител НПЦ «Мед-БиоСпектр» (Москва); б) определение сывороточных иммуноглобулинов А, М, G турбодиметрическим методом с использованием реагентов НПО «Синтеко» (Москва) в) определение содержания циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) методом преципитации с полиэтиленгликолем (ПЭГ)-6000; г) определение С-реактивного белка (СРБ) методом латекс-агглютинации наборами ООО «Ольвекс Диагностикум» (Санкт-Петербург).

Результаты и обсуждение

При сравнительном анализе показателей иммунного статуса больных с отморожениями (n=95) с контрольной группой (n=24) установлены: достоверное снижение (p<0,05) Т-клеточного звена иммунитета (CD3+, CD4+,

Изменения показателей иммунной системы в динамике ($\mu\pm\sigma$)

Показатели	1-4-й день n=26	5-9-й день n=18	10-17-й день n=22	18-29-й день n=14	30-46-й день n=15	Контроль n=14
Абс.лимф	2,19 ± 0,20 1,02	1,82 ± 0,18 0,79	2,23 ± 0,18 0,86	2,16 ± 0,19 0,72	2,39 ± 0,21 0,83	1,92 ± 0,10 0,38
CD3, %	30,1 ± 1,33* 6,80	31,5 ± 1,44 6,13	30,2 ± 1,77 8,34	32,6 ± 2,26 8,48	31,6 ± 1,43 5,57	35,5 ± 0,70 2,62
CD3, абс.	0,64 ± 0,09 0,46	0,57 ± 0,06 0,26	0,68 ± 0,07 0,36	0,70 ± 0,06 0,25	0,74 ± 0,07 0,28	0,68 ± 0,04 0,15
CD4, %	26,5 ± 1,29* 6,62	27,7 ± 1,17 4,96	26,5 ± 1,13* 5,30	29,2 ± 2,31 8,66	26,9 ± 1,58 6,12	32,0 ± 0,93 3,48
CD4, абс.	0,56 ± 0,08 0,41	0,49 ± 0,04 0,21	0,60 ± 0,06 0,29	0,62 ± 0,06 0,22	0,62 ± 1,58 0,23	0,61 ± 0,03 0,14
CD8, %	14,3 ± 1,22 6,23	16,5 ± 1,56 6,63	16,3 ± 1,75 8,22	18,3 ± 1,10 1,10	19,0 ± 1,55 6,00	19,8 ± 0,67 2,53
CD8, абс.	0,30 ± 0,04 0,21	0,3 ± 0,05 0,21	0,36 ± 0,04 0,22	0,39 ± 0,04 0,16	0,45 ± 0,06** 0,23	0,38 ± 0,02 0,09
CD16, %	13,6 ± 1,19 6,08	15,7 ± 1,03 4,39	14,6 ± 1,09 5,13	14,7 ± 1,26 4,73	13,7 ± 0,78 3,05	16,2 ± 0,8 2,99
CD16, абс.	0,28 ± 0,03 0,03	0,28 ± 0,03 0,14	0,33 ± 0,04 0,19	0,32 ± 0,03 0,13	0,32 ± 0,02 0,11	0,31 ± 0,02 0,08
CD24, %	15,6 ± 1,20 6,15	18,2 ± 1,78 7,58	16,4 ± 1,22 5,72	19,1 ± 2,03 7,62	13,1 ± 0,02* 4,42	18,0 ± 1,04 3,91
CD24, абс.	0,32 ± 0,04 0,24	0,34 ± 0,05 0,22	0,37 ± 0,04 0,20	0,39 ± 0,05 0,19	0,31 ± 0,05 0,19	0,34 ± 0,02 0,10
CD25, %	13,1 ± 1,29 5,32	14,4 ± 1,32 4,78	10,4 ± 1,30* 4,14	16,5 ± 3,06 6,13	----	14,4 ± 0,80 3,05
CD25, абс.	0,29 ± 0,05 0,20	0,23 ± 0,03 0,13	0,22 ± 0,04 0,14	0,35 ± 0,05 0,10	----	0,28 ± 0,02 0,16
ИРИ	2,07 ± 0,13 0,68	1,88 ± 0,15 0,64	1,97 ± 0,18 0,85	1,62 ± 0,12 0,45	1,50 ± 0,12 0,47	1,77 ± 0,04 0,17
ЦИК	84,1 ± 3,48 14,3	79,8 ± 2,46 8,88	84,3 ± 4,11 13,0	73,3 ± 9,16* 18,3	----	94,4 ± 1,84 6,88
IgA	3,11 ± 0,34 1,78	3,15 ± 0,31 1,33	2,40 ± 0,34 1,60	1,97 ± 0,34 1,30	1,22 ± 0,08** 0,31	2,29 ± 0,25 0,95
IgM	1,62 ± 0,20 1,03	1,62 ± 0,23 0,98	1,40 ± 0,19 0,93	0,9 ± 0,10*** 0,39	0,76 ± 0,06** 0,27	1,56 ± 0,19 0,71
IgG	11,7 ± 1,13 5,78	14,0 ± 1,40 5,96	11,0 ± 1,02 4,81	12,0 ± 1,03 3,86	11,3 ± 0,99 3,83	13,9 ± 0,7 2,67
СРБ	4,36 ± 2,3 7,6	8,00 ± 3,31 9,94	2,57 ± 1,2 3,2	2,1 ± 1,4 2,8	1,6 ± 1,1 1,8	0

* Достоверность различий ($p < 0,05$) по сравнению с контролем.

** – “ – по сравнению с 1-4 днем.

CD8+) и повышение ($p < 0,05$) содержания ЦИК и СРБ в сыворотке крови.

Изменения иммунного статуса в динамике в зависимости от сроков, прошедших после травмы представлены в таблице.

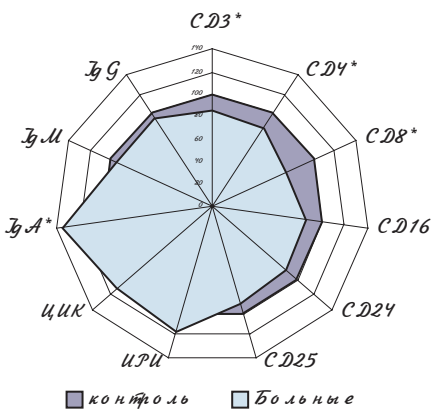


Рис.1. Изменения иммунного статуса больных с отморожениями в 1-4 дни после травмы

Установлено, что более выраженный дефицит Т-клеточного звена иммунитета наблюдается в ранние сроки травмы (на 1-4-й день). Достоверно ($p < 0,05$) снижено относительное число CD3+, CD4+, CD8+ по сравнению с контролем (рис.1)

Согласно данным И.И.Долгушина с соавт. [2], изменения в иммунной системе сразу после травмы универсальны для любой стресс-реакции и являются отражением процессов, происходящих в организме в ответ на острое повреждение тканей (ответ острой фазы). На функцию иммунной системы оказывают регуляторное влияние гормоны (глюкокортикоиды), цитокины (интерлейкины и интерфероны), токсины и другие факторы. Снижение иммунного ответа в условиях избытка тканевых антигенов, поступающих в кровь в первые дни после травмы, можно рассматривать как защитный механизм, предупреждающий развитие аутоиммунных процессов. Этим

объясняется резкое снижение показателей клеточного иммунитета в первые 4 дня после травмы.

На 5–9-й день у больных отмечается относительное повышение клеточных показателей иммунной системы по сравнению с первыми днями, что свидетельствует о развитии инфекционно-гниных и некротических процессов, об активации механизмов, направленных на ограничение некроза и отторжение поврежденной ткани. Отморожение рассматривается как заведомо инфицированное поражение, так как инфекция, всегда в избытке находящаяся на кожных покровах, проникает в организм вследствие потери кожей защитных, иммунологических, ферментативных свойств и общего ослабления организма [3]. На фоне подавления клеточного иммунитета, выявленного в ранний период (1-4-й день) и в зависимости от глубины поражения тканей, состояния неспецифической резистентности, в

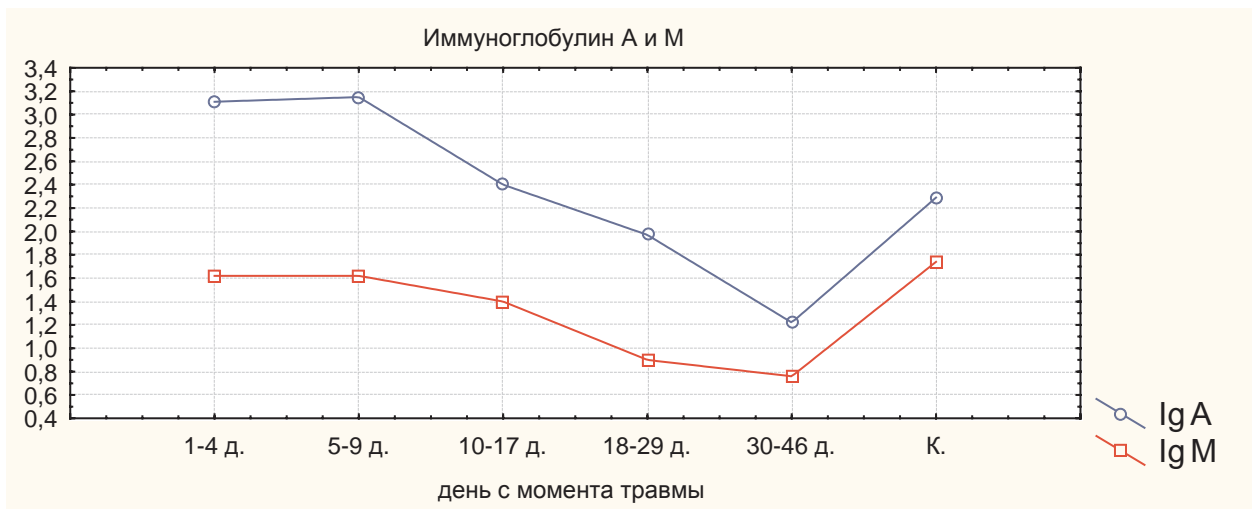


Рис.2. Динамика показателей сывороточных иммуноглобулинов

этот период характерно развитие инфекционно-гнойных, некротических процессов.

Все вышеперечисленное подтверждается повышением уровня ЦИК ($79,8 \pm 2,46$ у.е.) и СРБ ($8,00 \pm 3,31$) в сыворотке крови у больных. Как известно, СРБ синтезируется в гепатоцитах в ответ на медиаторы воспаления (цитокины) и является интегральным неспецифическим маркером острого воспаления независимо от этиологии.

На 10-17-й дни достоверно ($p < 0,05$) снижено относительное число CD4+ и CD25+ по сравнению с контрольной группой. CD25+ является маркером активации, это низкоаффинный Т-клеточный рецептор для фактора роста (ИЛ-2), экспрессируемый только на Т-клетках, активированных антигеном. В этот период при относительно легких степенях отморожения (1-2-я степень) наступает фаза эпителизации, грануляции и рубцевания. При отморожениях 3-4-й степени омертвление тканей ведет к развитию интоксикационного синдрома, что оказывает выраженное иммунодепрессивное действие на иммунную систему. На фоне сниженной исходной реактивности в эти сроки идет присоединение раневой инфекции, возникают гнойно-септические осложнения. В эти сроки больным с тяжелыми степенями отморожения производятся оперативные вмешательства, обусловленные формированием демаркационной линии (некрэктомия, ампутация, дермопластика и др.).

18-29-й дни характеризуются восстановлением числа субпопуляций Т-лимфоцитов до нормальных значений. Оперативные вмешательства, направленные на снижение гнойно-септических процессов, токсемии, удаление омертвевших тканей, «улучшают» картину течения болезни. На более поздних сроках (30-46-й дни) установлено достоверное повышение ($p < 0,05$) абсолютного содержания CD8+ по сравнению с 1-4-м днями.

С 5-9-го дня с максимумом на 30-46-й день отмечают признаки супрессии гуморального иммунитета: достоверное снижение ($p < 0,05$) содержания В-лимфоцитов и иммуноглобулинов А, М, относительное снижение иммуноглобулина G по сравнению с контролем и первыми днями (рис.2).

К факторам, приводящим к дефициту гуморального звена иммунитета у больных в поздние сроки лечения (30-46), несомненно, относятся выраженная белковая недостаточность и интоксикация организма.

Таким образом, по полученным нами результатам выявлено, что динамика функциональных изменений иммунной системы при отморожениях зависит от фазы течения раневого процесса. В остром периоде холодовой травмы развивается иммунодефицит клеточного звена, на более поздних сроках – гуморального звена.

Взаимосвязь (корреляция) лабораторных показателей с клиническими проявлениями холодовой травмы позволяет прогнозировать степень

тяжести отморожения и вероятность развития инфекционных осложнений, что имеет большое практическое значение. Проведение иммуномодулирующей терапии позволит улучшить результаты лечения, предупредит развитие гнойных осложнений и активизирует репаративные процессы в области повреждения тканей.

Литература

1. Вихриев Б.С. Местные поражения холодом / Б.С. Вихриев, С.Х. Кичемасов, Ю.Р. Скворцов. – Л.: Медицина, 1991. – 192 с.
2. Долгушин И.И. Иммунология травмы / И.И. Долгушин, Л.Я. Эберт, Р.И. Лифшиц. – Свердловск: Изд-во Уральского ун-та. 1989. – 188 с.
3. Котельников В.П. Отморожения / В.П. Котельников. – М.: Медицина, 1988. – 256 с.
4. Никитенко В.И. Характеристика естественной резистентности у больных с отморожениями / В.И. Никитенко: автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Челябинск, 1979. – 20 с.
5. Павлова В.Т. Динамика показателей Т- и В- систем иммунитета при острой холодовой травме / В.Т. Павлова, П.Г. Петрова, Г.Г. Попов // Клинико-иммунологические особенности патологии региона Якутии. – Якутск, 1985. – С. 45-48.
6. Сизоненко В.А. Применение тималина в комплексном лечении отморожений / Сизоненко В.А. [и др.] // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. – 1984. – №8, С. 86-90.
7. Соколович Г.Е. Показатели клеточного и гуморального иммунитета при местных гнойных осложнениях холодовой травмы / Г.Е. Соколович, А.А. Наумов, В.С. Кожевников // Военно-медицинский журнал. – 1987 – №4. – С. 42-43.

В.А. Аргунов, А.С. Иннокентьева, Л.Д. Индеева

УДК 616.36 – 002.2 (571.56)

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С В ЯКУТИИ

Обследовано 98 больных хроническим вирусным гепатитом С (57 мужчин и 41 женщина) в возрасте от 19 до 69 лет на базе гепатитного отделения Якутской городской клинической больницы. Клиническое течение хронического вирусного гепатита С характеризовалось широким спектром печеночных и внепеченочных проявлений. Отмечено, что комбинация повреждающих факторов алкогольной и вирусной природы увеличивает частоту и скорость развития цирроза печени. Морфологическое исследование биоптатов у 40 больных с определением индексов гистологической активности и склероза по шкале Knodell показало преобладание хронических гепатитов С низкой и минимальной активности со слабо выраженным фиброзом. В некоторых случаях степень десмопластического процесса в печени не соответствовала активности воспалительного процесса.

98 patients with chronic virus hepatitis C (57 men and 41 women) at the age of 19 to 69 years were surveyed on the basis of hepatitis department of the Yakut city clinical hospital. Clinical current of a chronic virus hepatitis C was characterized by wide spectrum hepatic and off-hepatic displays. It was noted, that the combination of damaging factors of the alcoholic and virus origin increases the frequency and speed of development of cirrhosis of a liver. Morphological research of biopstats of 40 patients with definition of indexes of histological activity and a sclerosis on Knodell scale showed the prevalence of a chronic hepatitis C of low and minimal activity with poorly expressed fibrosis. In some cases the degree of desmoplastic process in a liver mismatched the activity of inflammatory process.

Парентеральные вирусные гепатиты остаются одной из наиболее важных и глобальных проблем инфекционной патологии в связи с высоким уровнем заболеваемости и летальности. Являясь основной причиной развития всего спектра хронических заболеваний печени, включая цирроз и гепатоцеллюлярную карциному, они представляют поистине глобальную медико-социальную и экономическую проблему [5].

Из всего спектра вирусных гепатитов наибольший интерес представляет вирусный гепатит С, что объясняется преимущественно малосимптомным течением, с частой хронизацией (почти у 50% больных) и исходом (в 20%) в цирроз печени и гепатоцеллюлярную карциному.

В Республике Саха (Якутия) антитела к гепатиту С обнаруживаются у 4,8% населения (в Центральном регионе России 0,7-1,1%), причем количество хронических форм неуклонно возрастает [2]. Это связано с широкой циркуляцией вируса среди населения, отсутствием явных манифестных форм заболевания и методов активной профилактики [1]. Высокий уровень хронизации заболеваний печени

и желчных путей, по мнению ряда авторов, определяется климатогеографическими и социальными условиями Крайнего Севера, способствующими напряжению функций печени и ее повышенной «ранимости» [3, 4].

Морфологическое исследование печени при хроническом гепатите является ведущим диагностическим методом, проводимым с целью верификации диагноза, определения степени активности гепатита и стадии процесса в печени. Наряду с другими показателями (клиническими и лабораторными) это играет важную роль в прогнозировании течения гепатита, обратимости выявленных изменений, что, в конечном счете, определяет тактику лечения [6].

Целью настоящего исследования явилась клиничко-морфологическая характеристика хронического вирусного гепатита С в Республике Саха (Якутия).

Материал и методы

На базе гепатитного отделения Якутской городской клинической больницы обследовано 98 больных (57 мужчин и 41 женщина) хроническим вирусным гепатитом С (ХГС) в возрасте от 19 до 69 лет. План обследования включал анализ жалоб, анамнеза, объективного статуса. При оценке анамнеза учитывали длительность заболевания, данные о возможных путях инфицирования. Предполагаемая давность инфицирования, определяемая периодом времени с момента появления хотя бы одного фактора риска инфици-

рования составляла в среднем 12 лет. Функциональное состояние печени оценивали по активности аланиновой и аспарагиновой аминотрансфераз, щелочной фосфотазы, содержанию билирубина, белка и белковых фракций, тимоловой пробы.

Исследование сывороточных маркеров гепатитов В, С, Д проводили методом иммуноферментного анализа с помощью диагностических наборов «Вектор-Вест» г. Новосибирск, а определение HCV RNA осуществляли методом полимеразной цепной реакции в сыворотке крови с использованием диагностических наборов фирмы «Литех».

Материалом морфологического исследования послужили биоптаты печени 40 больных с хроническим вирусным гепатитом С, диагноз которых был подтвержден ИФА и ПЦР. Биоптаты фиксировали в 10% нейтральном формалине, после стандартной обработки парафиновые срезы окрашивали гематоксилином и эозином и по ван Гизону. Гистологическое изучение препаратов проводилось при увеличении в 100 и 400 раз с определением индексов гистологической активности (ИГА) и гистологического индекса склероза (ГИС) по шкале Knodell.

Результаты и обсуждение

Изучение анамнеза у 98 больных ХГС позволило установить наличие факторов риска инфицирования у 90 больных. У значительной части больных ХГС в анамнезе возможным фактором инфицирования являются

АРГУНОВ Валерий Архипович – д.м.н., проф., зав. лаб. ЯНЦ СО РАМН; **ИННОКЕНТЬЕВА Александра Степановна** – врач-патологоанатом РБ№1-НЦМ; **ИНДЕЕВА Любовь Дмитриевна** – врач-инфекционист Якутской городской клинической больницы.

перенесенные оперативные вмешательства 62 (63,2%) и гемотрансфузии 39 (39,7%). Роль гемотрансфузии преобладает у пациентов, инфицированных 5-10 лет назад и ранее. У 10 больных имелись внутрисемейные контакты - матери и/или родные имели ХГС. Существенно меньшее значение имели татуировки, инъекционная наркомания. У 8 пациентов пути трансмиссии установить не удалось.

У пациентов, в эпидемиологическом анамнезе которых имелись факторы риска инфицирования, представлялось возможным судить о длительности течения инфекции, за начало которой принималось время воздействия наиболее вероятного фактора риска. Средняя продолжительность заболевания в нашем наблюдении не превышала 5 лет у 17 человек, у 26 больных длительность заболевания составляла 6 - 10 лет, а у 40 пациентов – 11 - 15 и более лет. Обращает на себя внимание молодой возраст (в среднем 27,6 лет), в котором происходило инфицирование. При этом мужчины инфицировались в сравнительно молодом возрасте (25,6 лет), чем женщины (30,0 лет); были инфицированы в детском возрасте 10 % больных.

Анализируя клиническую симптоматику естественного течения ХГС, следует подчеркнуть, что она представлена достаточно скудно и зачастую неспецифическими симптомами, а в ряде случаев – полным отсутствием жалоб со стороны больных. Так, 8,1% пациентов с ХГС считали себя здоровыми, и никаких жалоб не предъявляли.

Самой частой жалобой больных с ХГС являлся астенический синдром (в 69,3% случаев) в виде слабости, недомогания, усиливающиеся во второй половине дня, нарушения сна и потливость. Диспепсический синдром наблюдался у 42,8% больных и характеризовался ухудшением аппетита, непереносимостью жирной пищи, ощущением горечи во рту, тошнотой и чувством тяжести в области эпигастрия. Болевой синдром (боли в области правого подреберья, эпигастрия) отмечался у 33,6% больных, что обусловлено вовлечением в патологический процесс других органов пищеварительной системы, в частности – поджелудочной железы. Геморрагический синдром (в 10,2% случаев) проявлялся частыми носовыми кровотечениями, кровоточивостью из десен, а также геморрагиями на коже в местах инъекций, незначительных ушибов.

Жалобы печеночного характера

(желтуха, иктеричность склер и т.д.) встречались значительно чаще, чем жалобы внепеченочного (боли в суставах, кожные изменения и т.д.) характера (соответственно в 65,3 и 44,8% случаев). Иктеричность склер была отмечена у 29,5% больных, желтуха - лишь у 7,4% из обследованных нами больных и колебание билирубина составило от 3- до 4-кратного повышения верхней границы нормы. Умеренное увеличение печени при целенаправленном исследовании было выявлено лишь у 18,3% больных. Увеличение селезенки было выявлено у 11,2% больных: у 3 больных циррозом печени и у 8 больных гепатитом. У больных циррозом печени спленомегалия отражала наличие портальной гипертензии, а у больных гепатитом – вероятно, генерализованную реакцию ретикулоэндотелиальной системы. Появление «сосудистых звездочек» отмечено у 34,6% больных.

В ходе обследования, помимо хронического гепатита, была выявлена сопутствующая гастроэнтерологическая патология. Так, хронический холецистит был диагностирован у 14,2%, хронический калькулезный холецистит у 5,1%, хронический панкреатит у 19,3%, хронический гастрит у 15,3%, эрозивный гастрит у 4% и язвенная болезнь желудка вне обострения у 2% больных. Употребление алкоголя в умеренных количествах отмечали 14,2% больных. Анализ клинических проявлений в зависимости от пола показал, что среди мужчин болевые ощущения отмечались в два раза чаще, чем среди женщин. В то же время суставной синдром, крапивница, зуд кожи встречались чаще у женщин.

Наибольшее значение в качестве оценки активности печеночного процесса при ХГС придается исследованию сывороточных аминотрансфераз, повышение активности которых, по данным литературы, является наиболее частым и, нередко, единственным лабораторным признаком. При биохимическом исследовании крови больных ХГС у большинства пациентов выявлены умеренные отклонения биохимических показателей. Нормальный уровень трансаминаз отмечен у 32,6% больных, увеличение в пределах 3-кратного превышения нормы – у 30,6%, от 3 до 5-кратного – у 15,3% и выше 5-кратного лишь у 17,3% больных.

При морфологическом исследовании биоптатов у всех 40 больных выявлена та или иная степень активности процесса в печени при преобладании

слабо активных форм ХГС. Так, минимальная активность (ИГА=1-3балла) была установлена в 27,5% случаев, низкая (ИГА=4-8 баллов) – 50,0, умеренная (ИГА=9-12 баллов) – 17,5 и высокая активность (ИГА=13-18баллов) в 5,0% случаев. У мужчин индекс гистологической активности был достоверно выше, чем у женщин ($p<0,05$).

Во всех случаях были выявлены признаки склероза разной интенсивности с преобладанием слабого. Средний ГИС для всей обследованной группы составил 1,6 балла. При этом у 67,5% больных наблюдался слабый фиброз печени, у 24% - умеренный, а у 7,5% больных ХГС констатирован цирроз печени. При проведении корреляционного анализа выявлено наличие линейной связи между степенью фиброза и морфологической активностью ($r=0,6$, $p<0,05$). Достоверного отличия между ГИС мужчин и женщин не выявлено ($p>0,05$).

Анализ морфологических изменений печени при ХГС показал, что в 37,5% случаев ступенчатые и мостовидные некрозы отсутствовали, незначительные и умеренные ступенчатые некрозы выявлены, соответственно, в 32,5% и 15,0% случаев, и только у 7,5% больных были отмечены мостовидные некрозы. В 52,5% случаев лобулярный компонент был представлен воспалительной инфильтрацией внутри долек без некрозов и с рассеянными фокальными некрозами. Лимфоидная инфильтрация портальных трактов в 22,5% случаев была слабо выражена, в 57,5% и 20,0% случаев (соответственно) - умеренная и выраженная. При этом в 40% случаев в портальных трактах обнаруживались лимфоидные фолликулы, а в 72,5% случаев отмечена активация звездчатых ретикулоэндотелиоцитов синусоидов. Паренхиматозные изменения печени были отмечены у всех больных и проявлялись баллонной (55,0%) и жировой (45,0%) дистрофией гепатоцитов.

Для определения наиболее часто встречающихся вариантов течения ХГС, больные были распределены в зависимости от активности воспалительных изменений в печени и степени фиброза. Отмечено, что 62,5% больных с минимальной и слабовыраженной активностью по данным результатов пункционной биопсии имели слабую степень фиброза. У 6 больных степень активности гепатита не соответствовала выраженности фиброза. При этом злоупотребляли алкоголем только 2 мужчин, а у остальных степень фиброза (умеренную и выражен-

ную) можно объяснить только другой патологией.

Формирующийся цирроз печени зарегистрирован у 7 больных (мужчин – 6, женщин – 1; средний возраст – 39 лет) с умеренной и выраженной активностью воспалительного процесса в печени. Из них более половины больных (57,1%) злоупотребляли алкоголем.

Таким образом, выявлено, что основное количество больных ХГС (72,5%) имеют морфологические изменения в печени в виде слабого фиброза и слабой активности воспалительных изменений в печени. При этом у 24,0% больных отмечен умеренно выраженный фиброз при незначительной активности гепатита.

Выводы

Основными путями инфицирования у больных ХГС являются перенесенные оперативные вмешательства

(63,2%) и гемотрансфузии (39,7). Особенностью клиники у больных ХГС являлся клинический вариант хронического гепатита с печеночными (в 65,3% случаев) и внепеченочными (в 44,8% случаев) проявлениями. Отмечено, что комбинация повреждающих факторов алкогольной и вирусной природы увеличивает частоту и скорость развития цирроза печени.

Морфологические изменения печени имели место у всех больных с ХГС, и проявлялись в большинстве случаев слабо выраженным фиброзом и слабой активностью воспалительных изменений. Во многих случаях минимальная активность сочеталась со слабой степенью фиброза, но в то же время у части (24,0%) больных выраженная степень десмопластического процесса в печени не соответствовала низкой активности воспалительного процесса.

Литература

1. **Алексеева М.Н.** // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. Прилож. №5. 1998. Т.8., №5. – С. 156-157.
2. **Балаян М.С.** Вирусные гепатиты: Энциклопедический словарь. 2-е изд., перераб. и доп. / Балаян М.С., Михайлов М.И. – М.: Амипресс, 1999. – 304 с.
3. **Барашкова Н.Н., Чибыева Л.Г.** // Вопросы рациональной гигиены, санитарии и эпидемиологии. Якутск, 1982. – Т.2. – С. 85-87.
4. **Безродных А.А., Чибыева Л.Г., Яковлев П.Н.** // III Всесоюзная конференция по адаптации человека в разных климатогеографических и производственных условиях. – Новосибирск, 1982. – Т.2. – С. 85-87.
5. **Шахгильдян И.В.** Парентеральные вирусные гепатиты (эпидемиология, диагностика, профилактика) / И.В. Шахгильдян, М.И. Михайлов, Г.Г. Онищенко. – М.: Медицина, 2003. – 178 с.
6. **Ющук [и др.]** // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2002. – №1. – С. 9-15.

Р.Г. Саввин

ИЗУЧЕНИЕ ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКОГО МАРКЕРА HLA У БОЛЬНЫХ ГЕПАТИТОМ В В ЯКУТСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Цель исследования. Поиск иммуногенетического HLA-маркера хронического вирусного гепатита В (HVB).

Материалы и методы. С помощью молекулярного метода HLA-генотипирования в соответствии со стандартами EFI (Европейской Федерации иммуногенетиков) проанализирован характер распределения лейкоцитарных антигенов класса I и II локусов A, B и DR среди больных хроническим гепатитом В в якутской популяции (n=64).

Результаты. В якутской популяции установлена статистически достоверная ассоциация хронического вирусного гепатита В со следующими антигенами – HLA- A23, A24, A26 и B18 и протективного антигена HLA – B57 (p<0,05).

Заключение. По результатам исследования возможно в дальнейшем многофакторным методом выделить универсальный ген, играющий роль в переходе гепатита В в хроническую форму. Поиск иммуногенетических маркеров HLA хронических вирусных гепатитов В, С и D в якутской популяции требует дальнейшего изучения.

Ключевые слова. Хронический вирусный гепатит В, HLA-генотипирование, молекулярный метод HLA-генотипирования.

The purpose. Searching of immunogenetic HLA-a marker of a chronic virus hepatitis B (HVB).

Materials and methods. By means of molecular method HLA - genotyping in conformity with standards EFI (the European Federation of Immunogenetics) character of distribution of leucocytes antigens of class I and II loci A, B and DR among patients with a chronic hepatitis B in the Yakut population (n=64) is analyzed.

Results. In the Yakut population the statistical authentic association of a chronic virus hepatitis B with following antigens - HLA-A23, A24, A26 and B18 and protective antigen HLA - B57 (p <0,05) is established.

The conclusion. By results of research probably in the future by a multifactor method it would be possible to allocate the universal gene playing a role in transition of a hepatitis B in the chronic form. Searching of the immunogenetic markers HLA of a chronic virus hepatitis B, C and D in the Yakut population demands the further studying.

Keywords. A chronic virus hepatitis B, HLA - genotyping, molecular method of HLA-genotyping.

Введение

Актуальность проблемы объясняется возрастающим количеством ежегодно регистрируемых случаев заболевания острым вирусным гепатитом, трудно прогнозируемым их течением и относительно частым формированием

хронических поражений печени. Якутия является гиперэндемичным регионом в России по хроническому вирусному гепатиту В (ХГВ) и его сателлита гепатита D.

На основе многочисленных исследований последнего десятилетия иммуногенетиками предложено использовать выявление антигенов системы гистосовместимости (HLA) человека в

качестве прогностического теста возможного исхода инфекционного процесса при встрече с инфекционным агентом (F. Amiel 1967.; Thomas H.C. et al., 1997; Петров Р.В., 1997).

Антигены HLA I и II классов имеют фундаментальное значение в иммунном ответе, регулируя клеточный и гуморальный иммунный ответ организма на инфекцию (Буевров А.О., 1998).

Генотипические факторы, связанные с антигенами HLA-системы, не только влияют на предрасположенность или на резистентность к развитию того или иного заболевания, но и участвуют в механизмах патогенеза (Тананов А.Т., 1978; Зарецкая Ю.М., 1983). Таким образом, определение тканевых антигенов HLA необходимо для расшифровки механизмов патогенеза, которые лежат в основе индивидуальных особенностей организма и способны оказывать влияние на предрасположенность лиц к заболеваниям, форму их проявления и возможные осложнения.

Большинство генетических исследований у больных с HVB-инфекцией

связано с изучением HLA ассоциаций. В нашей стране и за рубежом проводились лишь отдельные исследования по изучению различных HLA-аллелей 1-го типа у больных хроническими гепатитами В (Lin T.M. et al., 1989; Watanabe F. et al., 1993; Яздовский, В.Д., Попов Е.А., Волочкова Е.В. и др., 2004 г.). Иммуногенетические исследования молекулярным методом у больных хроническим гепатитом В в якутской популяции проведены впервые.

Цель исследования – поиск иммуногенетических маркеров ХГВ в якутской популяции.

Материалы методы

Нами изучены особенности распределения фенотипа больных ХГВ

аллелей I и II типа в якутской популяции. В группе больных было 64 чел., в контрольной группе – 39 чел. якутской популяции, средний возраст обследованных – 36±12,5 лет. Также в качестве контроля использованы HLA-генотипы жителей г. Санкт-Петербурга, всего 2832 чел. (Бубнова Л.В.).

Использован молекулярный метод HLA-генотипирования в соответствии со стандартами EFL (Европейской федерации иммуногенетиков). Статистическая обработка проведена в программе Statistica 6. Для определения значимости различия частот встречаемости HLA антигенов в сравниваемых группах здоровых лиц и больных используется критерий χ^2 (“хи-квадрат”) с поправкой Йетса.

Результаты и обсуждение

Частота встречаемости генотипов контрольной группы в сравнении с частотой генотипов жителей г. Санкт-Петербурга представлена в табл. 1.

Статистически значимые антигены – HLA- A, B, DRB1 среди больных хроническим вирусным гепатитом В в якутской популяции приведены в табл.2.

Статистические результаты частоты регистрации антигенов локусов HLA- A, B, DRB1 у больных ХГВ в якутской популяции приведены в табл. 3.

Таким образом, в якутской популяции установлена статистически достоверная положительная связь ХГВ с наличием HLA- A23, A24, A26 и B18 и протективного антигена HLA-B57 ($p < 0,05$).

По данным других исследователей (Попов Е.А., Левитан Б.А., Алексеев Л.П. и др.), в этнических группах (русские и казахи), проживающих на территории Астраханской области, HLA-серологическим методом установлена статистически достоверная положительная ассоциация больных хроническим гепатитом В (ХГВ). Так, среди русской популяции маркерами ХГВ установлена связь со следующими антигенами – HLA-B18, HLA-B35, HLA-B40, HLA-Cw3 и отрицательная – с HLA-A2. У казахов с ХГВ установлена положительная ассоциация с HLA-A3, HLA-B18 и отрицательная – с HLA-A11.

Учитывая малое количество контрольной группы, сравнивали частоту встречаемости антигенов HLA-A, B, DRB1 среди больных в якутской популяции и жителей Санкт-Петербурга. При подборе антигенов HLA со значимыми различиями в частоте выявля-

Таблица 1

Распределение антигенов – HLA- A, B, DRB1 в контрольной группе в якутской и русской популяции (приведены статистически значимые антигены)

Антиген	Частота встречаемости у жителей в Республике Саха, % (n=39)	Частота встречаемости у жителей СПб, % (n=2832)	P
A3	5,1	32,66	0,0002
A25	-	11,76	0,02
A26	-	10,66	0,03
A31	41,0	2,72	<0,0001
B27	23,1	10,34	0,008
B37	15,4	1,09	<0,0001
B38	-	8,69	0,049
B44	2,6	17,73	0,015
B46	2,6	-	<0,0001
B47	-	0,11	>0,05
B48	7,7	0,35	<0,0001
B57	23,1	6,41	<0,0001
B58	12,8	0,60	<0,0001
B61	35,9	1,5	<0,0001
DRB1 04	43,6	23,1	0,002
DRB1 07	2,6	24,0	0,002
DRB1 09	28,2	2,4	<0,0001
DRB1 10	12,8	2,9	0,0004

Таблица 2

Антиген	Частота встречаемости у больных, % (n=64)	Частота встречаемости в контрольной группе, % (n=39)	Достоверность различий
A23	9,4	-	p=0,048
A24	26,6	48,7	p=0,038
A26	9,4	-	p=0,048
B18	9,3	-	p=0,048
B27	25,0	23,1	p>0,05
B35	17,2	12,8	p>0,05
B37	7,8	15,4	p>0,05

Таблица 3

Аллели HLA	Больные ВГВ (n= 64)		Контроль (n= 39)		Критерий χ^2	DF	P	OR	95% Д.И.	RR	95% Д.И.
	Абс.	%	Абс	%							
A 23	6	9,4	0	0	3,88	1	0,04	inf	0,67; Inf	1,7	0,85;85
A 24	17	26,6	19	48,7	4,3	1	0,04	0,4	15;0,95	0,67	0,94;0,98
A 26	6	9,4	0	0	3,88	1	0,04	inf	0,67; Inf	1,7	0,85;85
B 18	6	9,4	0	0	3,88	1	0,04	inf	0,67; Inf	1,7	0,85;85

Таблица 4

Сравнение частоты регистрации антигенов локусов HLA- A, B, DRB1 у больных ХГВ якутской популяции и жителей Санкт-Петербурга (контрольная группа)

Аллели HLA	Больные ВГВ (n= 64)		Контроль (n= 2832)		Критерий χ^2	p	OR	95% Д.И.	RR	95% Д.И.
	Абс.	%	абс	%						
A2	18	12,5	1454	51,3	12,6	0,001	0,38	0,2;0,7	0,38	0,2;0,7
A3	8	28,1	925	32,7	10,7	0,002	0,29	0,1;0,6	0,30	0,1;0,7
A23*	6	9,4	28	2,05	31,1	0,0005	10,4	3,7;27,6	8,7	3,5;18,5
A24*	17	26,6	658	23,2	5,4	0,63	1,2	0,7;2,2	1,2	0,006;0,8
A25	1	1,6	333	11,8	5,4	0,02	0,12	0,01;0,8	0,12	0,006;0,8
A26*	6	9,4	302	10,7	0,02	0,9	0,9	0,3;2,1	0,9	0,3;2,1
A31	29	45,3	77	2,7	375,1	0,0005	41,5	22,4;77,2	30,4	17,9;51,5
A33	5	7,8	29	1,02	19,4	0,0005	8,2	2,7;23,2	7,1	2,6;16,4
B27	16	25,0	29	10,3	219,8	0,0005	32,2	5,6;66,4	21,1	12,2;33,9
B35	11	17,2	672	23,7	1,0	0,31	0,7	0,3;1,4	0,7	0,3;1,3
B37	5	7,8	31	1,09	17,9	0,0005	7,7	2,5;21,6	6,7	2,4;15,6
B46	1	1,5	0	0	10,6	0,002	Inf	2,5;Inf	45,9	2,4;2,4
B48	6	9,3	10	0,3	77,0	0,0005	29,2	9,1;91,0	18,6	7,8;33,9
B50	6	9,3	33	0,6	25,9	0,0005	8,8	3,2;23,0	7,6	3,0;16,4
B58	8	12,5	17	0,6	90,1	0,0005	23,7	9,1;91,0	16,4	7,8;33,9
B61	13	20,3	42	1,5	109,2	0,0005	16,9	8,1;34,9	13,2	7,1;22,9
B62	18	28,1	334	11,8	14,1	0,0008	2,9	1,6;5,3	2,8	1,6;4,9
DRB1 08	10	15,6	150	5,3	11,4	0,0015	3,4	1,6;7,1	3,2	1,6;6,4
DRB1 04	31	48,4	654	23,1	14,1	0,0008	2,9	1,6;5,3	2,8	1,6;4,9
DRB1 09	16	25	68	2,4	105,6	0,0005	13,5	6,9;26,1	11,2	6,2;19,0
DRB1 14	7	10,7	108	3,8	6,6	0,011	3,1	1,3;7,3	2,9	1,3;6,5

* – Антигены якутской популяции со значимыми различиями.

OR – отношение шансов, RR – относительный риск.

ния между сравниваемыми группами применили тест расхождения между двумя пропорциями (%) (табл. 4).

Заключение. Таким образом, выявлено, что в обнаружении ХГВ в сравниваемых группах статистически достоверная связь установлена с наличием HLA: A23, A31, A33, B27, B37, B46, B48, B50, B 61, DRB1 09, и отрицательная (протективная) связь - с HLA: A2, A3, B62, DRB1 08. По результатам исследования возможно в дальнейшем многофакторным методом выделить универсальный ген,

играющий роль в переходе гепатита В в хроническую форму. Поиск иммуногенетических маркеров HLA хронических вирусных гепатитов В,С и D в якутской популяции требует дальнейшего изучения. Внедрение методики может быть полезно для определения причин носительства вируса и развития таких осложнений, как цирроз печени и гепатоцеллюлярная карцинома, что позволит проводить отбор и профилактические мероприятия среди больных, перенесших острые вирусные гепатиты.

Литература

1. **Прогностическое** значение изучения системы гистосовместимости I класса у больных гепатитом В с подтвержденным генотипом HVВ / Е.В. Волочкова // Врач. – 2004. – №12. – С. 26 – 28.
2. **Имуногенетические** маркеры HLA хронических вирусных гепатитов / Е.А. Попов [и др.] // Тер.архив. – 2005 – №2. – С.54–59.
3. **Хайтов Р.М.** Генетика иммунного ответа / Р.М. Хайтов, Л.П. Алексеев // Иммунология – 1998. – №2. – С. 11–13.
4. **Система** HLA и патология человека /А.А. Баранов [и др.] – М.; 2003.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ

В.Л. Александров

ОТ СЪЕЗДА К СЪЕЗДУ: РАЗВИТИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



XV съезд медицинских работников и общественности Республики Саха (Якутия) состоится в юбилейный год для республики – исторические даты 375-летия вхождения Якутии в состав Российского государства и 50-летие высшего медицинского образования в Якутии обрамляют наш съезд.

Президент, Правительство и Государственное Собрание (Ил Тумэн) Республики Саха (Якутия) уделяют особое внимание и заботу отрасли здравоохранения, рассматривая охрану здоровья населения одной из главных составляющих социально-экономического развития и повышения благосостояния народов республики.

В истории здравоохранения Якутии, которая самым тесным образом связана со здравоохранением Российской Федерации и СССР, съезды медицинских работников были поистине эпохальными событиями. Они знаменовались не столько подведением итогов пройденного пути, сколько обсуждением и принятием планов дальнейшего развития здравоохранения как одной из основных социально-экономических сфер общества.

В 1999 г. по инициативе первого Президента Республики Саха (Якутия) М.Е. Николаева состоялся XIV съезд медицинских работников и общественности Республики Саха (Якутия). Он подвел итоги развития здравоохранения республики в XX столетии, одобрил «Концепцию совершенствования

здравоохранения Республики Саха (Якутия) на 2000-2025 гг.».

Концепция определила основные направления развития здравоохранения, медицинской науки и образования в РС (Я) в первой четверти XXI века, в котором приоритет был сделан профилактике заболеваний, внедрению в медицину новых технологий, совершенствованию путей финансирования отрасли.

Межсъездовский период стал первым этапом реализации данного документа и, как показывает анализ, он был достаточно успешным.

В декабре 2000 г. в г. Якутске состоялась совместная коллегия Министерства здравоохранения РФ и Правительства РС (Я), где обсуждались вопросы подготовки кадров и организации противотуберкулезной работы. В последующем в рамках выполнения решения совместной коллегии был реализован ряд комплексных мер, особенно в организации противотуберкулезной службы и укреплении ее материально-технической базы.

С 2004 г. правительство республики сотрудничает с ВОЗ и получает займ в Мировом банке реконструкции и развития через Фонд «Российское здравоохранение» на профилактику, диагностику и лечение туберкулеза и СПИДа. В 2006 г. получено 18 комплектов лабораторного оборудования для лечебных учреждений. Таким образом, противотуберкулезная служба Республики Саха (Якутия) интегрируется в мировую систему борьбы с туберкулезом.

Мы являемся свидетелями и участниками того, что на рубеже веков здравоохранение Республики Саха (Якутия) достигло больших успехов. Так, на базе РБ №1-НЦМ была внедрена телемедицинская технология, позволяющая проводить теле- и видеоконсультации с ведущими специалистами российских медицинских научных центров, лекции и научно-практические конференции. В 2000 г. первыми операциями на открытом сердце, выполненными в РБ №1-НЦМ, был заложен фундамент клинической кардиохирургии в республике.

Далее развитие получила трансплантология и пересадка родственных органов. К 2007 г. в РБ №1-НЦМ было

выполнено 1532 операции на сердце, из которых на открытом сердце – 773 (50,4%), в том числе детям соответственно 362 (23,6%) и 223 (28,8%). На базе филиала НИИ трансплантологии и искусственных органов МЗ РФ, созданного в НЦМ в 2004 г., было выполнено 37 пересадок родственной почки при терминальной стадии почечной недостаточности.

Национальный центр медицины с 2007 г. вошел в перечень клиник, участвующих в выполнении государственного задания на оказание высокотехнологической медицинской помощи по нейрохирургии и сердечно-сосудистой хирургии населению Камчатского края, Магаданской области и Республики Саха (Якутия), при этом федеральная квота составила 210 операций.

В 2002 г. был открыт Якутский научный центр РАМН и Правительства РС (Я). Создание научного центра явилось логическим продолжением процесса поступательного развития медицинской науки в республике. ЯНЦ РАМН были налажены тесная связь и сотрудничество со многими российскими и зарубежными научными центрами, исследовательскими институтами.

В 2003 г. начато издание «Якутского медицинского журнала», который впоследствии 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 медицинских наук» (пересмотр от июля 2007 г.).

Профилактическое направление здравоохранения республики, получившее мощное развитие после XIV съезда, признано на всероссийском и международном уровне – в 2003 г. Якутия принята членом Программы ВОЗ – CINDI (интегрированная профилактика неинфекционных заболеваний и укрепление здоровья населения). Прошедший в 2005 г. в Якутске саммит по программе CINDI принял «Якутскую декларацию по профилактике», что позволило организовать Отдел профилактики заболеваний и укрепления здоровья народов Крайнего Севера Государственного научно-исследова-

тельского центра профилактической медицины Росздрава с финансированием из федерального бюджета.

Приоритетным направлением здравоохранения продолжает оставаться развитие службы материнства и детства, которая имеет прямое влияние на демографическую ситуацию. Успешно функционирует уникальный в России лечебно-диагностический комплекс – Центр охраны материнства и детства республики, где внедряются современные технологии выхаживания новорожденных, экстракорпорального оплодотворения и др. С 2005 г. республика принята в международный проект ВОЗ/ЮНИСЕФ «Мать и дитя», в рамках которого реализуется перинатальная семейно-ориентированная программа «Больница, доброжелательная к ребенку».

В отрасли за период с 2002 по 2006 г. введено в эксплуатацию 64 объекта здравоохранения с общей мощностью 962 койки и 1372 посещения в смену, в том числе на селе – 52 объекта, в городах – 12. Несмотря на это, большинство медицинских учреждений (72%) в улусах все еще находятся в приспособленных зданиях, в каменных типовых всего 19%.

Одним из основных направлений реформирования в сфере здравоохранения в целях достижения главной стратегической цели – повышения доступности, качества и эффективности медицинской помощи – является обеспечение лекарствами различных слоев населения. В рамках реализации Федерального закона №122-ФЗ в части дополнительного лекарственного обеспечения льготных категорий граждан сегодня в республике отлажены механизмы взаимодействия участников программы ДЛО, используются современные информационные технологии, созданы персонализированные регистры льготополучателей, врачей, лечебных учреждений, аптечных организаций. В последние годы отмечается значительный рост объемов

оказанной лекарственной помощи: от 64 млн. руб. в 2002 г. до 460 млн. руб. в 2006 г.

В 2005 г. впервые в республике создано государственное унитарное предприятие «Сахамедпром», основная цель которого – производство инфузионных растворов по современным государственным стандартам производства лекарственных средств. В дальнейшем планируется начать выпуск препаратов парентерального питания и плазмозаменителей.

Второй год реализуется приоритетный национальный проект «Здоровье». Подводя итоги I этапа национального проекта в Якутии, Президент Республики Саха (Якутия) В.А. Штыров отметил, что намеченные в 2006 г. планы были выполнены полностью. В целом по реализации проекта освоено около 1 млрд. руб., в том числе 658 млн. руб. – из федерального бюджета. На повышение заработной платы медицинских работников направлено свыше 185 млн. руб., на оснащение лечебных учреждений медицинским оборудованием и санитарным автотранспортом – свыше 170 млн. руб. Республика в 2006 г. получила 335 единиц различного медицинского оборудования, 85 автомобилей «скорой медицинской помощи», в этом году получена первая партия вездеходов, предназначенная для арктических улусов.

Важным моментом в развитии здравоохранения на следующую пятилетку стало принятие в конце прошлого года Государственной целевой программы «Охрана здоровья населения на 2007-2011 годы» с объемом предполагаемого финансирования более 5 млрд. руб.

Таким образом, результаты кропотливой, каждодневной работы всех медицинских работников, других заинтересованных структур нашего общества по сохранению и укреплению здоровья населения республики необходимо оценить как поступательные. Об этом свидетельствуют основные

показатели эффективности деятельности нашей отрасли – сохранен и приумножен положительный демографический баланс, снижены младенческая и общая смертность, стабильна эпидемиологическая ситуация, наметилась тенденция увеличения средней продолжительности жизни населения Республики Саха (Якутия).

Программа XV съезда медицинских работников и общественности Республики Саха (Якутия) включает блок мероприятий, направленных на решение актуальных проблем здравоохранения нового тысячелетия. Будут обсуждены проекты трех основных документов: Плана реализации «Концепции совершенствования здравоохранения» до 2020 года; Концепции по охране здоровья женщин и детей в Республике Саха (Якутия); Программы «Здоровье коренных малочисленных народов Севера».

В системе национального здравоохранения предстоят масштабные реформы. Они потребуют не только совершенно новых подходов и методов организации службы здравоохранения, но и четкого понимания врачами, средними медицинскими работниками, всей медицинской общественностью своей ответственности за реализацию мер по реформированию здравоохранения. Приоритеты должны быть смещены в сторону улучшения качества медицинских услуг, как на уровне участковой и центральной районной больниц, так и на уровне республиканских и городских больниц. Мы должны обеспечить полную доступность первичной медицинской помощи, и одновременно повысить уровень обеспеченности населения высокотехнологичными видами медицинской помощи.

В связи с этим мы уверены, что нынешний съезд медицинских работников и общественности Республики Саха (Якутия) не только войдет в историю как первый съезд XXI столетия, но и станет фундаментом нового этапа развития и реформирования здравоохранения Республики Саха (Якутия).



О.Л. Васильева, З.П. Попова, С.И. Местникова

О РЕАЛИЗАЦИИ БЛОКА НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» «ПОДГОТОВКА И ПЕРЕПОДГОТОВКА ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ, ВРАЧЕЙ-ТЕРАПЕВТОВ УЧАСТКОВЫХ И ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ УЧАСТКОВЫХ» В МУ «ЯГБ №4»

Таблица 1

Укомплектованность участковой службы (абс. число/%)

	2004 г.	2005г.	2006г.
Врачи	17/65,4	20/80,7	23/94,1
М/с	22/70	25/80	27/94,7
Терапевты	7/70	8/80	9/100
Педиатры	8/76,2	11/84,6	13/100
Семейные врачи	2/50	1/50	1/42,9
М/с терапевта	11/100	12/91,6	12/100
Мс педиатра	11/66,6	13/82,5	15/100

Приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения является одним из этапов развития государственной политики Российской Федерации, направленных на повышение качества жизни граждан. Реализация национального проекта позволит решить актуальные проблемы здравоохранения и привести к снижению уровня заболеваемости, инвалидности и смертности среди населения.

В рамках национального проекта планируются и проводятся динамическое наблюдение за состоянием здоровья населения, комплексные профилактические мероприятия по снижению уровня заболеваемости неинфекционными болезнями, федеральные целевые программы по предупреждению заболеваний социального характера.

Основной действующей силой, претворяющей в жизнь национальный проект «Здоровье», является первичное звено. Как и во всех регионах РФ, в столице РС (Я) учреждения первичного звена приступили к выполнению национального проекта. В число учреждений первичного звена города входит и муниципальное учреждение «Якутская городская больница №4», оказывающая первичную медико-санитарную помощь прикрепленному населению. Первичная медико-санитарная помощь является наиболее доступным, экономически и социально приемлемым видом массовой помощи и неотъемлемой частью всего процесса социального и экономического развития общества. Деятельность нашей больницы направлена на достижение максимальной доступности, эффективности оказываемых медицинских услуг, удовлетворенности пациентов в качестве медицинской помощи. Ре-

ВАСИЛЬЕВА Ольга Лукинична – врач-терапевт высшей квалиф. категории, зам. гл. врача ЯГБ №4; **ПОПОВА ЗЕМФИРА ПЕТРОВНА** – засл. врач РФ и РС(Я), гл. врач ЯГБ №4; **МЕСТНИКОВА Светлана Иосифовна** – врач-гастроэнтеролог, доцент МИ ЯГУ.

зультаты деятельности больницы в плане реализации национального проекта зависят во многом от кадрового потенциала.

В качестве обмена опытом в этой статье мы постарались изложить первые результаты реализации национального проекта по блоку «Подготовка и переподготовка врачей общей практики, врачей-терапевтов участковых и врачей-педиатров участковых» в поликлинике ЯГБ №4.

Материалы и методы

По штатному расписанию на 2006 г. предусмотрено 54 единицы медицинского персонала первичного звена: 25 – врачебного и 29 – среднего медицинского персонала. Определен объем потребности больницы в повышении квалификации и переподготовки кадров, разработан и утвержден план проведения этой работы.

Результаты

За трехлетний период отмечается улучшение комплектации участковой

службы кадрами. Первичное звено полностью укомплектовано участковыми терапевтами, и их медсестрами. Основная проблема – это неуккомплектованность отделения семейной медицины (табл.1). За счет улучшения укомплектованности участковой службы коэффициент внутреннего совместительства уменьшился до 1,0 (табл.2).

Отмечается увеличение на 11,3% числа врачей со стажем работы менее 3 лет, что связано с притоком молодых специалистов, а также – врачей со стажем работы более 10 лет (табл.3).

Из табл.4 видно, что большую часть сестринского персонала составляют

Таблица 2

Коэффициент внутреннего совместительства

Уч. врачи	1,1	1,2	1,0
Уч.м/с	1,1	1,2	1,0

Таблица 3

Специалисты со стажем до 3 лет и более

	2004			2005			2006		
	Т/о	П/о	итого, абс./%	Т/о	П/о	итого, абс./%	Т/о	П/о	итого, абс./%
Врачи									
До 3 лет	2	2	4/23,5	-	5	5/25	2	6	8/34,8
3 – 5 лет	3	2	5/29,4	3	2	5/25	4	2	6/26,1
5 – 10 лет	1	1	2/12,7	3	1	4/20	-	2	2/8,7
Более 10 лет	3	3	6/29	3	3	6/30	4	3	7/30,4
М/сестры									
До 3 лет	6	5	11/50	5	5	10/40	5	4	9/33,3
3 – 5 лет	4	3	7/31,8	4	2	6/24	4	2	6/22,2
5 – 10 лет	1	3	4/18,2	-	4	4/16	1	5	6/22,2
Более 10 лет	2	-	2/9,1	2	2	4/16	1	3	4/14,8

Таблица 4

Стаж работы специалистов в МУ «ЯГБ №4»

	2004				2005				2006			
	Т/о	П/о	с/в	Ито-го	Т/о	П/о	с/в	Ито-го	Т/о	П/о	с/в	Итого
Врачи												
До 3 лет, абс./%	6	2	-	8/47	5	5	-	10/50	2	5	-	7/30,4
Более 3 лет, абс./%	1/14,3	6/75	2/50	9/53	3/37,5	6/54,5	1/25	10/50	7/77,7	8/61,5	1/28,6	16/69,6
М/сестры												
До 3 лет, абс./%	9	5		14/63,6	8	5		13/52	8	4		13/48
Более 3 лет, абс./%	2/18,2	6/54,5		8/36,4	4/33,3	8/61,5		12/48	4/33,3	10/71,4		14/52

специалисты со стажем менее 3 лет, тем не менее постепенно увеличивается число среднего медперсонала со стажем более 5 и 10 лет.

Уменьшается текучесть кадров (табл.5 и 6), что обусловлено увеличением числа врачей и среднего медперсонала, работающего в коллективе ЯГБ №4 более 3 лет. Так, число врачей первичного звена с таким стажем за три года увеличилось на 16,6%, участковых терапевтов – на 63,4, среднего медицинского персонала – на 15,6, участковых медицинских сестер врача-терапевта – на 15,1, участковых медицинских сестер врача-педиатра – на 16,9%.

В условиях постоянно увеличивающегося потока медицинской информации, новых технологий, методов диагностики и лечения настоятельно требуется постоянно повышать уровень знаний медицинского персонала. Врачи первичного звена имеют возможность получить профессиональную переподготовку в клинической ординатуре, на курсах усовершенствования. Большую роль в подготовке и переподготовке кадров играет организация выездных циклов обучения, которые стали чаще проводиться в 2006 г.

Более чем в 2 раза увеличилось число врачей первичного звена, повысившего квалификацию на таких курсах, среди врачей-педиатров это число выросло в 3 раза. Отмечается увеличение доли врачей, окончивших ординатуру, с 11,7 до 21,7% (табл.7). Средний медицинский персонал получает профессиональную подготовку на базе Якутского медицинского колледжа. Среди них число прошедших курсы повышения квалификации увеличилось незначительно (табл.8).

В связи с реализацией национального проекта большое внимание уделяется комплектации участковой службы квалифицированными специалистами: об этом говорят более высокие цифры сертифицированности врачебного и среднего медицинского персонала участковой службы по сравнению с общепользовательскими

Таблица 5

Повышение квалификации

Врачи	2004			2005			2006			
	Т/о	П/о	итого	Т/о	П/о	итого	Т/о	П/о	с/в	итого
Кл/орд	-	2	2	-	3	3	-	5	-	5
Серт/цикл	-	2	2	2	3	5	-	3	-	3
Серт/цикл выездной	2	-	2	-	-	-	-	4	1	5
	2	4	6	2	6	8	-	12	1	13
М/с	1	7	8	-	2	2	4	5	9	

показателями (табл.9). 100% врачей первичного звена имеют сертификат специалиста, что говорит о высокой мотивации самих врачей в повышении своего уровня знаний, а также о заинтересованности руководителя медицинского учреждения в регулярном обучении своих кадров (табл.10).

Количество сестринского медицинского персонала, имеющего сертификат специалиста, увеличилось на 7,8% (табл.11). Недостаточные цифры сертифицированности среднего персонала объясняются тем, что не имеют сертификат вновь поступившие на работу 3 участковые медсестры врача-педиатра, а также 1 медсестра, которая находится в отпуске по уходу за ребенком до 3 лет (стоят в плане на повышение квалификации на 2007г.).

По сравнению с другими подразделениями больницы участковая служба укомплектована более молодыми, а значит менее опытными врачами и медсестрами (табл.12). Низкие цифры категорированности персонала участ-

Таблица 6

Сертифицированность специалистов, %

	2004	2005	2006
Врачей	93	87,3	93,2
М/с	55,8	56,2	57
Уч/врачей	100	100	100
Уч. м/с	81,8	80	85,3

Таблица 7

Категорированность специалистов, %

	2004	2005	2006
Врачей	72,8	45	44
М/с	40,4	40	42,9
Уч/врачей	22,7	28,6	30,4
Уч. м/с	29,2	25	25,9

ковой службы связаны с притоком молодых кадров, переводом на другую работу (узкая специализация, повышение в должности).

Показатели категорированности врачебного персонала выросли незначительно (табл.13). И поскольку участковая служба почти полностью обновилась за счет молодых специа-

Таблица 8

	2004			2005			2006		
	Т/о	П/о	итого	Т/о	П/о	итого	Т/о	П/о	итого
Врачи									
Вторая	-	2	2-9,1	-	3	3-14,3	-	2	2-8,7
Первая	-	2	2-9,1	1	2	3-14,3	2	1	3-13
Высшая	1	-	1-4,5	-	-	-	-	2	2-8,7
катег-ти уч/врачей	1-14,3	4-50	5-22,7	1-12,5	5-45,4	6-28,6	2-16,7	5-38,5	7-30,4
М/сестры									
Вторая	-	-	-	-	-	-	-	2	2-7,4
Первая	-	5	5-20,8	-	3	3-12,5	-	2	2-7,4
Высшая	-	2	2-8,3	1	2	3-12,5	1	2	3-14,8
катег-ти уч/сестер	-	7-53,8	7-29,2	1-7,7	5-45,5	6-25	1-3,7	6-22,2	7-25,9

листов, произошло снижение показателей категорированности среднего медицинского персонала (табл.11).

Таким образом, в МУ «ЯГБ №4» достигнута 100%-ная укомплектованность участковой службы, в том числе семейными врачами на 42,9% (табл. 1). В 2006г. в плане подготовки и переподготовки специалистов в рамках национального проекта прошли обучение 13 участковых педиатров, 1 врач общей (семейной) практики, 9 участковых медсестер (табл. 7 и 8). Повысился показатель сертифицированности врачей (100%) и среднего медицинского персонала (87,3%) участковой службы (табл. 9), а также категорированности врачей (30,4%) участковой службы (табл. 9).

Вместо заключения:

В целях повышения качества оказываемой населению медицинской помощи и для обеспечения кадрами первичного звена больницы необходимо укомплектовать кадрами отделение семейной медицины; повысить сертифицированность и категорированность медперсонала; создать единую компьютеризованную программу учета кадров и контроля проведения обучения персонала.

Литература

1. **Постановление** Правительства РФ от 31.12.2005г. № 860
2. **Журнал** «Заместитель главного врача» 2006-2007гг.

3. **Журнал** «Здравоохранение» 2006-2007гг.

4. «**Медицинская газета**» 2006-2007гг.

5. **Приказ МЗ** и СР РФ №65 от 26.01.07г. «Об утверждении методических рекомендаций по оформлению в 2007г. трудовых соглашений между врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, медицинскими сестрами участковыми врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами участковыми врачей общей практики и учреждениями здравоохранения муниципальных образований, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (а при их отсутствии – соответствующими учреждениями здравоохранения субъекта РФ)».

С.В. Козлов

ФОРМИРОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОЙ МОДЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО СЛУЧАЯМ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ

Количество судебно-медицинских экспертиз по случаям дорожно-транспортных происшествий в последнее время неуклонно возрастает. В то же время качество экспертиз, особенно первичных, не всегда соответствует тем требованиям, которые предъявляются в настоящее время изменившимся законодательством [2,3].

Повышение требований к качеству, научному обоснованию и иллюстративности судебно-медицинской экспертизы делает актуальной проблему создания технических условий, позволяющих эксперту в его повседневной работе максимально полно использовать возможности современной судебно-медицинской аппаратуры, специального оборудования. Судебно-медицинский эксперт без сопровождения экспертизы достаточным спектром дополнительных исследований в состоянии выполнить лишь простейшие виды экспертиз, потребность которых невелика и имеет тенденцию к снижению. Все это определяет необходимость совершенствования ме-

тодов проведения экспертизы, улучшения материально-технической базы судебно-медицинских учреждений, внедрения новых организационных технологий деятельности судебно-медицинской службы [1,4].

Нам представляется, что в настоящее время сформировались условия для внесения некоторых организационных изменений, которые могут позволить существенно повысить эффективность работы при производстве экспертизы по случаям дорожно-транспортных происшествий. Для этого необходимо рассматривать деятельность службы судебно-медицинской экспертизы в комплексе, т.е. объединить усилия нескольких подразделений бюро судебно-медицинской экспертизы (БСМЭ) для достижения одной конечной цели – производство судебно-медицинской экспертизы погибшего в результате дорожно-транспортного происшествия на современном уровне.

Для достижения данной цели представляется целесообразным разработать и реализовать на практике стратегию развития судебно-медицинской службы в нашем регионе, в рамках которой внести некоторые изменения

в организацию работы бюро судебно-медицинской экспертизы позволяющие повысить эффективность и качество работы экспертов (рис.1).

Для более эффективного функционирования подразделений БСМЭ и с целью повышения качества производимых экспертиз по случаям дорожно-транспортных происшествий мы предлагаем создать систему эффективных экономических отношений службы СМЭ. Для этого необходимо пересмотреть систему формирования финансовых ресурсов службы, а именно:

- помимо бюджетных средств привлекать средства ФОМС, при производстве экспертиз лиц, находившихся на стационарном лечении, когда в ходе проведения судебно-медицинской экспертизы были выявлены нарушения стандартов и правил оказания медицинской помощи, повлекшие за собой смерть пострадавшего;

- расширить систему оказания платных услуг через предоставление консультативной помощи, проведение независимых экспертиз из других регионов;

- привлекать инвестиции с целью внедрения инновационных технологий, расширения спектра проводимых

КОЗЛОВ Сергей Вадимович – судебно-медицинский эксперт ГУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» МЗ Хабаровского края.



Рис.1. Организация работы бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ Хабаровского края

экспертиз, внедрения новых методов производства экспертиз.

Разработка новой формы оплаты труда экспертов, занятых в производстве экспертиз по случаям ДТП. В настоящее время заработная плата эксперта напрямую зависит от количества произведенных экспертиз, но при этом не учитывается сложность и трудоемкость каждой конкретной экспертизы, а также у руководителей подразделений отсутствуют финансовые рычаги воздействия и регулирования качества произведенных экспертиз. Поэтому нам бы хотелось отметить необходимость разработки, на основе имеющихся стандартов качества экспертной деятельности, так называемых повышающих и понижающих коэффициентов, при помощи которых можно было бы материально стимулировать тех экспертов, которые относятся к своему труду неформально, творчески. Данное введение позволит создать в экспертной среде здоровую конкуренцию, что, несомненно, отразится на качестве конечного продукта - экспертизы.

Конечным продуктом деятельности всех подразделений БСМЭ является заключение эксперта, а к потребителям данного продукта относятся органы предварительного следствия и суда. Поэтому с целью повышения качества и удовлетворенности потребителями результатами труда экспертов необходимо наладить плотное взаимодействие между службами производства (БСМЭ) и потребителем. Для этого целесообразно проведение регулярных совместных конференций по вопросам взаимодействия между службами заказчика и исполнителями, на которых бы рассматривались вопросы качества экспертиз, взаимо-

действия различных служб, удовлетворенности потребителями результатами экспертной деятельности. По итогам конференции можно было бы судить об эффективности деятельности БСМЭ, качестве работы всех его подразделений и каждого эксперта в отдельности, что окажет влияние на конечный результат оплаты труда эксперта.

Одной из актуальных методологических проблем является адекватная подготовка судебно-медицинских экспертов. Для их эффективной работы требуется подготовка, основанная на междисциплинарном подходе, который вместе с тем должен быть дифференцированным по видам судебно-медицинских экспертиз. Междисциплинарный подход заключается в том, что программа подготовки должна предусматривать не только изучение специальных медико-биологических вопросов, но и углубленное изучение правовой регламентации судебно-экспертной деятельности, криминалистических методов, логики, медико-социальной экспертизы, смежных естественных и технических наук в объеме, обеспечивающем возможность оптимального использования методик и методов исследования, научного понимания выявляемых фактов и правильного процессуального их отражения.

При организации и планировании экспертной деятельности сотрудников всех подразделений, занимающихся проведением судебно-медицинских экспертиз по случаям ДТП, необходимо учитывать нагрузку на экспертов. Для этого, как нам представляется, целесообразно создание единого управляющего органа – в структуре БСМЭ – так называемого региональ-

ного консультативно-экспертного центра (рис.2), который бы занимался распределением потоков экспертиз и управлял их производством.

В региональном консультативно-экспертном центре (КЭЦ) аккумулируются силы и средства службы СМЭ, позволяющие на современном уровне проводить все виды судебно-медицинских экспертиз по случаям дорожно-транспортных происшествий. Осуществляя свою деятельность в рамках работы бюро судебно-медицинской экспертизы, КЭЦ включает в себя следующие структурные компоненты – экспертов танатологического отдела, занимающихся автодорожной травмой, отделение медицинской криминалистики, отдел сложных экспертиз, а также информационно-аналитический отдел. Создание данной структуры позволит сконцентрировать в одном месте все экспертизы, касающиеся ДТП, что даст возможность регулировать потоки экспертиз по случаям ДТП всего региона, а также управлять объемами производства данного вида экспертной деятельности и, таким образом, регулировать нагрузку экспертов и влиять на качество выполняемых экспертиз. Создание единого информационно-аналитического центра, в котором будет сконцентрирована информация о случаях ДТП всего региона, позволит своевременно подключать к производству сложных и трудоемких экспертиз наиболее опытных экспертов, что, несомненно, скажется на качестве конечного продукта экспертной деятельности и позволит сократить число дополнительных и повторных экспертиз. Это, в свою очередь, позволит снизить фактические затраты на производство каждой экспертизы.

Вопросы взаимодействия с ГИБДД, особенно с информационным центром, нам представляются чрезвычайно важными, прежде всего для разработки мер профилактики дорожно-транспортных происшествий, особенно с летальным исходом. Объединяя информационную базу данных ГИБДД и КЭЦ, можно будет отследить наиболее уязвимые места на автодорогах, где, по данным проведенного анализа, чаще всего случаются дорожно-транспортные происшествия, в которых получают увечья и гибнут люди. При этом можно будет установить не только частоту совершения ДТП на определенных, проблемных участках автодорог, но и вид происшествия (столкновение, опрокидывание ТС, выезд на полосу встречного движения, нарушения правил проезда перекрес-



Рис.2. Стратегия развития службы судебно-медицинской экспертизы региона

тка, наезд на пешехода). Все это позволит сотрудникам ГИБДД выработать рекомендации для снижения аварийности на данных участках дороги (установление дополнительных постов ГИБДД, изменение скоростного режима на данном участке автодороги, создание искусственных неровностей на дорожном покрытии и др.), что, в свою очередь, должно снизить количество автомобильных катастроф и человеческих жертв на автодорогах.

Таким образом, при внедрении предлагаемой нами стратегии развития службы судебно-медицинской экспертизы региона, создании консультативно-экспертного центра, тесном взаимодействии судебно-медицинских экспертов со службой ГИБДД и орга-

нами следствия и суда можно значительно повысить качество первичных судебно-медицинских экспертиз, сократить количество дополнительных и повторных экспертиз, а следовательно, сократить фактические затраты на производство экспертиз, а высвободившиеся средства направлять на развитие службы судебно-медицинской экспертизы. Создание совместного с ГИБДД информационно-аналитического центра и выявление наиболее проблемных участков автодорог, где происходит наибольшее количество тяжелых видов ДТП, позволит изменить ситуацию на автомобильных дорогах и приведет к снижению дорожно-транспортных происшествий, особенно с летальным исходом.

Литература

1. Новоселов В.П. Проблемы организации и управления судебно-медицинской службы / В.П. Новоселов, В.Н. Денисов, Е.А. Финченко. – Новосибирск: Наука, 1996. – 158 с.
2. Солохин А.А. Организационные и методические вопросы проведения судебно-медицинской экспертизы транспортной травмы / А.А. Солохин. – М., 1983.
3. Солохин А.А. Судебно-медицинская экспертиза в случаях автомобильной травмы / А.А. Солохин. – М: Медицина, 1968. – 235 с.
4. Стешиц В.К. Судебно-медицинские возможности в предупреждении дорожно-транспортных происшествий / В.К. Стешиц // Материалы 2-й расширенной научно-практической конференции судебно-медицинских экспертов Азербайджанской ССР (сентябрь 1969 г.). – Баку, 1970. – С.117.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ. ПРОФИЛАКТИКА

В.Г. Кривошапкин, Т.Н. Курбатова

ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ

По определению ВОЗ, «здоровье – это полное физическое, социальное и психологическое благополучие человека, а не только отсутствие болезней или физических дефектов» [12]. Представление о болезни на основании только объективных признаков в настоящее время считается неполным. Изучение качества жизни при различных заболеваниях является неотъемлемой частью для создания полной и объективной характеристики состояния здоровья больного и широко используется в международной клинической практике.

По определению А.А. Новик и соавт., «качество жизни – это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии» [3]. Следует отметить, что качество жизни является важным элементом в изучении состояния человека, так как используется оценка здоровья, данная самим больным. Больной является не просто «объектом» терапии, но и участником лечебного процесса. Качество жизни в настоящее время рассматривается как степень «внутреннего комфорта» больного, как ролевое функционирование человека в обществе и семье. В практической медицине изучение КЖ используется для оценки эффективности методов лечения, различных реабилитационных мероприятий, степени тяжести больного и определения прогноза заболевания. Кроме того, оценка КЖ является дополнительным критерием для подбора индивидуальной терапии и экспертизы трудоспособности, анализа соотношения затрат на лечение и его эффективности, для выявления психологических проблем больного с последующим динамическим наблюдением и подбором индивидуального лечения.

КРИВОШАПКИН Вадим Григорьевич – д.м.н., проф., академик АН РС(Я), директор ИЗ АН РС(Я); **КУРБАТОВА** Татьяна Николаевна – врач-терапевт Нерюнгринской районной больницы.

Для оценки качества жизни в настоящее время разработаны профили и опросники. Разработано около 400 опросников по изучению качества жизни, как общие, так и специализированные для конкретных нозологических форм.

Материалы и методы исследования. Было проведено исследование качества жизни работников предприятий ХК «Якутуголь» с эндоскопически подтвержденной язвой желудка и (или) двенадцатиперстной кишки. Выборку для исследований составили 100 больных, страдающих язвенной болезнью различной локализации. Все пациенты распределены нами на две группы в зависимости от степени тяжести заболевания, течения, наличия осложнений. В 1-ю группу вошли больные с легким и средней степенью тяжести течением, во 2-ю группу – больные язвенной болезнью с тяжелым течением заболевания, наличием осложнений и рецидивов за время проведения исследования.

Оценка качества жизни больных проводилась по опроснику SF-36 Health Status Survey [8] до и после лечения. Опросник предназначен для самостоятельного заполнения пациентами и время, необходимое для его заполнения, обычно не превышает 7-10 минут. Модель, лежащая в основе опросника, состоит из 36 вопросов, которые объединены в 8 шкал: 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 здо-

ровье (СПЗ) и суммарное физическое здоровье (СФЗ).

Обработку проводили по специальной программе, подготовленной компанией «Эвиденс-Клинико-фармакологические исследования», соотносившей полученные результаты со средними показателями общей популяции США [11].

Статистическая обработка проводилась на компьютере с помощью пакета статистической программы «Statistica for Windows V 6.0, Excel 2000».

Определялось среднее арифметическое (М) и стандартная ошибка (m).

Проверка гипотез о равенстве двух средних независимых групп производилась с помощью t-критерия Стьюдента. Если p меньше 0,05, то считается, что группы различаются по данному признаку.

Результаты исследования

Для оценки качества жизни, согласно целям исследования, при первичном осмотре больных исследуемых групп и при контрольном проведении ФГДС через 1 месяц после выписки заполнялся общий опросник SF-36.

Сравнительный анализ показателей качества жизни до лечения в зависимости от степени тяжести язвенной болезни представлен в табл. 1 и на рис. 1.

Как видно из табл.1, в группе больных с тяжелым течением язвенной болезни показатели КЖ до лечения в значительной степени снижены по

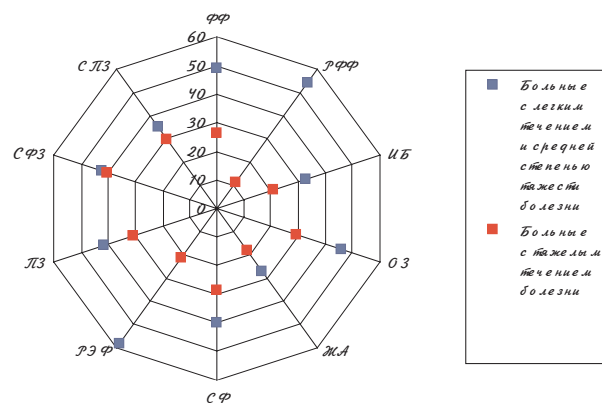


Рис. 1. Показатели качества жизни больных исследуемых групп до лечения. Усл. обозн. шкал см. в тексте

сравнению с больными легкой и средней степенью тяжести. Коэффициент достоверности для всех показателей $p < 0,05$.

Как видно из данной таблицы, до лечения показатели КЖ больных 2-й группы по сравнению с 1-й группой по ФФ снижены на 43,3%, РФФ – на 78,7, по шкале ИБ на 36,4, ОЗ на 36,2, ЖА – на 32,2, СФ – на 28,6, РЭФ – на 63,3, ПЗ – на 26,6%.

Низкие показатели ФФ, полученные при исследовании, свидетельствуют о том, что больные не могут выполнять физические нагрузки в полном объеме. Следует отметить, что больные 2-й группы более ограничены в преодолении значительного расстояния (один или несколько кварталов), подъеме по лестнице (один или несколько пролетов), выполнении умеренных физических нагрузок (передвинуть стол, поработать с пылесосом) и поднятии тяжестей. Однако у больных обеих групп полностью сохранена способность к самообслуживанию, способность наклониться, встать на колени, присесть на корточки.

Низкие показатели РФФ больных 2-й группы говорят о значительных ограничениях в повседневной деятельности пациентов из-за проблем со здоровьем. Большинству больных 2-й группы пришлось значительно сократить время, затрачиваемое на работу, уменьшился объем выполненной работы, выполнение обычной работы требовало дополнительных усилий. Больным 1-й группы, хотя и приходилось сократить время на работу и прилагать дополнительные усилия для ее выполнения, однако объем своей работы они выполняли полностью.

Низкие показатели по шкале ИБ говорят о том, что боль ограничивает активность больных исследуемых групп. Причем сильные боли, испытываемые больными 2-й группы в течение последних 4 недель, субъективно мешали им заниматься нормальной работой (включая работу вне дома и по дому) «сильно» или «очень сильно». Больные 1-й группы испытывали умеренную боль, которая субъективно «умеренно» ограничивала их нормальную работу.

Оценка больным состояния своего ОЗ в настоящее время во 2-й группе значительно ниже, ниже чем в 1-й. Больные 2-й группы оценивали состояние своего здоровья как посредственное и плохое, считали, что их здоровье хуже, чем у большинства знакомых.

У больных обеих групп значительно снижена ЖА, что говорит о низком жизненном тоне. Пациенты боль-

шую часть времени чувствуют себя утомленными и измученными в результате болезни.

Низкие показатели СФ свидетельствуют об ограничении контактов больных обеих групп в социальной среде. Причиной этого является ухудшение физического и эмоционального состояния пациентов в результате язвенной болезни. Причем состояние здоровья больных 1-й группы умеренно и не часто мешает их взаимоотношениям в семье с родственниками, на работе с коллегами, с друзьями. У больных 2-й группы оценка социальных связей значительно ниже: сильное и постоянное ограничение общения с родными, коллегами, друзьями по причине болезни.

Снижение показателей РЭФ больных 2-й группы говорит о том, что их общее эмоциональное состояние мешает выполнению повседневной работы. Увеличиваются затраты времени на выполнение работы, снижается объем и качество работы. У больных 1-й группы этот показатель был относительно высоким.

Показатели ПЗ снижены в обеих группах, что свидетельствует о тревожных переживаниях больных, психическом неблагополучии в результате болезни.

Значительного различия по шкале СФЗ не получено. Разница показателей составила по СФЗ 5,3% (соответственно $42,57 \pm 0,78$ и $40,3 \pm 0,56$; $p < 0,05$). Возможно, это было связано с тем, что анкета КЖ заполнялась перед началом лечения, когда СФЗ больных обеих групп существенно не отличалось. Разница показателей

Таблица 1

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

Название шкалы по SF-36	Больные с легким течением и средней степенью тяжести болезни	Больные с тяжелым течением болезни	p
	(M±m)	(M±m)	
ФФ	49,20±2,71	26,4±1,89	0,0000
РФФ	54,00±3,74	11,5±1,78	0,0000
ИБ	32,62±2,36	20,76±1,73	0,0001
ОЗ	45,76±2,55	29,18±1,58	0,0000
ЖА	27,0±2,37	18,3±1,98	0,0043
СФ	40,0±2,29	28,57±1,68	0,0000
РЭФ	58,0±4,55	21,31±2,28	0,0000
ПЗ	41,76±1,89	30,64±1,7	0,0000
СФЗ	42,57±0,78	40,30±0,56	0,0241
СПЗ	35,18±1,08	29,48±0,74	0,0000

по СПЗ составила 16,2%. Показатели СПЗ имеют большие различия, чем СФЗ, так как больные тяжелым течением язвенной болезни страдают психологически сильнее. Связано это с выраженной клинической симптоматикой и имеющимися осложнениями.

После проведенного лечения через 1 месяц после выписки из стационара больным исследуемых групп было предложено повторно заполнить анкету по оценке качества жизни SF-36. Были получены следующие результаты (табл.2).

Как видно из табл.2, в группе больных с тяжелым течением язвенной болезни 8 из 10 показателей качества жизни так же, как и до лечения, снижены по сравнению с показателями больных с легкой и средней степенью тяжести заболевания (рис.2). Коэффициент достоверности $p < 0,05$. Различия не получены по показателям РФФ

Таблица 2

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

Название шкалы по SF-36	Больные с легким течением болезни и средней степенью тяжести	Больные с тяжелым течением болезни	p
	(M±m)	(M±m)	
ФФ	81,90±2,68	69,9±4,13	0,0315
РФФ	74,00±4,68	66,0±4,88	0,2739
ИБ	75,76±3,22	55,98±3,59	0,0000
ОЗ	72,52±2,81	62,36±2,94	0,0100
ЖА	73,6±2,80	62,6±2,88	0,0049
СФ	81,5±2,99	65,75±3,33	0,0027
РЭФ	80,67±4,37	71,35±4,76	0,1600
ПЗ	78,48±2,02	69,44±2,04	0,0039
СФЗ	48,34±0,81	45,78±1,27	0,0000
СПЗ	52,52±1,08	47,97±1,49	0,0000

и РЭФ. Коэффициент достоверности $p > 0,05$

Для обеих групп больных различия показателей после проведенного лечения составили по ФФ 14,7%, РФФ – 10,8, по шкале ИБ – 26,1, ОЗ – 14,0, ЖА – 14,9, СФ – 19,3, РЭФ 11,6, ПЗ – 11,5, СПЗ – 8,7%.

Различия по шкале СФЗ были несколько ниже и составили 5,2% (соответственно $48,34 \pm 0,81$ и $45,78 \pm 1,27$; $p < 0,001$).

При сравнении показателей качества жизни было отмечено, что у больных с тяжелым течением язвенной болезни даже после проведенного лечения длительно сохраняются социальная дезадаптация и периодические болевые ощущения.

Как видно из табл. 1 и 2 и рис. 3, в 1-й группе больных показатели по ФФ после проведенного лечения увеличились на 39,9% (соответственно $49,20 \pm 2,71$ и $81,9 \pm 2,68$; $p < 0,001$), РФФ – на 27,0 (соответственно $54,0 \pm 3,74$ и $74,0 \pm 4,68$; $p < 0,05$), по шкале ИБ – на 56,9 (соответственно $32,62 \pm 2,36$ и $75,76 \pm 3,22$; $p < 0,001$), ОЗ – на 36,9 (соответственно $45,76 \pm 2,55$ и $72,52 \pm 2,81$; $p < 0,001$), ЖА – на 63,3 (соответственно $27,0 \pm 2,37$ и $73,6 \pm 2,80$; $p < 0,001$), СФ на 50,9% (соответственно $40,0 \pm 2,29$ и $81,57 \pm 2,99$; $p < 0,001$), РЭФ – на 28,1 (соответственно $58,0 \pm 4,55$ и $80,67 \pm 4,37$; $p < 0,01$), ПЗ – на 46,7 (соответственно $41,76 \pm 1,89$ и $78,48 \pm 2,02$; $p < 0,001$), СПЗ – на 33,0% (соответственно $35,18 \pm 1,08$ и $52,52 \pm 1,08$; $p < 0,001$).

Различия по шкале СФЗ были несколько ниже и составили 11,9% (соответственно $42,57 \pm 0,78$ и $48,34 \pm 0,81$; $p < 0,001$). Следует отметить, что показатели физического здоровья пациентов после лечения менее отличаются от таковых до лечения. Показатели психологического здоровья, наоборот, 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 ниже, чем у здорового населения. Полученные результаты соответствуют литературным данным [1].

Как видно из табл. 1 и 2 и рис. 4, во 2-й группе больных показатели по ФФ после проведенного лечения увеличились на 62,2% (соответственно $26,4 \pm 1,89$ и $69,9 \pm 4,13$; $p < 0,001$), РФФ – на 82,6 (соответственно $11,5 \pm 1,78$ и $66,0 \pm 4,88$; $p < 0,001$), по шкале ИБ – на 62,9 (соответственно $20,76 \pm 1,73$ и $55,98 \pm 3,59$; $p < 0,001$), ОЗ – на 53,2 (соответственно $29,18 \pm 1,58$ и $62,36 \pm 2,94$; $p < 0,001$), ЖА – на 70,8 (соответственно $18,3 \pm 1,98$ и $62,6 \pm 2,88$; $p < 0,001$), СФ

– на 56,5 (соответственно $28,57 \pm 1,68$ и $65,75 \pm 3,33$; $p < 0,001$), РЭФ – на 70,1 (соответственно $21,31 \pm 2,28$ и $71,35 \pm 4,76$; $p < 0,001$), ПЗ – на 55,9 (соответственно $30,64 \pm 1,70$ и $69,44 \pm 2,04$; $p < 0,001$) и СПЗ – на 38,5% (соответственно $29,48 \pm 0,74$ и $47,97 \pm 1,49$; $p < 0,001$).

Различия по шкале СФЗ были несколько ниже и составили 12,0% (соответственно $40,3 \pm 0,56$ и $45,78 \pm 1,27$; $p < 0,001$).

В группе больных с тяжелым течением язвенной болезни показатели качества жизни до лечения снижены по сравнению с больными с легким и средней степени тяжести течением. Однако значительного различия по шкале СФЗ не получено. Возможно, это было 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 имеет большие различия, чем СФЗ, так как больные с тяжелым течением язвенной болезни страдают психологически сильнее. Связано это с выраженной клинической симптоматикой и имеющимися осложнениями.

На основании вышеизложенного можно сделать заключение, что в группе больных с тяжелым течением язвенной болезни показатели качества жизни так же, как и до лечения, снижены по сравнению с больными с легким и средней степенью тяжести течением. При сравнении показателей качества жизни у больных по группам исследования было отмечено, что у больных с тяжелым течением язвенной болезни даже после проведенного лечения

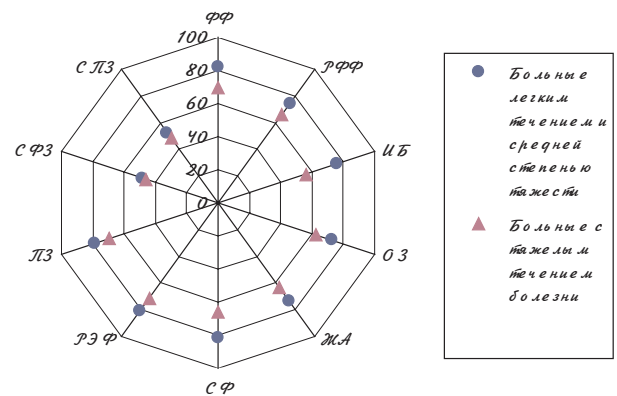


Рис. 2. Показатели качества жизни больных исследуемых групп

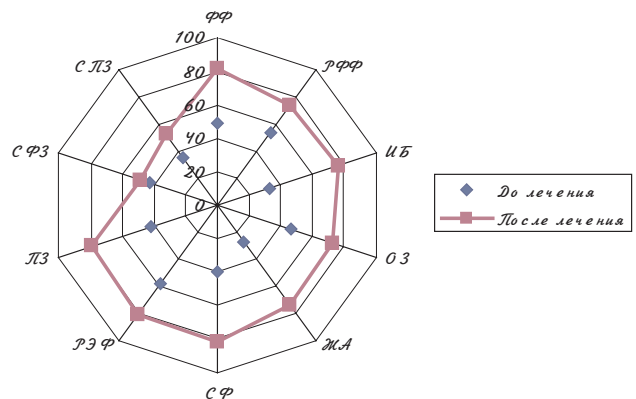


Рис. 3. Сравнительный анализ показателей качества жизни больных с легким и средней степенью тяжести течением язвенной болезни до и после лечения

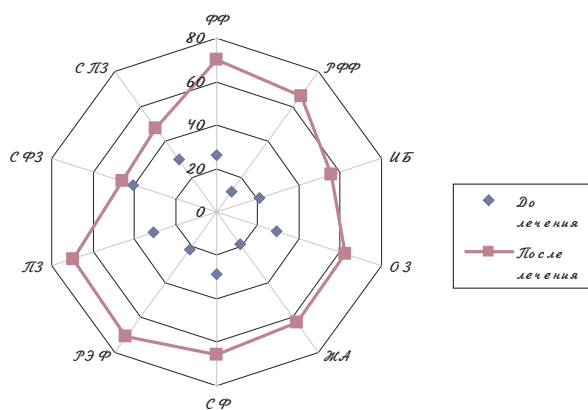


Рис. 4. Сравнительный анализ показателей качества жизни больных с тяжелым течением язвенной болезни до и после лечения

длительно сохраняются социальная дезадаптация и периодические болевые ощущения.

Приведенные в настоящем сообщении данные говорят о необходимости широкого применения оценки качества жизни в клинической практике.

Литература

1. Власов В.В. Эпидемиология / В.В. Власов. – М.: «Геотар-Мед», 2004. – С. 322 – 324.

2. Колесникова И.Ю. О соотношении между качеством жизни, комплаенсом пациентов и течением язвенной болезни / И.Ю. Колесникова, Г.С. Беляева, В.А. Леонтьева // Клиническая медицина – 2005. – №10. – С. 33-36.

3. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.А. Ионова. – СПб.: «Олма-Пресс», 2002. – 313 с.

4. Новик А.А. Концепция исследования качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.А. Ионова, П. Кайнд. – СПб.: ЭЛБИ, 1999. – 140 с.

5. Рутгайзер Я.М. Возможности использования клинико-психологических методов в гастроэнтерологии / Я.М. Рутгайзер // Российский журнал гастроэнтерологии, ге-

патологии, колопроктологии. – 1997. -№ 6. – С. 38-45.

6. Рутгайзер Я.М. Возможности оценки качества жизни больных в гастроэнтерологической практике / Я.М. Рутгайзер, А.Г. Михайлов // Клиническая медицина. – 1999. – №3. – С. 35-38.

7. Ткачев А.В. Оценка отдаленных результатов эрадикационной терапии и качества жизни у больных язвенной болезнью, осложненной кровотечением или перфорацией / Ткачев А.В. [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2002. -№ 6. – С. 44-53.

8. 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.

9. Wilhelmsen I. Quality of life and Helicobacter pylori eradication / I. Wilhelmsen // Scand. J. Gastroenterol. – 1996. – Vol. 31, suppl. 221. – P. 18 – 20.

10. 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.

11. Ware J.E. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide / Ware J.E. [and et al.] //The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass.-1993.

12. World Health Organization. Basic Documents. 26th ed. Geneva WHO. – 1976. Vol. 1.

Н.В. Махарова, И.А. Пинигина, А.А.Захарова, А.А. Донская, Е.И. Семенова

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЗАНЯТИЯХ СПОРТОМ

В современном обществе можно выделить диаметрально противоположные группы людей. С одной стороны, непрерывный рост автоматизации производства, совершенствование техники сформировали огромный контингент лиц, лишенных физической активности, с другой – спортсмены, которые выполняют по объему и интенсивности огромную физическую нагрузку. Как недостаточная, так и чрезмерная физическая нагрузка оказывает отрицательное влияние на организм, когда идет перенапряжение адаптационных механизмов, и может быть причиной развития различных патологических состояний. Как показано различными исследователями, плата за адаптацию к нагрузкам современного спорта достаточно высока. Длительные физические нагрузки приводят к адаптивным изменениям в сердце и сосудах спортсмена, что отражается в давно существующем термине “спортивное сердце” и является одной из основных проблем спортивной медицины, неизменно привлекающей к себе внимание ученых и врачей. Несмотря на значительное число фундаментальных исследований в этой области, как у нас в стране, так и за

рубежом вопросы гипертрофии миокарда (ГЛЖ) у лиц, занимающихся интенсивными физическим нагрузками, остаются недостаточно изученными. Решение данной проблемы выступает на первый план прежде всего потому, что, несмотря на значительные достижения профилактической кардиологии, сердечно-сосудистая патология у жителей России занимает первое место среди причин смерти, составляя 55% от общей смертности. Основным фактором риска смертности от сердечно-сосудистых заболеваний считается гипертрофия миокарда левого желудочка, кроме того внезапная сердечная смерть (ВСС) в последнее время стала огромной социальной и медицинской проблемой. По данным ряда авторов, риск внезапной смерти среди спортсменов в 5-10 раз выше, чем среди физически неактивных лиц. Среди причин ВСС у спортсменов чаще всего называют гипертрофическую кардиомиопатию [3,5-7,10].

Цель исследования – изучение функционального состояния сердечно-сосудистой системы у профессиональных спортсменов.

Материалы и методы

Под наблюдением находился 71 спортсмен с одинаковой направленностью тренировочного процесса (борьба, бокс) в возрасте от 18 до 28 лет (средний возраст 19,8±2,6 года). Стаж занятий спортом составил 12,3±2,9 года (от 7 до 12 лет). Обследованные имели высокий уровень спортивного мастерства (не ниже кан-

дидата мастера спорта). Продолжительность тренировок составляла до 6 ч в день. По результатам проведенного углубленного медицинского осмотра все спортсмены были признаны практически здоровыми. Контрольная группа состояла из 34 практически здоровых мужчин, сопоставимых по возрасту и полу, не занимающихся спортом.

Всем спортсменам проводилась электрокардиография в динамике в разное время годового цикла (подготовительный, соревновательный, постсоревновательный периоды) на 3-канальном аппарате фирмы «Chiller». Структурно-функциональные показатели определяли на эхокардиографе HDI-3000 (ATL, США), проводили измерение линейных размеров сердца (КДР, КСР, МЖП, ЗСЛЖ, см), определение расчетных показателей (КСО-КДО, УО, МОК, мл) и сердечный индекс (СИ, л/мин/м²). СИ определялся как отношение МОК к площади поверхности тела. Разделение обследованных спортсменов в зависимости от типа кровообращения проводилось по Р.Г.Оганову и соавт. (1984). К группе с эукинетическим типом кровообращения отнесены спортсмены с диапазоном колебаний СИ от 2,75 до 3,5 л/(мин•м²). Соответственно ниже 2,75 по СИ были спортсмены с гипокинетическим типом, выше 3,5 – с гиперкинетическим типом кровообращения. Масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ, г) рассчитывалась по формуле Devereux and Reichek, далее ММЛЖ

МАХАРОВА Наталья Владимировна – к.м.н., гл. специалист ЯНЦ СО РАМН; **ПИНИГИНА Ирина Петровна** – с.н.с., зав.лаб. ЯНЦ СО РАМН; **ЗАХАРОВА Анна Анатольевна** – м.н.с. ЯНЦ СО РАМН; **ДОНСКАЯ Ара Андреевна** – д.м.н., доцент МИ ЯГУ, гл. врач клиники ЯГУ; **СЕМЕНОВА Евгения Ивановна** – н.с. ЯНЦ СО РАМН.

Структурно-функциональные показатели миокарда левого желудочка у спортсменов высшего спортивного мастерства

Показатели	Спортсмены n = 71	Контрольная группа n = 34
Ао, см	2,7±0,7	2,48±0,04
ТМЖП, см	0,98±0,17	0,84±0,04
ТЗСЛДЖ, см	0,9±0,1	0,83±0,03
КДР, см	5,0±0,4	4,78±0,07
КСР, см	3,0±0,3	3,01±0,06
КДО, мл	120,9±19,7	100,34±1,73
КСО, мл	37,1±8,8	32,06±3,63
ММЛЖ, г	162,7±38,2	108,70±4,17
ИММЛЖ, г/м ²	93,0±12,7	60,40±2,24

индексировалась к площади поверхности тела (Корнельский критерий: верхняя граница нормы – 134 г/м² для мужчин); к росту (Фремингемский критерий: верхняя граница нормы – 143 г/см для мужчин) и к росту, возведенному в 2,7-ю степень (верхняя граница нормы – 50 г/м^{2,7} для мужчин).

Систолическое и диастолическое давление (САД, ДАД) определяли по методу Короткова, частоту сердечных сокращений (ЧСС) фиксировали с помощью ЭКГ.

Результаты и обсуждение

Средний рост обследованных составил 167,0±7,0 см, масса тела – 62,0±10,8 кг, поверхность тела – 1,72±0,2 м². При определении ЧСС средняя величина составила – 62,0±8,9 уд. в мин. Синусовая брадикардия выявлена у 27,4% обследованных. Артериальное давление в среднем составило: САД – 113,6±8,0 мм рт.ст., ДАД – 73,3±9,6, в контрольной соответственно САД – 112,3±1,6, ДАД – 72,7±1,6 мм рт.ст

При анализе электрокардиограмм в динамике выявлены: синусовая аритмия (больше 0,50с) – 29,8% случаев; миграция водителя ритма – 8,3; предсердный ритм – 2,4; неполная блокада правой ножки пучка Гиса – 7,2; замедление АВ-проводимости – 3,4% нарушения процессов реполяризации миокарда в виде отрицательного зубца Т в отведениях V₂₋₄ – 25,7 и в виде подъема сегмента ST в отведениях V₂₋₅ – 21,2; единичная предсердная экстрасистолия – 3,1; желудочковая экстрасистолия – 2,8% случаев. У некоторых спортсменов отмечались сочетанные изменения ЭКГ. Изменения ЭКГ у большинства спортсменов носили переходящий характер. Динамика ЭКГ по периодам подготовки показала, что наиболее часто зафиксированы синусовая аритмия, переходящие нарушения процессов реполяризации миокарда, когда увеличивается объем

физических нагрузок. Чаще всего они возникали в период напряженных тренировок, в подготовительном периоде. Это же наблюдалось и у спортсменов, которые форсировали нагрузки после большого перерыва из-за травм и заболеваний. У 21,2% зарегистрированы ЭКГ-изменения конечной части желудочкового комплекса на протяжении всего сезона, которым был выставлен диагноз дистрофия миокарда физического перенапряжения (ДМФП) 1-2-й степени [5]. Выделению этой патологии в отдельную нозологическую единицу во многом способствовало развитие отечественной и мировой спортивной кардиологии, это имело огромное научное и практическое значение. Вместе с тем диагноз ДМФП в зарубежных спортивно-медицинских школах остается непризнанным и отсутствует в международной классификации, однако в России отечественные авторы придерживаются до настоящего времени этой терминологии [1]. Диагноз дистрофии миокарда чаще всего устанавливается на основании ЭКГ, хотя дистрофия во всем мире – термин патологоанатомический и известен случаи, когда на вскрытии внезапно умерших спортсменов находили до десятка выраженных очагов заместительного фиброза [2,4]. Существенную роль в развитии дистрофии могут играть нарушения режима питания, ведущие к дефициту витаминов и калия, натрия, магния, «сгонка веса» и тренировки при неблагоприятных условиях внешней среды, нарушающие водно-электролитный баланс.

При анализе эхокардиограмм (таблица) из обследованных квалифицированных спортсменов толщина межжелудочковой перегородки составила в среднем 0,98±0,17 см, в контрольной группе – 0,84±0,04 см, в 4,4% случаев эта величина у спортсменов превысила 1,3 см, толщина задней стенки у спортсменов в среднем составила 0,9±0,1, в контрольной группе – 0,83±0,03 см.

Более выражено, чем утолщение стенки, было увеличение полости левого желудочка сердца – так, КДО у спортсменов составило 120,9±19,7 мл против 100,34±1,73 в контрольной группе. Распределение спортсменов по типам кровообращения выявило: эукинетический тип кровообращения у 40,5% обследованных, гиперкинетический – у 21,6, гипокинетический – у 37,8%. Тенденция к формированию гиперкинетического типа кровообращения у лиц с гипертрофией миокарда свидетельствует о большом напряжении адаптационных механизмов и

рассматривается многими авторами как патологическая трансформация «спортивного сердца» [3,8]. Соответственно заметно увеличивалась масса миокарда левого желудочка: 124,0-245 г (в среднем 162,7±38,2 г) у спортсменов и 80-200 г (в среднем 108,70±4,17 г) в контрольной группе, по отношению к массе тела соответственно 93,0±12,7 и 60,40±2,24 г/м². Абсолютная масса миокарда была увеличена у 31,3%, при этом гипертрофия миокарда была выявлена у 3,1%, (Карнельский критерий), при индексации к росту, возведенному в 2,7-ю степень – у 18,8, при этом надо отметить, что спортсмены с одинаковым характером и интенсивностью физических нагрузок имели различную выраженность изменений. Как отмечает Ф.З. Меерсон, «сам по себе факт умеренной гипертрофии у высокоотренированных спортсменов не является указанием на неполноценность такого «сердца». Длительная гиперфункция сердца приводит к увеличению его массы из-за умеренной гипертрофии, в основе которой лежит активация генетического аппарата клетки. В отличие от патологической гипертрофии у здоровых спортсменов гипертрофия характеризуется сохранением нормальных пропорций числа волокон и ядер, ультраструктур и числа капилляров на единицу массы миокарда [4], однако многими авторами были выявлены более частые изменения ЭКГ и ухудшение функционального состояния у спортсменов с очень большим увеличением сердца [3,6]. На сегодняшний день широко обсуждается роль генетических факторов в патогенезе развития ГЛЖ. Показано, что в большей степени структурные и функциональные изменения миокарда у спортсменов зависят от варианта генетического полиморфизма АПФ. У спортсменов, имеющих генотип DD, наблюдали более высокий уровень диастолического давления, больший индекс массы миокарда и более низкие показатели его функции, чем у спортсменов с генотипами II и ID. Увеличение массы миокарда ЛЖ имеет генетическую предрасположенность и у здоровых лиц, что может объяснить причину того, что не у всех лиц, занимающихся спортом в процессе тренировок, появляется гипертрофия левого желудочка. Корреляционный анализ полиморфизмов генов PPARA, PPARG, PPARD и PGC1A с данными эхокардиографического обследования спортсменов показал ассоциацию PPARA C и PPARD C аллелей с риском развития гипертрофии миокарда левого желудочка, а PPARA C и PPARG

Pro аллелей – с риском развития гиперкинетического типа кровообращения. При проведении комплексного анализа обнаружен аддитивный эффект PPARA C, PPARG Pro, PPARD C и PGC1A Ser аллелей на развитие выраженной гипертрофии миокарда левого желудочка [9].

Выводы

1. Выявлены нарушения ритма, проводимости, преходящие нарушения процессов реполяризации при форсировании тренировок.

2. У 21,2% зарегистрированы ЭКГ-изменения конечной части желудочкового комплекса на протяжении всего сезона, которые, вероятно, были проявлением дистрофии миокарда физического перенапряжения.

3. Абсолютная масса миокарда была увеличена у 31,3%, при этом гипертрофия миокарда была выявлена у 3,1%.

Заключение.

Таким образом, чрезмерная нагрузка без учета индивидуальных особенностей может привести к срыву адаптации. Медико-биологический отбор спортсменов для тех или иных видов спорта должен проводиться в соответствии с генетически и фенотипически обусловленными возможностями индивидуума с учетом факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Литература

1. Агаджанян М.Г. // Физиология человека. – 2005. – Т.31, №6. – С.60-64.
2. Бутченко Л.А. Дистрофия миокарда у спортсменов / Л.А. Бутченко, М.С. Кушаковский, Н.А. Журавлева. – М.: Медгиз, 1980. – 130 с.
3. Гаврилова Е.А. Стрессорная кардиомиопатия у спортсменов: автореф. дис...докт. мед. наук / Е.А. Гаврилова. – С.-Пб., 2001. – 48 с.
4. Граевская Н.Д. // Патологоанатомические данные исследования серд-

ца спортсменов. научн. тр. ВНИИФКа / Н.Д. Граевская, Л.Н. Марков. – М., 1972. – Вып. 2. – С. 36-38.

5. Дембо А.Г. Спортивная кардиология. Руководство для врачей / А.Г. Дембо, Э.В. Земцовский. – Л.: Медицина, 1989. – 464 с.

6. Меерсон Ф.З. // Кардиология. – 1993. №4,5. – С. 50-59, 58-64.

7. Maron B.J., Klues H.G. // Am. J. Cardiol. – 1994. – Vol.73, Pt.15. №6. – P.1098–1104.

8. Калугина Г.Е. Морфологическая и функциональная характеристика “спортивного сердца” (по данным ультразвуковой эхокардиографии): автореф. дис...докт. мед. наук / Г.Е. Калугина. – М., 1984. – 23 с.

9. Соболева А.В. [и др.] // Артериальная гипертензия. – 2002. – Т. 4, №3. – С. 24-26.

10. Смоленский А.В., Любина Б.Г. // Теория и практика физической культуры / А.В. Смоленский, Б.Г. Любина. – 2004. – №5. – С. 8-12.

ГИГИЕНА, САНИТАРИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ЭКОЛОГИЯ

Л.Г. Иванова, О.И. Никифоров, В.Ф. Чернявский, Н.А. Антонов

О СОСТОЯНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ЛЯМБЛИОЗА В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

Лямблиоз - проблемное эндемическое заболевание во многих странах мира [6]. По официальной статистике, данная нозоформа является наиболее массовой, из числа учитываемых в России протозойных инфекций, где за 10 лет со времени введения государственной статистической регистрации заболеваемость увеличилась в 2 раза, составляя ежегодно более 100 тыс. больных, из них до 90 тыс. детей [2, 3].

В Республике Саха (Якутия) за последние 3 года (2004-2006 гг.) наметилось некоторое снижение показателей заболеваемости на 100 тыс. населения: с 32,5 в 2004 г. до 17,0 в 2006 г. В 2006 г. из 161 случая лямблиозной инвазии 98 составляли дети в возрасте до 14 лет (60,9%).

ИВАНОВА Луиза Гаврильевна – специалист высшей категории, отличник здравоохранения РФ, зав. лаб. ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РС(Я)»; **НИКИФОРОВ Олег Иннокентьевич** – зав. отделением мониторинга природно-очаговых и особо-опасных инфекций ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РС(Я)»; **ЧЕРНЯВСКИЙ Виктор Федорович** – к.м.н., врач-эпидемиолог высшей квалиф. категории; **АНТОНОВ Ньургун Анатольевич** – студент-стажер МИ ЯГУ.

Из 34 районов республики и в г. Якутске лямблиоз регистрируется на 10 территориях, что составляет 29,4%. Наиболее неблагополучными по лямблиозу являются: г. Якутск – показатель заболеваемости на 100 тыс. населения составил 28,9, г. Мирный - 28,3, г. Нерюнгри - 28,1. В основном лямблиоз регистрируется среди городского населения - 98%.

За 2002 - 2006 гг. в паразитологической лаборатории ФГУЗ «Центр ги-

гиены и эпидемиологии в Республике Саха (Якутия)» методом иммуноферментного анализа целенаправленно было обследовано 2811 чел., из них выявлено сероположительных - 635, среди детей до 14 лет - 270 (42,5%).

За 1-ое полугодие 2007 г. в паразитологической лаборатории было обследовано 814 чел., в т. ч. 94 ребенка до 14 лет, из которых 44,7% представляли дети школьного возраста и 55,3% - дошкольного. При распределении

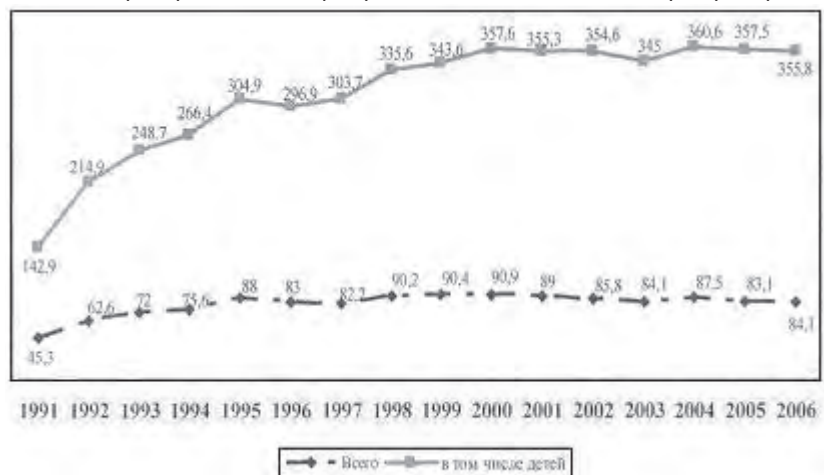


Рис.1. Заболеваемость лямблиозом населения РФ за 1991–2006 гг. (Г.Г. Онищенко)

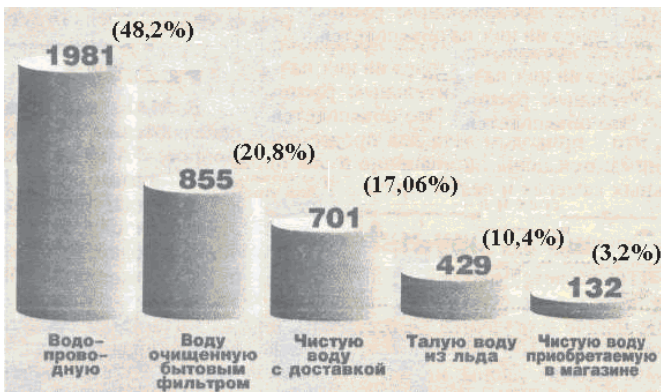


Рис. 2. Характер питьевого водопотребления среди жителей г.Якутска («АиФ на Севере» № 15, 2-9.05.07 г.)

обследуемых по полу 52,1% составили мальчики и 47,9% - девочки.

Положительные результаты иммуноферментного анализа [1] были выявлены у 11 мальчиков школьного возраста из 22 обратившихся в лабораторию, что составило 50% пораженности. Из 27 мальчиков дошкольного возраста 14 оказались сероположительными - 51,9%.

Из 20 девочек школьного возраста положительные результаты были получены у 7 (35%), у детей дошкольного возраста - из 25 у 8 (33,4%).

Среди взрослого населения были обследованы 169 мужчин, у 26 из них получены положительные результаты (15,4%) и 720 женщин - 203 (28,2%) положительных результата.

Кроме того, выявлено 13 семейных очагов лямблиоза, где одновременно имели положительный результат или вся семья (мать, отец, ребенок), или мать, ребенок, или несколько детей в семье.

В изложенном контексте интересны данные общественно-социологического опроса о характере водопотребления среди якутян (рис.2).

Ролевая аксиоматичность общеизвестных санитарно-гигиенических, эпидемиологических и медико-экологических факторов при данном контагиозном протозоозе, а также ус-

тойчивость цист лямблий к действию химических и физических факторов, в т.ч. дезинфектантов (включая их резистентность к действию хлора в концентрациях, которые считаются способными к инактивации кофигурных бактерий и применяются в практике водоподготовки)

были сопоставлены с нормами СанПиНа, предусматривающими полное отсутствие цист лямблий в питьевой воде [4, 5]. Для этого методом вакуумной фильтрации [5] были проведены исследования водопроводной воды из 3 точек на территории г. Якутска и бутилированной воды местных производителей.

Для исследования были использованы аналитические трековые мембраны. Всего профильтровано 300 л питьевой воды. В результате в водопроводной и в бутилированной воде одного из местных производителей были обнаружены цисты лямблий, что указывает на высокую эпидемиологическую значимость водного фактора [3] в инфицированности людей, употребляющих некипяченую, сырую воду, в 1,8 – 2,3 раза [6].

Заключение. Внедрение иммуноферментного анализа в отделение паразитологических исследований ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Саха Якутия» способствовало повышению качественно-количественного уровня регистрации лямблиоза (2001 г. - 84 случая, 2002 - 86, 2003 - 203, 2004 - 310, 2005 - 254, 2006 - 161, I полугодие 2007 г. - 269). Зафиксирована и диагностирована интенсивная пораженность у детей до 14 лет: 2003 г. - 132, 2004 - 155, 2005

- 139, 2006 г. - 98 и 40 случаев за I полугодие текущего года.

Регистрация лямблиоза среди городского населения в I полугодии 2007 г. составляла 18,6%, сельского - 81,4%.

Лямблиозом также поражаются дети в основном до 14 лет, чаще контаминируются возрастные группы 3-6 лет.

Состояние водоснабжения и качество питьевой воды в г. Якутске не отвечают санитарно-гигиеническим требованиям и оказывают неблагоприятное влияние на заболеваемость населения лямблиозом.

Приоритетными задачами по снижению показателей заболеваемости лямблиозом в Республике Саха (Якутия) являются: обеспечение населения доброкачественной питьевой водой и предотвращение загрязнения водоемов необеззараженными сточными водами; повышение санитарно-просветительной работы с населением в отношении безопасной культуры (привычек) питьевого водопотребления.

Литература

1. **Инструкция** по применению тест-системы Д - 3552 «Лямблия - АТ - стрип». - Новосибирск: ЗАО «Вектор-Бест» 2005. - 20 с.
2. **Мерзнова Н.Б. [и др.]** // Медицинская паразитология. - 2004. - №2. - С.24-27.
3. **Онищенко Г. Г.** // Актуальные вопросы обеспечения санитарного и эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации. - 2007. - 101 с.
4. **Санитарные** правила и нормы СанПиН 2.1.4.1074-01 «Питьевая вода. Гигиенические требования к качеству воды централизованных систем питьевого водоснабжения. Контроль качества». - М., 2001. - 29 с.
5. **Санитарные** правила и нормы СанПиН 2.1.4.1116-02 «Питьевая вода. Гигиенические требования к качеству воды, расфасованной в емкости. Контроль качества». - М., 2002. - 31 с.
6. **Birkhead Gutrie.** Epidemiologic surveillance for endemic Giardia Lamblia infection in Vermont the roles of waterborne and person-to-person transmission / G. Birkhead, R.L. Vogt // Amer. J Epidemiol. - 1989. - 129, №4. - С 762 - 768.

УДК 614 (516.71)

Л.Д. Олесова, Г.Е. Миронова, Ф.А. Захарова МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ СТАТУС НАСЕЛЕНИЯ СЕЛА ТИТ-АРЫ

Территория Республики Саха (Якутия) расположена в зоне многолетней

ОЛЕСОВА Любовь Дыгыновна – с.н.с. ЯНЦ СО РАМН; **МИРОНОВА Галина Егоровна** – д.б.н., проф. МИ ЯГУ, с.н.с. ЯНЦ СО РАМН; **ЗАХАРОВА Федора Аполлоновна** – д.б.н., проф. МИ ЯГУ, с.н.с. ЯНЦ СО РАМН.

мерзлоты и относится к разряду природно-аномальных биогеохимических провинций [2,4]. Существование биогеохимических провинций, субпровинций и локальных областей, аномальных в отношении важнейших для человека микроэлементов (Са, Mg, Zn, Cu, Mo, Se и др). оказывает сущес-

твенное влияние на состояние здоровья и общей заболеваемости населения. Следует отметить, что дисбаланс макро- микроэлементов в экосистемах может быть обусловлен не только природными факторами, но и антропогенными воздействиями на окружающую природу [1]. В Республике Саха

(Якутия) отмечается высокий уровень заболеваемости гастроэнтерологического профиля. Поражение органов пищеварения среди населения республики превышает аналогичные данные по России на 28,2, по Дальневосточному федеральному округу на 22,9%. Стандартизированные показатели смертности от болезни печени превышают данные по РФ на 49,3, по ДВФО на 40,4% [3].

В связи с этим актуальность научной проблемы «окружающая среда – здоровье человека» в аспекте микроэлементного статуса населения в условиях Крайнего Севера имеет исключительное значение и будет возрастать при условии ухудшения экологической обстановки.

С учетом изложенного нами была определена цель исследования: выявить структуру заболеваемости и определить микроэлементный статус взрослого и детского населения с. Тит-Ары Хангаласского района.

Материал и методы. При медико-биологическом мониторинге населения с.Тит-Ары было обследовано 215 взрослых и 127 детей. У 134 взрослых, 52 детей и в биопробах продуктов питания местного происхождения (говядине, свинине, конине, гусятине (дичи), озерной и речной рыбе, бруснике) определены концентрации 15 химических элементов. Определение концентраций цинка, кобальта, меди, хрома, никеля, стронция, бария, алюминия, кадмия, ртути, олова, серебра, кальция, натрия, магния в биопробах были выполнены на атомно-эмиссионном спектрометре с индуктивно-связанной плазмой (АЭС-ИСП) – Optima 3100 RL в ГУП «Центргеоаналитика» Госкомгеологии РС (Я). Результаты исследований макро-микроэлементов в волосах оценивались путём сопоставления с физиологическими уровнями микроэлементов в волосах, приведенными в литературе [5]. Анализ структуры заболеваемости взрослого населения производился на основе данных клинических, функционально-диагностических и биохимических исследований. Исследование органов пищеварения проводилось с использованием фиброзофагогастродуоденоскопии и ультрасонографии.

Результаты и обсуждение. Анализ структуры заболеваемости обследованного нами населения с. Тит-Ары показал, что среди взрослого и детского населения на первом месте стоят заболевания желудочно-кишечного тракта – 73 и 31,49% соответственно. На втором месте среди взрослых стоят заболевания системы кровооб-

ращения, на третьем – заболевания мочеполовой системы. Среди детей на втором месте стоят заболевания нервной системы, на третьем – заболевания лор - органов.

По данным фиброзофагогастродуоденоскопии и ультрасонографии среди заболеваний желудочно-кишечного тракта наибольший удельный вес имеют гастриты различных форм, которые выявлены у 77% женщин и у 27% мужчин. Наиболее часто гастрит встречался в возрастных группах 30-59 лет. Язвенная болезнь желудка обнаружена у 6,4% обследованных. Болезни печени, желчного пузыря выявлены у 45% обследованных. Хронический холецистит диагностирован у 30,6% женщин и у 9,3% мужчин. Калькулезный холецистит, которым страдают в основном женщины 50-59 лет, выявлен у 14,5% из числа обследованных лиц. Хронический панкреатит диагностирован у 25% женщин и у 8,1% мужчин.

Сердечно-сосудистая патология выявлена у 34,8 % из общего числа обследованных. Часто встречающимися заболеваниями среди сердечно-сосудистой патологии были гипертоническая болезнь (30%), атеросклеротический кардиосклероз (28%), вегето-сосудистая дистония (20%). У 8 % из числа обследованных больных был обнаружен врожденный порок сердца. Наиболее часто сердечная патология встречается в возрасте от 40-49 лет, как у женщин, так и у мужчин.

В геоструктурном плане с. Тит-Ары расположено в пределах Синского выступа фундамента Сибирской платформы (глубина залегания 318-462 м), ограниченного системой глубинных разломов: Якутский, Буотамский, Синский. Особенности геологической среды с. Тит-Ары обусловлены характером почвообразующего субстрата, в строении которого доминируют карбонатные породы раннего кембрия. Литологический состав пород показывает высокую степень участия соединений Ca, Mg, Fe, Na и K, P, SO₄-2, Cl- в современном почвообразовании, в т.ч. и основных биогенных в ассоциации с характерными малыми элементами для пород кембрия данного района – Ti, Cu, Zn, Sr. Содержания последних в 1,5-3,5 раза превышают значения регионального природного фона и указывают на их соответствующую геохимическую специализацию.

Среди химических элементов главными макро- и микроэлементами, обусловленными совокупностью природных факторов и фиксируемыми в

составе депонирующих сред экосистем района, являются Ca, Mg, Fe, Na, K, P, N, S, Cu, Zn, F, Br, Li, Mn, Ti, Pb, Ba, As, Bi, B, Ni.

Полученные нами данные свидетельствуют о нестабильности микроэлементного статуса организма обследованного населения: у взрослых жителей с.Тит-Ары отмечено превышение физиологического уровня тяжелых металлов: Al – почти в 2 раза, Sb – в 4, Ba – в 3,3, Sr – в 2,4, Ag – в 2,2 раза. Содержание Mg и Cd превышало физиологическую норму незначительно. Кроме того, у взрослых жителей с. Тит-Ары среднее содержание кальция превышало норму в 1,2 раза. У 107 взрослых (81%) в пробах волос отмечалось недостаточное содержание кобальта. Частота встречаемости превышения физиологического уровня у взрослого населения распределялась в следующем порядке: Sb(100%)>Ba(82,69)>Al(73)>Sr(69,2)>Pb(44,22)>Cr(40,38)>Cd(26,92)>Ag(19,23%).

У детей выявлена высокая частота встречаемости превышения физиологического уровня бария (82,69%), сурьмы (71), алюминия (38,46), свинца (44,22), стронция (21,15), а из макроэлементов магния (32,69) и кальция (40,38%). Недостаточное содержание кобальта отмечается и у 76% детей, а у 52% детей отмечено низкое содержание хрома.

Тяжелые металлы поступают в организм человека с продуктами питания, питьевой водой и с вдыхаемым воздухом. Результаты химического анализа в основных продуктах питания показали, что содержание меди, железа магния, никеля, свинца в них не превышает ПДКпр. Высокие концентрации хрома были обнаружены в мясных (5 ПДКпр) и рыбных продуктах (6,2 ПДКпр), наиболее употребляемых местным населением. Согласно полученным нами данным, среди перечисленных продуктов питания основным источником Ba являются дикоросы. Так, содержание бария в бруснике равнялось 1,86 мкг/г. Вероятно, этот факт объясняет то, что у более чем 40% детей и у 82% взрослых выявлен избыток этого элемента в пробах волос. Кроме того, в озерной рыбе и бруснике содержание стронция было в 3-4 раза больше, чем в мясе. Наиболее высокий уровень кальция обнаружен в карасях, речной рыбе и дичи. Тогда как в говяжьем и конском мясе концентрация кальция была в 3,2 раза меньше, чем в дичи, и в 9 раз меньше, чем в озерной рыбе. Вероятно, этот факт можно объяснить исходя из химического состава воды.

По литературным данным, при хронической интоксикации сурьмой наблюдается воспаление слизистых оболочек зева и гортани, увеличение и болезненность печени, длительный кашель. Барий оказывает нейротоксическое, кардиотоксическое и гемотоксическое действие. Органами-мишенями при избыточных концентрациях алюминия в организме являются ЦНС, почки, кости, легкие, костный мозг и др. Избыток хрома в организме способствует развитию заболеваний желудка и печени, астено-невротических расстройств [1,5].

Главной водной артерией района является р. Лена и ее левые притоки. Химический состав речной воды преимущественно гидрокарбонатный магниевый; в летний период года в небольших количествах появляются хлориды и сульфаты. Значения суммарной минерализации, в среднем, варьируют от 200 до 400 мг/л с повышением значений в период осенней межени. Как указывает В.Т. Балобаев с соавторами (2003), в составе этих вод присутствуют в высоких концентрациях ионы Ca^{2+} и Na^+ .

Выводы. Таким образом, анализ полученного материала свидетельствует о дисбалансе микроэлементного состава волос у обследованного населения. Отмечена высокая частота встречаемости избытка сурьмы, бария, алюминия, стронция и недостаточное содержание кобальта у взрос-

лых и детей. Кроме того, у взрослого населения выявлено высокое содержание кальция, а у детей – свинца. Характер дисбаланса микроэлементов в волосах населения села Тит-Ары Хангаласского улуса соответствует структуре заболеваемости. Так, на первом месте у взрослого и детского населения стоят заболевания желудочно-кишечного тракта. Затем следуют заболевания нервной системы, лор-органов у детей и заболевания системы кровообращения, мочеполовой системы у взрослых. Избыток алюминия, сурьмы, бария, стронция в пробах волос взрослого и детского населения, согласно литературным данным, может способствовать появлению патологий ЖКТ, органов дыхания, сердечно-сосудистой и нервной систем, а недостаточное содержание в пробах волос кобальта может вызывать вегето-сосудистые нарушения, аритмии, анемии [1,5].

Высокий уровень кальция в волосах взрослых жителей с. Тит-Ары, вероятно, связан с высоким содержанием кальция в питьевой воде, который вымывается из известняковых пород. Известно, что высокий уровень кальция в организме способствует образованию нерастворимых солей – карбонатов и фосфатов. Возможно, это является одной из причин высокой заболеваемости (4%) желчнокаменной болезнью среди жителей с. Тит-Ары. Анализ продуктов питания из с. Тит-Ары

показал, что источниками кальция, стронция, серебра и мышьяка являются речная и озерная рыба, а также дичь. Кроме того выявлено высокое содержание хрома в мясе и рыбе. Основным источником бария является брусника. Содержание меди, железа магния, никеля, свинца не превышали ПДКпр. Эти элементы попадают в организм животных человека по системе трофических связей и оказывают прямое или опосредованное воздействие на состояние их здоровья.

Литература

1. **Авцын А.П.** Микроэлементозы человека: этиология, классификация, органопатология / А.П. Авцын [и др.]. – М.: Медицина, 1991. – 496с.
2. **Гаврилова М.К.** Климат Центральной Якутии / М.К. Гаврилова. – Якутск: Якутское кн. Изд-во, 1973. – 118 с.
3. **Государственный доклад** о состоянии и об охране окружающей среды Республики Саха (Якутия) в 2003 году. – Якутск, 2003.-
4. **Жирков И.И.** Содовость озерных вод как предпосылка высокой заболеваемости желудочно-кишечного тракта населения Центральной Якутии / И.И. Жирков, С.И. Черова // Актуальные вопросы клинической онкологии и преанцирогенеза: Тез. докладов VI Республиканской конференции онкологов. – Якутск, 1990. – С.190-192.
5. **Скальный А.В.** Химические элементы физиологии и экологии человека / А.В. Скальный. – М.: «ОНИКС 21 век»: Мир, 2004. – 216 с.

С.И. Прокопьева

ХАРАКТЕР И ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

Материалы и методы

Общее число детей в выборке составило 1104, средний возраст – 7,65 месяцев. Средний возраст опрошенных женщин – 29,3 года. Для проведения опроса нами была использована специальная анкета, разработанная на основе анкеты К. Tusker для изучения состояния питания детей в городах и регионах России сотрудниками Института питания РАМН и американской благотворительной организации «Кейр» и адаптированная в соответствии с местными условиями. Для выяснения вопроса о влиянии питания на микроэлементный статус у детей первого года жизни и состояние их здоровья нами были отобраны 40 детей первого года жизни. Исследование волос проводилось в АНО Центре

биотической медицины по методу А.В. Скального в г. Москве.

Результаты исследования

Анализ вскармливания детей грудного возраста показал, что после выписки из роддома на грудном вскармливании находилось 62,1% детей в городской и 55,9% в сельской местности. На смешанном вскармливании – 31 и 32,9%, на искусственном с рождения – 6,9 и 11,2% детей соответственно. К 1 году процент детей, получающих грудное молоко, становится почти одинаковым и составляет 29,6 и 21,8% соответственно. Из числа детей, находившихся на смешанном вскармливании с рождения, большинство (77,8% в городе и 84,1 – в селе) переводятся на искусственное в 4-4,5 месяцев. Общая средняя продолжительность грудного

Состояние питания населения является одним из важнейших факторов, определяющих здоровье нации. Особую важную роль в укреплении здоровья играет грудное вскармливание. Важнейшим условием поддержания здоровья, работоспособности и активного долголетия человека является полноценное и регулярное снабжение организма всеми микронутриентами – витаминами и минеральными веществами.

Цель работы – изучение характера и особенностей питания детей первого года жизни в сопоставлении с их состоянием здоровья и некоторыми показателями макро- и микроэлементного статуса в условиях РС(Я).

ПРОКОПЬЕВА Саргылана Ивановна
– к.м.н., доцент МИ ЯГУ.

вскармливания составляет в городской местности – 6,8, в сельской местности – 8,4 месяца. Детальный анализ характера питания в возрасте 4 месяцев показал, что несмотря на то, что около 61% детей получают грудное молоко, на самом деле на исключительно грудном вскармливании находятся только 4,9% детей в городской местности и 0,9% – в сельской. Остальные дети получают различные виды докорма: молочную смесь – 66,3% детей в городе и 58% – в сельской местности, коровье молоко – 9,4 и 25,2, кефир – 19,4 и 15,9% соответственно. Продолжительность грудного вскармливания достоверно зависела от образования матери и режима вскармливания детей. Так, установлено, что матери с высшим образованием и матери, придерживавшиеся практики свободного вскармливания, кормили своих детей дольше, чем матери с низким образованием или кормившие по расписанию. Основной причиной прекращения грудного вскармливания как в городе, так и в селе, явилась гипогалактия (60,7 и 39,5%).

Отличия в использовании в качестве докорма неадаптированных смесей (кефира и коровьего молока) показали, что в сельской местности достоверно больше матерей в качестве докорма ребенка в возрасте 4 месяцев используют коровье молоко (25,2% против 9,4). Также и в дополнение к адаптированной молочной смеси коровье молоко (37% против 18,7), в городе – кефир (37,6% против 27,1). Вопреки рекомендациям ВОЗ неадаптированные молочные продукты вводились в питание детей уже в первом полугодии жизни, хотя средний возраст введения неадаптированных продуктов составляет 7 месяцев. В возрасте 4 месяцев кефир получали 29,2% детей в городе и 27,1 – в сельской местности, коровье молоко – 19,2 и 36,1% детей соответственно. Установлено, что более высокий уровень образования матери сопровождается более поздним введением в рацион детей неадаптированных молочных смесей.

Распространенное использование цельного коровьего молока в питании детей первого года жизни влечет за собой целый комплекс неблагоприятных последствий. В наших исследованиях установлено, что при раннем (до 3 месяцев) введении коровьего молока в рацион ребенка уровень гемоглобина ниже. Раннее введение неадаптированных молочных смесей достоверно способствует более высокой частоте респираторных заболеваний у детей. Установлено, что при введении не-

адаптированных продуктов раньше 3-месячного возраста, частота ОРВИ достоверно выше, чем при введении после 3 месяцев. Достоверное увеличение частоты ОРВИ получено при отлучении ребенка от груди до 3 месяцев и при употреблении ребенком неадаптированной молочной смеси более 1 раза в сутки. При употреблении в объеме 600 мл частота ОРВИ увеличивается в 1,5 раза.

Многие дети начинали необоснованно рано получать прикорм, в основном в виде каши. Хотя средний возраст введения каш в рацион колеблется от 6,5 до 7,5 месяцев, довольно большое количество детей (в городе – 34%, в сельской местности – 24,3%) начинали получать прикорм до 4-месячного возраста. Сроки введения первого прикорма имеют большое значение для обеспечения адекватного роста и развития детей. При введении фруктовых соков и пюре ранее 4 месяцев (соответственно 13,3 и 12,5%) у детей достоверно чаще встречается атопический дерматит, чем у детей, получивших соки и пюре после 6 месяцев (8,5%).

Обобщенный анализ начала сроков введения прикорма не выявил достоверной разницы в городе и сельской местности, но анализ количества детей, получающих те или иные продукты в разные месяцы жизни, показал достоверные отличия. В сельской местности рацион детей достоверно беднее, чем в городской. Около половины детей в сельской местности к 6 месяцам не получают творог, яичный желток. Обращает внимание высокий процент детей, получающих мясной бульон с первых месяцев жизни, так, к 4 месяцам в сельской местности бульон получают 28,57% детей, в городской – 18,81% ($p < 0,05$).

Таким образом, подводя итоги анализа данных по питанию детей первого года жизни, можно отметить, что в целом по республике выявлены следующие неблагоприятные факторы в организации и практике вскармливания детей грудного возраста: раннее введение в рацион ребенка молочных смесей, даже при наличии материнского молока; ранний необоснованный перевод детей с грудного на смешанное и искусственное вскармливание; широкое использование в рационе детей неадаптированных молочных смесей (кефир, коровье молоко); высокий процент детей, получающих в ранние сроки фруктовые соки, пюре; позднее введение овощного пюре; в сельской местности рацион детей достоверно беднее, чем в городской.

Следствием выявленных нарушений в организации вскармливания грудных детей является постепенное развитие микронутриентной недостаточности, что влечет за собой рост заболеваемости и способствует развитию дефицитных состояний. У детей к моменту рождения содержание микроэлементов повышено. Это возраст микроэлементного благополучия: концентрации многих макро- и микроэлементов у них во много раз выше по сравнению с другими периодами жизни (Одинаева Н.Д., Яцык Г.В., Скальный А.В., 2001). У детей первого полугодия жизни отмечены достоверно высокие показатели концентраций всех обследованных элементов по сравнению с детьми второго полугодия. В первом полугодии концентрация обследованных элементов находится в пределах возрастной нормы. Во втором полугодии снижается концентрация селена, причем при грудном вскармливании его показатель ниже. При неправильном искусственном вскармливании с использованием неадаптированных продуктов концентрация цинка значительно ниже. При сравнении сроков введения блюд прикорма у детей с нормальными и низкими значениями меди и цинка получено, что сроки введения прикорма детям с низкими концентрациями этих микроэлементов отстают на 1 месяц (кроме мяса и каши). Частота атопического дерматита выше при низких концентрациях меди в волосах; при низких концентрациях цинка и селена выше частота ОРВИ по сравнению с детьми с нормальными показателями этих элементов. Проведенные нами исследования позволили выделить целый комплекс факторов, неблагоприятно влияющих на состояние здоровья и развитие детей первого года жизни.

Литература

1. Агаджанян Н.А. Экологический портрет человека и роль микроэлементов / Н.А. Агаджанян, М.В. Велданова, А.В. Скальный. – М., 2001. – 236 с.
2. Воронцов И.М. Естественное вскармливание / И.М. Воронцов, Е.М. Фатеева, Л.Б. Хазенсон. – СПб., 1993. – 189 с.
3. Нетребенко О.К. Вскармливание детей: современные представления и нерешенные вопросы / О.К. Нетребенко // Педиатрия. – 2004. - № 2. - С. 100 – 103.
4. Одинаева Н.Д. Макро- микроэлементы: анализ волос недоношенных новорожденных / Н.Д. Одинаева, Г.В. Яцык, А.В. Скальный // Микроэлементы в медицине. – 2002. - Том 3, вып.1. – С. 63 – 66.
5. Княжев В.А. Политика в области питания населения России / В.А. Княжев [и др.] // Российский педиатрический журнал. – 1999. - № 5. – С. 65 – 67.

Н.А.Тимофеева, И.Д. Ушницкий

КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ШКОЛЬНИКОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ЯКУТИИ

На современном этапе кариес зубов остается актуальной проблемой не только стоматологии, но и медицины в целом [1-3, 5, 6, 8, 10]. Несмотря на широкие фундаментальные и прикладные исследования патологических процессов твердых тканей зубов деминерализующего характера, остается ряд нерешенных проблем, касающихся лечения и профилактики [4,7,9]. Оптимальная организация и планирование стоматологической помощи населению основываются на знаниях эпидемиологических аспектов тех или иных патологических процессов органов и тканей полости рта в регионе.

Республика Саха (Якутия) как регион, относящийся к Северу, характеризуется суровыми природно-климатическими условиями, недостаточностью ультрафиолетовых лучей, резкими перепадами атмосферного давления и суточной температуры воздуха, что, несомненно, оказывает определенное влияние на развитие и течение стоматологических заболеваний. В связи с этим изучение кариеса зубов в условиях Севера для снижения уровня патофизиологического воздействия на организм специфических региональных факторов риска и повышения эффективности профилактических мероприятий является актуальной задачей стоматологии.

Цель работы - изучение эпидемиологических аспектов кариеса зубов и определение нуждаемости, уровня оказываемой специализированной стоматологической помощи у детей дошкольного возраста и школьников Центральной Якутии.

Материалы и методы. Нами было обследовано 1018 детей школьного возраста Центральной Якутии (Якутск, Намский и Хангаласский улусы [районы]). Комплексное стоматологическое обследование проводилось на основе рекомендаций ВОЗ (1995). Из них городских детей - 611 чел., сельских - 407. В каждой возрастной

группе учитывались распространенность (%), интенсивность по показателям индексов кп, КПУ+кп, КПУ, структура компонентов данных индексов. Анализ нуждаемости в специализированной медицинской помощи и уровня оказываемой стоматологической помощи проводился на основании данных структурных составляющих компонентов интенсивности поражения временных и постоянных зубов кариесом. Оценка уровня стоматологической помощи проводилась по методике П.А. Леус (1987).

Статистическая обработка проводилась стандартными методами вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента.

Результаты исследования. Анализ показателей кариеса зубов у детей дошкольного и школьного возраста (от 2 до 17 лет) Центральной Якутии характеризует высокий уровень его распространенности. Данные показатели у разных возрастных групп варьируют в различных пределах, где прослеживаются динамические сдвиги поражаемости зубов кариесом в зависимости от возраста. Так, распространенность кариеса в группе детей от 2 до 3 лет составляет $48,35 \pm 0,06\%$, достигая при этом максимальных значений (100%) в старших возрастных группах школьников. Следует отметить, что различий в среднестатистических показателях распространенности кариеса зубов у детей, проживающих в городе (90,71%) и сельской местности (90,94%), нами не выявлено.

Интенсивность поражения зубов кариесом у детей школьного возраста Центральной Якутии имеет некоторые особенности. Так, показатели поражаемости постоянных зубов кариесом у детей варьируют в пределах от $0,8 \pm 0,07$ (7-летние) до $8,5 \pm 0,40$ (17-летние). А в ключевой возрастной группе детей 12 лет, проживающих в городе, выраженность кариозного процесса составляет $2,97 \pm 0,20$, у сельских детей - $7,14 \pm 0,53$. При этом среднестатистический показатель интенсивности кариеса зубов у 12-летних детей Центральной Якутии составляет $4,79 \pm 0,59$, что по рекомендации ВОЗ интерпретируется как высокий уровень.

Полученные данные показателей интенсивности поражения зубов кариесом у 12-летних детей Центральной Якутии пробудили в нас определенный интерес к проведению сравнительного анализа за последние десятилетия.

В регионе комплексные стоматологические исследования детей школьного возраста были проведены в 1969 (Ягья Н.С.), 1996 и 2001 гг. (Ушницкий И.Д.), показатели исследований, по рекомендации ВОЗ, оцениваются как низкий и средний уровни и соответственно составляли $2,04 \pm 0,08$, $4,47 \pm 0,39$ и $4,13 \pm 0,21$. Анализ данных свидетельствует о неблагоприятной тенденции увеличения уровня интенсивности кариеса зубов у 12-летних детей за последний период.

Также для нас представляло научный интерес проведение анализа уровня оказываемой лечебно-профилактической помощи у обследованных детей и их потребности в специализированной стоматологической помощи. Так, в структуре составляющих компонентов индексов кп, КПУ+кп, КПУ наблюдаются различные вариативные изменения в показателях числовых значений. У детей дошкольного возраста, проживающих в сельской местности, в структуре индекса кп значительное место занимает компонент «к» - $88,62 \pm 3,55\%$, а пломбированных временных зубов - $11,38 \pm 0,52\%$, а у городских детей, соответственно, $37,71 \pm 3,23\%$ и $62,29 \pm 5,52\%$ ($p < 0,05$). Преобладание показателя пломбированных зубов над кариозными у городских детей дошкольного возраста, возможно, связано с распространенностью сети (муниципальных, ведомственных и коммерческих) детских лечебно-профилактических учреждений стоматологического профиля в городе. В сельской местности оказание специализированной стоматологической помощи осуществляется врачами-стоматологами, работающими в улусных центрах, а в поселках в качестве выездных бригад.

Следует отметить, что у детей от 6 до 7 лет выявлены поражения постоянных зубов кариесом сразу же после их прорезывания. Так, индекс КПУ у детей данной возрастной группы со-

ставляет $0,04 \pm 0,02$, что диктует необходимость проведения мероприятий, направленных на укрепление структурной резистентности твердых тканей постоянных зубов в период «созревания» эмали.

Анализ структурных составляющих компонентов индексов КПУ+кп, КПУ у обследованных детей школьного возраста также имеет определенные особенности. При этом у сельских детей младшего школьного возраста структура индекса кп свидетельствует о значительном преобладании кариозных зубов над пломбированными и показатели соответственно равны $76,92 \pm 0,08$ и $23,08 \pm 0,03\%$. У детей школьников структурные составляющие индекса КПУ характеризуют преобладание кариозных и удаленных зубов над показателем пломбированных зубов и соответственно составляют $52,65 \pm 1,50$, $7,54 \pm 0,33$ и $39,81 \pm 1,45$.

У городских школьников по сравнению с сельскими в оценке качественных показателей компонентов индекса КПУ имеются отличия. Так, наблюдается незначительное колебание разницы компонентов «К», «У» ($48,38 \pm 1,18$ и $3,81 \pm 0,09\%$) и «П» ($48,74 \pm 1,42\%$), что свидетельствует о некоторых преимуществах в оказании стоматологической помощи детям, проживающим в городе.

Проведенный анализ уровня оказания специализированной помощи детям школьного возраста Центральной Якутии характеризуется в городе и селе как недостаточный, показатели соответственно находились на уровне 48,11 и 39,83%.

Заключение

Полученные нами данные свидетельствуют о высоком уровне распространенности кариеса зубов у детей дошкольного и школьного возраста Центральной Якутии. При этом у 12-летних детей интенсивность поражения зубов кариесом по критериям ВОЗ интерпретируется как высокий уровень. У обследованных детей фактический анализ клинического материала свидетельствует о недостаточном уровне оказываемой стоматологической помощи. Данные факты диктуют необходимость разработки и внедрения комплексной программы профилактики кариеса зубов у населения и оптимизации стоматологической службы в регионе.

Литература

1. Антонова А.А. Кариес зубов у детей в условиях микрэлементозов Хабаровского края: патогенез, профилактика: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.А. Антонова. – Омск, 2006. – 40 с.
2. Богомолова И.А. Клинико-статистический анализ стоматологической заболеваемости и обоснование необходимости ранней герметизации фиссур постоянных зубов у школьников Санкт-Петербурга: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.А. Богомолова. – СПб, 2006. – 19 с.
3. Боровский Е.В. Кариес зубов / Е.В. Боровский, П.А. Леус. – М.: Медицина, 1979. – 256 с.
4. Иванова Е.Н. Кариес зубов и его профилактика в условиях биогеохимического избытка фтора и молибдена: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Е.Н. Иванова. – Иркутск, 1997. – 35 с.
5. Кузьмина Э.М. // Клиническая стоматология. – 1998. – №1. – С.36-38.
6. Ханды М.В. Комплексная оценка состояния здоровья сельских школьников Республики Саха (Якутия): автореф. дис. ... д-ра мед. наук / М.В. Ханды. – М., 1997. – 39 с.
7. Ягья Н.С. Распространенность кариеса зубов у школьников Якутской АССР: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.С. Ягья. – Л., 1969. – 18 с.
8. Larsen J., Kirkegaard E., Poulsen S. // J. Dent. Res. – 1987. – Vol.66. – №1. – P.10-12.
9. Miyazaki H., Shirahama R., Ohtani J. // Community. Dent. Oral. Epidemiol. – 1992. – Vol. 20. – №5. – P. 297-301.
10. World Health Organization // Fluorides and oral health. – Geneva, WNO Technical Report Series. – 1994. – №713.

З.Е. Линева, С.П. Зорина

КРИТЕРИИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ ЛЕГКИХ

Инвалидность по туберкулезу легких является важной медико-социальной проблемой и зависит от социальных и клинических факторов. Изучение проблемы инвалидности раскрывает основные причины неблагоприятного течения туберкулезного процесса, приводящего к хроническому течению с частыми обострениями и рецидивами [1,2]. В России динамика инвалидности по туберкулезу не имеет тенденции к снижению [3]. В условиях неблагоприятной эпидемиологической обстановки инвалидность по туберкулезу остается на высоком уровне в структуре первичной инвалидности в г. Якутске и РС (Я) (2,8 и 2,5% - соответственно)

Динамика структуры инвалидности по туберкулезу легких, по сравнению с предыдущими годами не меняется, продолжает превалировать вторая группа инвалидности (табл.1).

Материалы и методы. Нами обследован 81 больной туберкулезом легких с первичной инвалидностью. В настоящем исследовании были рассмотрены социальные, эпидемиологические и клинические характеристики больных при взятии на учет по туберкулезу легких и при установлении группы инвалидности.

Результаты и обсуждение. По половому признаку больные распределены следующим образом: женщины составили 20 чел. (25%), мужчины - 61 (75%). Среди больных преобладали лица наиболее трудоспособного возраста 20-49 лет, что составило 90% (рис.1). У мужчин максимальный возраст составил 59 лет, у женщин - 44

года, минимальный возраст у мужчин - 19 лет, у женщин - 21 год.

При изучении материально-бытовых условий больных с первичной инвалидностью оказалось, что неудовлетворительные условия проживания имеют 53% больных, из них 30% -

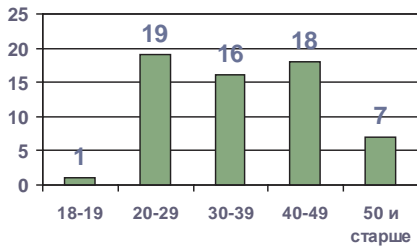
Таблица 1

Удельный вес инвалидности по туберкулезу по группам

Группа инвалидности	2003	2004	2005
I	2,2	1,4	2,7
Город	2,2	1,4	2,8
Село	-	-	-
II	91,1	98,6	94,4
Город	91,1	98,6	94,4
Село	-	100,0	100,0
III	6,7	-	2,7
Город	6,7	-	2,8
Село	-	-	-

ЛИНЕВА Зинаида Ефремовна – д.м.н., проф., зав. кафедрой МИ ЯГУ; ЗОРИНА Светлана Павловна – н.с. ГУ «НПЦ Фтизиатрия».

Мужчины



Женщины

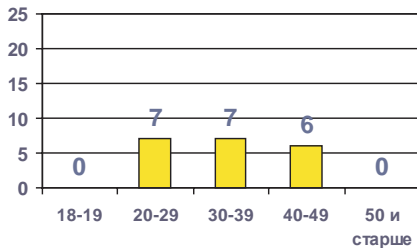


Рис.1. Распределение больных по полу и возрасту

БОМЖи. Неработающие составили 54,3%, из них 50,6% мужчины. Инвалиды по другому заболеванию составили 2,5%. Из анамнеза пребывание в заключении было констатировано у 35% больных.

Значительное число больных неадекватно относились к болезни, так, 47% больных нарушали стационарный режим, 40% самовольно отказались от оперативного лечения. Больше половины больных (60%) имели контакт с больным туберкулезом до выявления заболевания (рис.2).

Нами изучен характер течения заболевания до установления группы

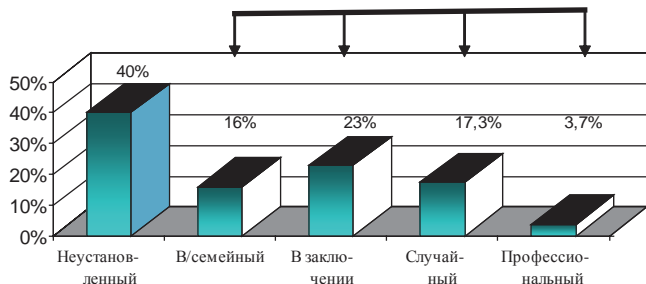


Рис.2. Количество больных, имевших контакт с туберкулезом до выявления заболевания

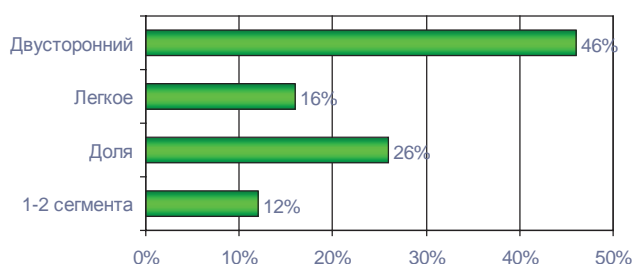


Рис.3. Распространенность процесса у больных туберкулезом

Критерии прогнозирования инвалидности

Таблица 2

Показатели	Признаки	Частота встречаемости, %
Социальные	СДА	56
	БОМР	54
	Неудовлетворительные материально-бытовые условия	51
	Нарушение стационарного режима	47
	Отказ от оперативного лечения	40
	Пребывание в местах лишения свободы	35
Эпидемиологические	БОМЖ	30
	Самостоятельное обращение по поводу заболевания легких в ЛПУ	58
Клинико-рентгенологические	Контакт с больным туберкулезом	60
	Распространенность процесса более 3 сегментов	42
	Двусторонний процесс	46
Микробиологические	Наличие деструкции	91
	Массивное бактериовыделение	55
	Полирезистентная ЛУ	30
Сопутствующие заболевания	МЛУ	25
	Хронический алкоголизм	44
	Заболевания печени	32
	Заболевания мочевыделительной системы	37

инвалидности. Так, тяжелое и средней тяжести состояние при поступлении наблюдалось у 57% обследованных больных, удовлетворительное - у 43%. При взятии на диспансерный учет большую часть составляли пациенты с диагнозом инфильтративный (43%) и диссеминированный (30%) туберкулез. Казеозная пневмония диагностирована у 10% больных. Среди пациентов наибольший процент составили больные с двусторонним процессом в легких, распад легочной ткани определялся у 85% больных, что убедительно представлено на рис.3.

У 62% больных МБТ+ обнаружены методом прямой бактериоскопии, методом посева - у 84%, из них массивное бактериовыделение отмечено у 55% пациентов. Лекарственная резистентность

констатирована у 55% больных. Из сопутствующих заболеваний наибольший процент составляли хронический алкоголизм, заболевания печени и почек (рис.4).

Мы выделили отдельные критерии прогнозирования инвалидности по наиболее часто встречаемым признакам эпидемиологических, социальных и клинических показателей (табл. 2).

Материалы табл.2 свидетельствуют, что на первый план выходят эпидемиологические и клинические показатели, однако социальные параметры значительно усиливают риск неэффективности химиотерапии туберкулеза легких и обуславливают частоту выхода пациентов на инвалидность.

Выводы

1. Основными эпидемиологическими критериями являются установленный контакт с больным туберкулезом и выявление больного по обращаемости.

2. Установлены социальные критерии инвалидности: социальная дезадаптированность больных, отсутствие постоянной работы, неудовлетвори-

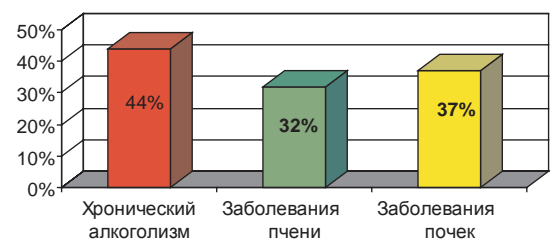


Рис.4. Сопутствующие туберкулезу заболевания

тельные материально-бытовые условия, нарушение стационарного режима, пребывание в местах лишения свободы, отказ от оперативного лечения.

3. Ведущими признаками, составляющими клинические критерии инвалидности по туберкулезу органов дыхания, являются: распространенность процесса более 3 сегментов, двусторонний процесс, наличие деструкции легочной ткани, массивное бактериовыделение, лекарственная устойчивость, хронический алкоголизм и заболевания печени и мочевыделительной системы.

4. По наиболее часто повторяющимся признакам клинико-социального характера можно судить о критериях прогнозирования инвалидности у больных туберкулезом легких.

Такое положение препятствует эффективному лечению и диктует необходимость поиска комплексных лечебных мероприятий, включающих соблюдение стандартов химиотерапии с учетом лекарственной чувствительности, раннего неспецифического патогенетического лечения, повышения хирургической активности.

Литература

1. **Сухов В.М.** Некоторые особенности качества жизни больных туберкулезом легких / В. М. Сухов, Е. В. Сухова // Проблемы туберкулеза. - 2003. - № 4. С. 29-31.

2. **Вишневская Л. К.** Причинные факторы инвалидности вследствие туберкулеза легких/Л. К. Вишневская // Там же. - 2005. - № 7. - С. 13-15.

3. **Динамика** инвалидности больных туберкулезом в Москве (1997-2001гг.) /Н. Г. Гавриленко [и др.] // Проблемы туберкулеза и болезней легких. - 2004. - № 4. - С. 16-19.

И.А. Иванов

ЧТО МЫ ЗНАЕМ О САМОУБИЙСТВАХ? СМЕРТЬ ВДВОЁМ

Часто самоубийцами становятся психически больные, но между ростом числа психических расстройств и самоубийством отсутствует прямой параллелизм. Во многих странах на протяжении прошлого века, и особенно со второй его половины, непрерывно возрастало число самоубийств, и достигнутый высокий уровень суицидов устойчиво сохраняется и в первом десятилетии текущего столетия. Между тем число психических расстройств (заболеваний) за этот же период увеличилось не такими быстрыми темпами. По мнению ведущего суицидолога советских времён профессора А. Г. Амбрумовой, лица с психическими расстройствами совершают самоубийство в 32-100 раз чаще, чем психически здоровые люди. Было время, когда между самоубийством и психическим заболеванием ставился знак равенства. Мнение психиатров первой половины 19-го в. о том, что самоубийство считалось только продуктом болезненно изменённой психики, а суицидальные проявления – симптомом психического заболевания, было опровергнуто ещё в конце 19-го – в начале 20-го в.

Да, здоровые в психическом плане люди тоже могут свести счёты с жизнью. Конфликт, вызывающий самоубийство у здоровых лиц, обычно бывает порождён реальными причинами. Оно бывает совершено в результате осознанного решения, вытекающего из собственных политических, идеологических, религиозных и иных соображений (голодовка, самосожжение, отравление и т.п.). В странах,

ИВАНОВ Иван Андреевич – врач-психиатр высшей квалиф. категории, член Союза журналистов России.

где проповедуется буддизм, частота самоубийств будет явно высокой, ибо буддизм учит, что человеческая душа – это лишь часть мирового духа и после смерти человека его душа сливается с мировым духом. Инакомыслие, носительство той или иной идеологии, религиозных и иных мировоззренческих убеждений не являются поводом, чтобы по этим критериям считать людей «ненормальными», а то и психически больными. Мир давно знает о камикадзе – самоубийцах без страха и упрёка, которые складывали свои головы на алтарь во имя победы над своим врагом – жертвенной, священной для них идеи. А современные террористы? Начинённые взрывчаткой, эти люди совершают страшные по своим последствиям деяния. Война в Ираке превратилась по сути дела в войну с самоубийцами-террористами. Мы знаем о групповом акте самоубийств среди религиозных сектантов, самосожжениях по разным причинам, в том числе по политическим мотивам. Ещё пример: в 1911 г. французские социалисты, супруги Поль и Лаура (дочь К.Маркса) Лафарги, едва переступив 70-летний возраст, приняли решение уйти из этого мира. Детей у них не было. Приближение старости с непременными атрибутами её в виде букета серьёзных недугов с нарастающей немощью и возможностью быть обузой для приближённых их явно не устраивало. Принятое ими решение было осознанным, проявлением своего рода акта мужественности, стойкости характера, а не следствием минутной слабости духа или психического расстройства.

Согласно научным воззрениям, самоубийство рассматривается как

следствие социально психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого ею микросоциального конфликта и рассматривается как один из вариантов человеческого поведения в ситуации, которая для него оказалась сложной и даже безвыходной (экстремальной). А вот происхождение самоубийства не заключено в самой конфликтной ситуации, а определяется личностными особенностями, они же формируют поведение, ведущее к самоубийству. Жизненный опыт, возраст, интеллект, характер и стойкость межличностных, семейных, профессиональных отношений на происхождение самоубийства влияют только косвенно. Иными словами самоубийство – медико-социальный феномен, в формировании которого участвуют социальный, психологический, биологический, клинический и т.п. факторы. На частоту распространённости самоубийства влияют, как известно, социально-экономическое положение страны и т.н. этнокультуральные особенности. Например, среди угрофинской группы народов исторически сложилось лояльное, терпимое отношение к случаям самоубийств. Вроде того, что это – дело выбора, свободного решения человека. Наоборот, у многих народов России, и в частности Северного Кавказа, самоубийство считалось большим грехом, оно встречало резко осуждающе-неприемлемое отношение, которое являлось огромным сдерживающим фактором лишения себя жизни по своей воле.

Социально-психологическая дезадаптация человека проявляется в начале в виде нарушения поведения и различных психо-эмоциональных расстройств. Конфликтная ситуация

независимо от характера причин для индивида имеет черты реального и поэтому сопровождается тягостными переживаниями и подвергается личностной переработке, в процессе которой изыскивается способ разрешения конфликта. При кажущейся неразрешенности конфликта обычными, приемлемыми, доступными ему способами, человек избирает путь ухода из жизни. Так появляется установка «не жить».

Высокая частота самоубийств и попыток к нему наблюдается в тех социальных группах и даже в среде определённых наций (например, угро-финской группы), где существующие нравственные формы, этнокультуральные особенности допускают, оправдывают или даже поощряют самоубийство при определённых обстоятельствах. С ухудшением экономического положения страны, падения уровня качества жизни населения, как правило, увеличивается число самоубийств. Есть возрастные группы, при которых риск к самоубийству резко повышается. Часто правильно говорят, что самоубийство – это удел молодых (15–29 лет). К сказанному привожу подтверждение: ежегодно примерно 45–47% всех самоубийств в Якутии падает на этот возрастной контингент. Самый высокий уровень самоубийств в истории Якутии наблюдался в 2001 г.: 481 случай в абсолютных цифрах и 49,6 при пересчёте на 100 тысяч населения. Самоубийства бывают и среди детей, но они очень редки. Суицидальная активность, как правило, начинает проявлять себя с подросткового возраста. Риск к самоубийству вновь повышается в пределах 40–50 лет и после 65 лет. Соотношение самоубийств между лицами мужского и женского пола в Якутии колеблется в пределах 4,0–4,5: 1,0.

При психических расстройствах в происхождении самоубийства участвуют 3 фактора: 1) болезненные психические расстройства, 2) воздействия внешней среды, обуславливающие затруднения приспособления (адаптации) или оказывающие прямое психотравмирующее влияние, 3) появление личностной установки «не жить». Значение каждого фактора не одинаково и определяется степенью выраженности и формой психических расстройств. При психозах, а это – тяжёлые психические расстройства, самоубийство определяется преимущественно или полностью болезненными нарушениями психики, картиной болезни. Чем легче психические расстройства, в частности в тех случаях,

когда они характеризуются симптомами, наблюдаемыми при т.н. пограничных состояниях (психопатии, неврозы, ситуационные, адаптационные, эмоционально стрессовые реакции и т.п.), самоубийство определяется воздействиями окружающей среды и личностными установками. Доля самоубийств, совершаемая лицами с психическими расстройствами, по данным Шарфеттера (1973), составляла 94%. В Якутии из общего числа покончивших с собой примерно 93–95% составляют лица, которые не состояли на учёте психиатров. Среди населения они, как правило, слыли психически здоровыми. Лицо психической болезни во многие века представляли тяжёлые психические расстройства-психозы. Население в силу имеющейся устойчивой стигмы психического заболевания, да и всей психиатрической практики, недостаточной психообразовательной просвещённости о психических расстройствах избегает общения с психиатром. Т.н. пограничным расстройствам, включая тревожно-беспокойные состояния длительностью свыше 2 недель, как известно, бывает подвержена чуть ли не треть всего населения, но многие стараются лечиться у терапевтов, невропатологов и т.д. К сожалению, обращение к психиатру приравнивается многими к несмыслаемому позору. Такого отношения к психиатрии, если мы считаем себя цивилизованным народом, просто не должно быть.

В последнее время в стране участились случаи самоубийства среди подростков и лиц юношеского возраста. Имеются и групповые самоубийства среди них. К сожалению, они произошли и в Якутии. У населения республики это вызвало большое смятение, и что характерно: самоубийства такого рода происходят исключительно в сельских населённых пунктах. За последнее десятилетие выступила и такая грустная закономерность: вообще сельские жители Якутии намного опередили городских по числу завершённых суицидов (1,3–1,7 раза). Следовательно, самоубийства Якутии принимают чёткий национальный колорит, ибо в сельской местности проживает сугубо аборигенное население: якуты, малые народы Крайнего Севера. Если учесть, что в ряде населённых пунктов, которые громогласно величаются городами, жизнь абсолютно не отличается от сельской (Верхоянск, Среднеколымск, Вилюйск, Нюрба, отчасти Покровск) и живет здесь в основном местное население, то ещё в большей степени подтвердится вышесказанное. В послед-

нее время часто спрашивают, почему стали происходить групповые (парные пока) самоубийства. Самоубийства с разрывом в несколько дней, недель стали происходить среди школьников Якутии примерно со второй половины 90-х гг. прошедшего века, парные завершённые суициды наблюдаются в последние 2–3 года.

Не всякий может поднять на себя руку и нанести самоповреждение или покончить с собой. Чаще ими становятся акцентуированные личности или лица с психопатическим складом личности, прежде всего, по возбудимому, истерическому, аффективному, неустойчивому типу. Подростковый возраст – это период интенсивного формирования человеческого характера, личности. Однако подросток как личность ещё незрел. Молодые люди смутно представляют общечеловеческие ценностные критерии, морально-этические представления и установки, у них ещё не выработана устойчивая система взглядов, стиля поведения. Характерное им гипертрофированное стремление к взрослости, личной самостоятельности, раскрепощённости, игнорирование мнения взрослых, неровность характера, отражающиеся в межличностных отношениях, затрудняют жизнь молодого человека. Всё это приводит нередко к т.н. микро-социальным конфликтам на уровне семейного круга, школы, с органами правопорядка и т.д. Между тем за последние полтора десятилетия среди молодых людей культивируются разговоры о беспросветности жизни, никчемности земного существования, особенно среди детей и подростков бедного населения. Так создаётся легковесное и даже пренебрежительное отношение к такому великому дару Природы, как жизнь, притупляется инстинкт самосохранения. Вдобавок в СМИ упорно и настойчиво утверждаются всякие «басни» о загробной жизни, жизни после смерти, о её вечности. Кроме всего этого, в школах не стало уделяться внимания вопросам воспитания чувств патриотизма, долга и ответственности перед обществом, семьёй, близкими. Чувства индивидуализма, эгоистичности, отсутствие или притупление духа коллективизма создали другой тип подрастающего поколения, чем в советское время. Молодой человек ни перед кем не ответственен, дух обогащения всеми способами, культ денег заняли умы молодых. Но всем быть богатыми просто невозможно и это одно из

психотравмирующих обстоятельств у многих молодых людей.

В СМИ происхождение самоубийств у школьников Якутии в основном объяснялось «несчастной любовью». Такая версия часто не соответствует истине. Возьмем в пример Егольжинскую трагедию (село в Нюрбинском районе), о которой автор осведомлен больше. Это случилась в ночь с 9 на 10 мая сего года. У двух девушек, которым было 15 и 17 лет, были молодые люди, старше их на 6-7 лет. Старший брат младшей из них даже днём подрался с её молодым человеком, поскольку ему не импонировала «ранняя любовь» сестрёнки, он считал это совращением «малолетки» вполне взрослым человеком. Драка эта стала известна главе администрации села, но он отложил разбирательство этого случая до следующего рабочего дня. Дома же «разборку» не откладывали и устроили девочке взбучку. В маленькой деревне всё это не могло оставаться скрытым, а огласка всего произошедшего не вошла в планы совсем юной девушки. У неё появилась установка «не жить». Подружка же пошла на самоубийство в знак поддержки её замыслов, проявив удивительную солидарность и верность, крайнюю несамостоятельность в принятии важных решений, касающихся даже лишения собственной жизни. Откуда такая легковёрность, сильная внушаемость у второй девушки, почти на 2 года старше первой? Индуктор явно обладал лидерским, менторским началом, силой активного внушения. Но это внушение носило характер неординарный, необычный, оно касалось, как никак, добровольно ухода из жизни. Обладание такого дара у человека чревато для других большими трагедиями. Если у первой девушки наблюдалась депрессивная реакция на ситуацию с возникновением установки «не жить» в силу её психологических особенностей, то вторая явно была инфантильна, по-детски легко внушаема, что и привело к самоубийству из солидарности. В предсмертной записке девушек есть и строки неодобрительного отзыва об учителях, без конкретного перечисления имён, но они очень тепло прощались со своими молодыми людьми. Всё это ещё раз показывает, что происхождение самоубийства не только заключено в микросоциальном конфликте, но и определяется психологическими особенностями. Ещё одно подтверждение сказанно-

му: как показывает часто жизненная практика, склонность к самоубийству наследуется в потомстве, особенно по мужской линии, что прослеживается у обеих девушек. Так, в семье у младшей по возрасту девушки 10 лет назад с разницей в 3 недели назад окончили жизнь путём самоповешения сын деда по линии матери и второй дядя – сын младшей сестры деда. Оказывается, и дядя деда, которому было около 35 лет, ещё в предвоенные годы нашёл смерть в петле. А у второй девушки дед по линии отца около 4 десятка лет назад свёл счёты с жизнью выстрелом из дробового ружья.

Не исключается фактор подражания самоубийству, особенно среди подрастающего поколения. В СМИ обычно обильно смакуются случаи самоубийств, особенно необычных. Так, около 7–8 лет назад почти по всем каналам российского телевидения показывали случай парного самоубийства 13-летних школьниц, бросившихся с высоты 8-го этажа жилого дома. При этом излагались многие версии причины случившегося. 27 апреля сего года, в день республики, в г. Якутске на площади Ленина были обнаружены в бессознательном состоянии две девушки. Они одновременно затянули на шеях друг у друга шёлковые шарфы и тянули до тех пор, пока не потеряли сознание. В карманах были обнаружены их предсмертные записки, где подруги оповещали знакомых и близких, что они «плохи и всех раздражают» и просили у всех прощения. Этот случай тоже стал большой новостью чуть ли не всех республиканских газет. А в ночь с 9 на 10 мая в с. Егольжа Нюрбинского района произошло парное самоповешение школьниц, о котором речь шла выше. В этом районе после Егольжинской трагедии только за один месяц май покончили с собой ещё 2 школьника из районного центра. А ранним утром 16 июня в с. Хатынг-Сысы выстрелом из дробового ружья в себя нашёл смерть 16-летний школьник. Тема «несчастной любви» не звучала при всех этих случаях самоубийств, были конфликты с родителями, с работником милиции, отчасти к некоторым из них были претензии со стороны учителей. В этом же районе за май – июнь покончили с собой 11 молодых людей в возрасте 15–20 лет, из них 5 подростков. Пошла эпидемия самоубийств среди подрастающего поколения района. Население в смятении. Это и понятно: такой трагедии история Якутии ещё не знала. В 2006 г. в Нюрбинском районе, численность

населения которого на конец года составляла 26470 чел., было 23 случая суицида. Интенсивный показатель самоубийств составил 92,1 на 100 тысяч населения, что в 2 раза превышает республиканский показатель. А за 7 месяцев 2007 г. уже произошло 20 случаев самоубийств.

Дозированность информации и даже её отсутствие, особенно о случаях самоубийств, щекочущих нервы людей, думается, принесёт только пользу. Худшие показатели, чем Нюрбинский район, имеют и другие районы республики, в основном находящиеся за Полярным кругом. Там жизнь – это просто борьба за элементарное выживание. А распространённость алкоголизма в Якутии принимает катастрофические размеры. Микросоциальный конфликт среди подрастающего поколения широко разрастается. Психическое здоровье населения Якутии катастрофически ухудшается, одним из убедительных доказательств этого является как раз невиданный до сего времени рост числа самоубийств в республике.

Профилактика самоубийств сложна и требует многогранной работы. Это улучшение качества жизни для многих миллионов россиян, борьба с пьянством и алкоголизмом, повышение образовательного, общекультурного уровня населения, эффективности лечебной, диспансерной и санитарно-просветительной работы и т.п. Эти мероприятия носят общегосударственный характер. А если говорить о практических мероприятиях, проводимых на месте, то все районы республики должны быть обеспечены подготовленными врачами-психиатрами. Ведь до сих пор половина районов обходится совместителями – врачами других специальностей. Какой может быть спрос со специалистов, для которых совместительство по непрофильной им работе стало только способом получения лёгкого дополнительного заработка. Без дестигматизации психической болезни, психиатрической практики среди населения реального сдвига в деле улучшения деятельности психиатрической службы, психического здоровья населения никогда мы не добьёмся. К психиатрам отношение населения должно измениться коренным образом, они и должны лечить пограничные состояния, которые составляют по своей распространённости основную долю психических расстройств. Почти у 85–90% самоубийц наблюдаются преходящие психические расстройства лёгкого ха-

рактера, относящиеся к пограничным состояниям. Население должно хорошо знать проблемы психиатрии и психиатрической практики, оно должно понимать, что психическое здоровье является по сути дела базисной составляющей общего здоровья. А пока основная часть населения избегает контакта с врачом-психиатром. Психолого-образовательная работа среди населения должна быть поднята на качественно более высокий, иной уровень. А проблемы психического здоровья населения должны быть приоритетны-

ми в работе врача-психиатра, наряду с традиционной – диагностически-лечебной.

Реформы и преобразования в психиатрии преимущественно должны происходить в области её социального раздела, где вопросы психического здоровья населения будут занимать центральное место. А сейчас мало кто этим занимается. По прогнозам специалистов, в 21 веке около 30% населения многих стран будут подвержены депрессиям разного уровня, преимущественно психогенного, т.е. погра-

ничного характера. А депрессия и самоубийство часто выступают в тесном содружестве. Так что психиатрия не должна находиться на задворках, что наблюдается в настоящее время. Следует повысить и спрос со школьных психологов, которых развелась уйма, «хоть пруд пруди». Они в ответе за психологическое здоровье учащихся, они и должны знать, чем «дышит», чем озабочен каждый школьник, и при необходимости проводить психотерапевтическую работу. Это их прямая профессиональная обязанность.

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ И ЛЕКЦИИ

Л.А. Николаева, Т.Е. Бурцева, В.Г. Часнык

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭТИОЛОГИИ И ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Артериальная гипертензия (АГ) в настоящее время является одной из наиболее актуальных и широко обсуждаемых проблем клинической медицины. По образному определению, данному в первом докладе отечественных экспертов-гипертензиологов (2000), артериальная гипертензия «является величайшей в истории человечества неинфекционной пандемией, определяющей структуру сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности». Большинство исследователей разделяет мнение, что условия для возникновения сердечно-сосудистых заболеваний у взрослых следует искать в детском и подростковом возрасте, однако изучению этой проблемы у детей и подростков уделяется гораздо меньше внимания, чем у взрослых.

Общезвестно, что популяция регионов Крайнего Севера гетерогенна с точки зрения распространенности артериальной гипертензии. В популяциях многих коренных народностей Крайнего Севера существенно реже встречаются артериальная гипертензия и атеросклероз при широком распространении нейроциркуляторной дистонии и хронической патологии почек, ассоциированной с артериальной гипертензией [17,23].

Частота АГ значительно варьирует среди населения разных стран. По данным популяционных исследований, проведенных в нашей стране, артериальная гипертензия среди детей и подростков наблюдается у 2,4-18% [4, 6, 8, 14, 19, 22, 24] и у большинства она имеет первичный характер [4].

При обследовании 7234 школьников г. Якутска Республики Саха (Якутия) в возрасте 7-17 лет установлена распространенность повышенного артериального давления (АД) у 8,4 - 9,3% мальчиков и у 7,1 - 8,2% девочек. В период с 7 до 17 лет у мальчиков данный показатель увеличивается в 3,9 раза, у девочек в 3,0 раза. Наблюдение детей с измененным АД и их клинико-лабораторное обследование выявило распространенность АГ у 2,7%. Отмечено также преобладание АГ у мальчиков 15-17 лет (6,3%) и нарастание с возрастом случаев высокого АД. Региональные особенности эпидемиологии АГ в Якутии состоят в том, что самый высокий процент заболевания выявлен у детей в Центральном регионе (3,3%), максимальный – в Якутске (5,4%), наименьшая распространенность болезни отмечена в Северном регионе (2,1%) [19]. Однако в работе не учтена этническая принадлежность обследованных детей.

Стандартные показатели артериального давления, рассчитанные для соответствующего пола, возраста и роста, позволяют классифицировать кривые распределения артериального

давления в соответствии с размерами тела. Чаще всего используют центильные распределения с приведением либо полного ряда распределения, либо только наиболее важных для диагностики отрезных точек – центилей. В 2003 г. появились новые данные о 50, 90, 95 и 99 перцентилях кривых распределения артериального давления для соответствующего пола, возраста и роста [11].

Терминология артериальной гипертензии и тактика диспансерного наблюдения детей и подростков с повышенным АД в Российской Федерации в настоящее время регламентирована рекомендациями Всероссийского научного общества кардиологов и Ассоциацией детских кардиологов России (Москва, 2003). Несмотря на успехи современной медицины, диагностика артериальной гипертензии в детском возрасте нередко представляет трудности. В одних случаях артериальная гипертензия остается нераспознанной, а в других – имеет место гипердиагностика этого заболевания. В любом случае диагностические ошибки влекут за собой ошибочные терапевтические действия, способствуя ухудшению прогноза у данного контингента больных.

Применительно к нормативам показателей артериального давления мы имеем дело с растущим организмом, что обуславливает необходимость соотношения уровня АД с возрастом и степенью полового созревания; даже

при одинаковом возрасте антропометрические показатели резко различаются. Так, при учете длины тела в 5 - 14 лет исчезает связь между возрастом и АД, но при этом возрастает связь с соотношением массы тела в килограммах и длины тела в метрах [34]. Однако различные формулы определения уровня АД с использованием тех или иных антропометрических показателей не получили широкого распространения [21, 27, 20]. О необходимости учитывать половое созревание пишет и Л. Т. Антонова (1993), указывая, что при одинаковом возрасте наиболее высокий уровень АД отмечается у менструирующих девочек. Надо заметить, что все исследователи отмечают увеличение АД с возрастом, более выраженное для систолического АД (с рождения до 20 лет увеличивается у мальчиков в среднем на 2 мм рт. ст., а у девочек - на 1 мм рт. ст. в год), чем для диастолического АД (прирост около 0,5 мм рт. ст. в год). В 10 - 13 лет систолическое АД, как правило, выше у девочек, после 13 лет - у мальчиков. Нередко в подростковом возрасте (13 - 17 лет) диастолическое АД практически не меняется.

В целом критерии повышенного АД, предлагаемые группой экспертов США и полученные на основании ряда исследований в нашей стране [1], достаточно близко совпадают, особенно для возраста 15 лет (соответственно 136/86 и 135/85 мм рт. ст.). Для младших возрастных групп (до 12 лет) наши данные трудно сравнивать с американскими, поскольку мы за диастолическое АД принимали V фазу тонов Короткова, а в США - IV фазу. Нам это кажется не совсем логичным. Единственный подход как у взрослых, так и у детей, т.е. учет V фазы, представляется более привлекательным, несмотря на то, что имеется много доводов в пользу IV фазы.

Несмотря на то, что в России также широко распространены подобные исследования, считается, что значительных этнических или региональных особенностей значений артериального давления не описано.

Наследственность и генетические факторы в развитии АГ

Мультифакториальный характер АГ общепризнан, но продолжается поиск ее генетических маркеров. Роль наследственности и генетических факторов в развитии артериальной гипертензии в последнее время представлен в ряде работ [5, 13, 15-17].

Интересны результаты исследования Ю. И. Ровда (1995), показавшего у

детей ассоциативную связь АГ с носительством антигенов гистосовместимости HLA A11 и B22. По данным Александра А.А., Розанова В.Б. (1995), генетические факторы определяют 38% фенотипической изменчивости систолического и 42% - диастолического АД. Влияние наследственности со стороны матери проявляется в фенотипической изменчивости систолического и диастолического АД (соответственно 6 и 3%). Обследование 190 подростков и взрослых Смоленской области выявило, что в молодом возрасте ведущая роль в развитии АГ - наследственность (21,9%)[12].

У подростков с АГ и с редкими эпизодами подъема АД родители и пра-родители с гипертонической болезнью регистрировались в 85,0 и 81,8% случаев соответственно, против 34,2% - в контрольной ($p_{1-2} < 0,05$; $p_{1-3} < 0,01$) [7].

По данным ряда авторов [10, 17, 23], имеются отличия в распространенности АГ в зависимости от этнической принадлежности. Причиной этнических различий в заболеваемости АГ считаются особенности генетического фонда, которые определяются в развитии устойчивости к воздействию внешних факторов [15-17].

В настоящее время сформированы базы данных о полиморфизме генов кандидатов сердечно-сосудистых заболеваний в популяциях разных народов мира, проведен анализ ассоциаций полиморфных маркеров некоторых генов с риском развития эссенциальной гипертензии. По данным Мустафиной О.Е. (2004), проведен анализ ассоциаций полиморфных маркеров генов АРОВ (аполипопротеина В), АРРЕ (аполипопротеина Е), LPL (липопротеинлипазы), PON1 (пароксоназы 1), СЕТР (белка переносчика эфиров холестерина) с эссенциальной гипертензией в популяции русских. Выборка больных эссенциальной гипертензией составила 180 чел., контрольная группа - 120 чел. Полиморфный маркер гена АРОВ ассоциирован с эссенциальной гипертензией: аллель АРОВ*R2 маркирует повышенный риск, тогда как аллель АРОВ*R2 и генотип АРОВ*R2/*R2 - пониженный риск. Также с повышенным риском развития эссенциальной гипертензии связан генотип PON*B/*B.

Анализ распределения частоты генотипов полиморфного маркера Lis 198Asn гена EDN1 среди больных ГБ в якутской популяции Lis/Lis 74,3%, Lis/Asn, Asn/Asn-25,7%- достоверно

выше. В якутской популяции частота носителей генотипов гена NOS3 распределилось следующим образом: 4a/4a-1,5%, 4a/4b-29,9%, 4b/4b-68,7%. Носители генотипа 4b/4b гена NOS3 достоверно чаще у больных якутской национальности. Считается, что данные генотипы ассоциированы с пониженным риском развития АГ и накопление их в якутской популяции может быть признаком генотипической адаптации и подтверждает существование эффекта «выщепления» неблагоприятных генов [17].

Значение микро и макроэлементов в развитии АГ

В последние годы в развитии эссенциальной гипертензии все большую роль отводят значению микро- и макроэлементов (натрий, калий, кальций, магний) [33].

Калий играет роль в регуляции кровяного давления путем индукции натрийуреза и супрессией выработки и освобождения ренина. Избыточное потребление калия имеет обратную зависимость с уровнем как систолического, так и диастолического давления у детей [31]. Таким образом, в регуляции артериального давления более важное значение имеет потребление калия и учет соотношения калия и натрия в рационе питания [25].

В исследовании Hofman A. (1983) показана эффективность раннего диетического ограничения потребления натрия в течении 6 месяцев, приведшее к значительному снижению систолического давления. Исследование подростков показало, что ограничение потребления натрия приводит к снижению давления больше у девушек, чем у юношей [32]. Исследование же подростков с ожирением показало зависимость артериального давления от потребления натрия и обусловленность по мнению авторов, высокой концентрацией инсулина в плазме, высоким уровнем альдостерона и повышенной активностью симпатической нервной системы [30]. Falkner B. (1997) пришел к выводу, что чувствительность к натрию этнически гетерогенна и связана с наличием избыточного веса. Длительное ограничение потребления натрия в течение многих лет, по данным этих авторов, влияет на уровень кровяного давления.

Существует обратная корреляционная связь между потреблением кальция и уровнем артериального давления, что, по-видимому, связано с увеличением уровня кальция внутри клетки, что в свою очередь повышает

мышечный тонус и сосудистое сопротивление мелких артерий [26, 31].

Первичная профилактика АГ

Особое значение имеют вопросы профилактики артериальной гипертензии. Недостаточная эффективность профилактических программ у взрослых диктует необходимость поиска новых ранних превентивных мероприятий и их смещения в более ранние возрастные периоды. В связи с этим предпринятое комплексное решение поставленных вопросов позволит не только раскрыть возможные патогенетические механизмы формирования АГ, но и предложить эффективный и доступный метод немедикаментозной коррекции выявленных отклонений.

Давно известно, что уменьшение потребления соли приводит к снижению АД, однако связь этих двух факторов у детей и подростков неясна. Требуется дальнейшего изучения вопроса о чувствительности к потреблению соли и связи такой чувствительности с предрасположенностью к АГ. Поэтому представляются необоснованными рекомендации по ограничению потребления соли на популяционном

уровне, однако необходимо выявление пациентов, нуждающихся в таком ограничении, в первую очередь, вероятно, имеющих семейную предрасположенность к АГ. Преобладает мнение о целесообразности ограничения потребления соли до 5 г в день.

Организация программ, включающих ограничение потребления соли, связана с множеством проблем. Что касается выпуска продуктов с низким содержанием соли, то до сих пор не решен вопрос о том, как сделать их более вкусными, что особенно важно для детей и подростков. При модификации питания (это касается и борьбы с ожирением) необходимы согласованные действия учителей, школьной администрации (организация школьных завтраков) и родителей, чьи привычки зачастую весьма консервативны; далеко не все готовы их менять или готовить для ребенка отдельно.

Обычно применяемые немедикаментозные методы воздействия на все население или на выделенную группу пациентов с повышенным АД предусматривают использование средств массовой информации. Один из ме-

ханизмов эффективной профилактики риска развития и прогрессирования артериальной гипертензии – это создание школы артериальной гипертензии [9].

Роль семейной предрасположенности в развитии АГ несомненна, поэтому выяснение семейного анамнеза и проведение более энергичных профилактических мер именно в этой группе является оправданным. В частности вероятно, что среди таких пациентов чаще встречаются “солечувствительные” и им в первую очередь показана низкосолевая диета.

В заключение можно сказать, что в целом вопросам раннего выявления повышенного АД и его своевременной профилактики уделяется явно недостаточное внимание. Более пристальное изучение факторов, определяющих уровень АД в детском и подростковом возрасте и его возрастную динамику, позволит внести весомый вклад в борьбу с сердечно-сосудистыми заболеваниями, столь распространенными в современном мире.

Полная библиография к статье находится в редакции журнала.

ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Р.С. Васильева, М.С. Максимова

ФИНАНСОВЫЕ РЕСУРСЫ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

Система здравоохранения потребляет значительное количество материальных, кадровых и финансовых ресурсов

Финансирование здравоохранения в советские годы производилось только за счет средств бюджета, в настоящее время действует смешанное финансирование за счет нескольких источников: бюджетов различных уровней, средств обязательного медицинского страхования (далее ОМС) и доходов от предпринимательской деятельности – платных услуг населению, добровольного медицинского страхования, договоров с предприятиями на оказание медицинской помощи. Половина учреждений здравоохранения (306 из

605) финансируются из двух источников – бюджета и ОМС.

Фактическое финансирование системы здравоохранения Республики Саха (Якутия) за 1999-2006 гг. представлено в абсолютных данных табл.1 и в расчете на душу населения в рис.1.

Основным источником финансирования системы здравоохранения остается консолидированный бюджет Республики Саха (Якутия), но его доля в динамике постепенно снижается. Так, если в 1999 г. показатель составлял 66,1% всех государственных средств, то в 2006 г. 53,3%. Расходы консолидированного бюджета республики составили 4882,6 млн. руб., в том числе 2396,8 млн. руб. – расходы бюджетов муниципальных образований и 2485,8 млн. руб. – расходы республиканского бюджета. Кроме того, страховые взносы на ОМС неработающего населения за 2006 г. составили 1796,4 млн. руб.

Страховые взносы на ОМС неработающего населения возросли в 8,1

раза по сравнению с 1999 г. В 1999 г. платежи на страхование неработающего населения составили 222,4 млн. руб.

Отмечен существенный рост финансирования из федерального бюджета в связи с реализацией приоритетного национального проекта «Здоровье». За 2006 г. получено из федерального бюджета 658,2 млн. руб. (в табл.1 данные без учета финансирования национального проекта).

Фактическое финансирование системы здравоохранения за 2006 г. из государственных источников составило 9158,0 млн. руб. и возросло по сравнению с 1999 г. в 3,9 раза. Расходы по отрасли, включая все источники финансирования, в расчете на 1 жителя в 2006 г. составили 9987,7 руб. против 2398,5 руб. в 1999 г. (рост в 4,2 раза).

В структуре бюджета здравоохранения по источникам финансирования за период с 1999 по 2006 г. наблюдается увеличение доли средств ОМС и доли

ВАСИЛЬЕВА Розалия Семеновна – зам. министра здравоохранения РС (Я) по экономике и финансам; **МАКСИМОВА Марина Степановна** – гл. специалист планово-экономического отдела МЗ РС (Я).

Таблица 1

Финансирование отрасли «Здравоохранение», млн. руб. (без учета учреждений, финансируемых из федерального бюджета)

Источники финансирования	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Федеральный бюджет (целевые федеральные программы)	41,0	26,7	31,9	30,0	35,8	27,0	41,3	54,6
Бюджеты различных уровней (республиканский, местные)	1 538,9	2 152,3	2 706,4	3 358,1	3 337,3	3 587,7	4 138,3	4 882,6
ТФ ОМС РС (Я)	748,8	1 120,7	1 363,9	1 970,8	2 568,6	2 867,3	3 348,2	4 220,8
Доходы от предпринимательской деятельности	39,6	56,2	83,7	114,4	156,3	206,3	253,7	329,3
Прочие (САПИ, АПРОСА)	50,4	40,5	266,1	14,1	0,0	0,0	0,0	0,0
ВСЕГО расходов:	2 418,6	3 396,4	4 452,1	5 487,4	6 098,0	6 688,4	7 781,5	9 487,3
В расчете на 1 жителя, руб.:								
- с учетом всех расходов	2-398,5	3 414,9	4508,9	5573,5	6209,1	7 047,8	8 192,8	9957,7
- без учета адм-управл. Расходов ТФ ОМС РС(Я)	2319,5	3305,1	4431,0	5 470,9	6097,8	7006,0	8 022,2	9 647,2

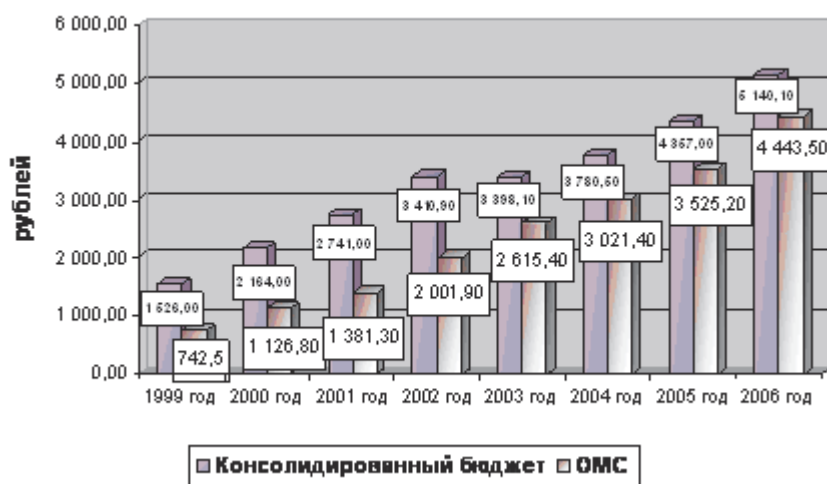


Рис. 1. Финансирование системы здравоохранения за 1999-2006 гг. (в расчете на душу населения)

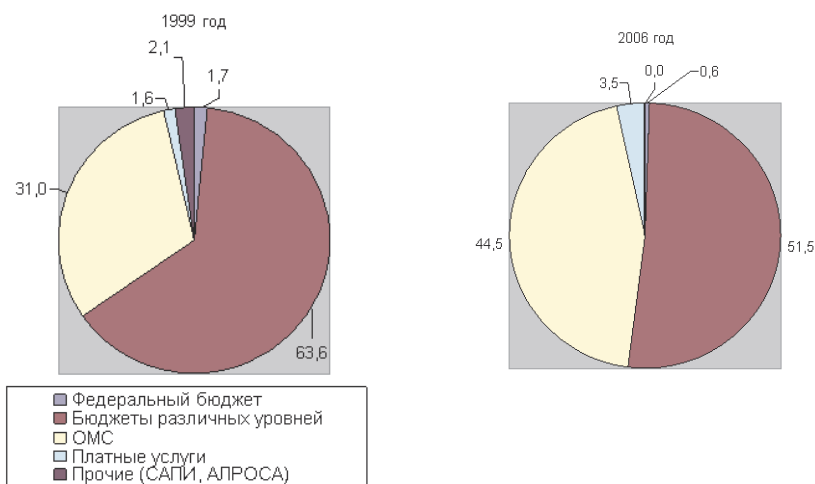


Рис.2. Структура финансирования системы здравоохранения за 1999, 2006 гг.

платных услуг: средства бюджета составляют от 63,6% в 1999 г. до 51,5% в 2006 г., средства ОМС – от 31,0% в 1999 г. до 44,5% в 2006 г., федеральные целевые программы 1,7-0,6% (рис.2). Расходы системы ОМС за 8-летний период возросли в 5,6 раза. Увеличение доли средств ОМС в общем объеме расходов отрасли объясняется финансированием с 2003 г. участковых больниц и врачебных амбулаторий по пяти статьям бюджетных расходов (зарплата с начислением, питание, медикаменты, мягкий инвентарь), ранее финансирование по ним производилось по трем статьям (питание, медикаменты, мягкий инвентарь).

В целом, структура финансирования бюджета отрасли за 2005-2006 гг. не претерпела существенных изменений (табл.1).

Увеличение доли платных услуг связано с расширением перечня оказываемой медицинской помощи вне программы государственных гарантий, в том числе по муниципальным образованияам: если в 1999 г. доля платных услуг составляла 1,6% от всех расходов, то в 2006 г. – 3,5%. Основными видами оказываемых платных медицинских услуг традиционно остаются – медосмотр, зубопротезирование, лабораторные услуги. От общего объема оказываемых платных медицинских услуг 62% приходится на муниципальное образование.

Способы оплаты медицинской помощи в системе ОМС: по тарифам на оплату медицинских услуг, оказываемых в рамках Территориальной программы ОМС, за одно посещение амбулаторно-поликлинического учреждения, один койко-день в стационаре круглосуточного пребывания, один пациенто-день лечения в дневных стационарах, в соответствии с Генеральным (тарифным) соглашением на соответствующий год.

В целях оптимизации бюджетных расходов в соответствии с постановлениями Правительства РС (Я) от 18.08.2005 г. №471 «Об основных параметрах государственного бюджета РС (Я) на 2006 год», от 30.06.2005 г. №396 «О мерах по повышению эффективности работы бюджетного сектора, оптимизации бюджетных расходов» с 01.01.2006 г.

– снижена доля бюджетного финансирования ГУ «Абалахский республиканский лечебно-профилактический комплекс» на 50% или условная экономия составила 6,3 млн. руб.;

Таблица 2

Структура расходов по видам медицинской помощи в общем объеме Программы государственных гарантий оказания населению Республики Саха (Якутия) бесплатной медицинской помощи за 1999-2006 гг. (в % к итогу)

Виды медицинской помощи	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Амбулаторно-поликлиническая помощь, включая дневные стационары	14,8	16,4	16,4	19,7	21,7	32,6	33,6	33,4
Стационарная помощь	83,0	82,2	81,3	78,0	72,7	61,7	60,5	60,8
Скорая медицинская помощь	2,2	1,4	2,3	2,2	5,5	5,8	5,9	5,9
ИТОГО:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

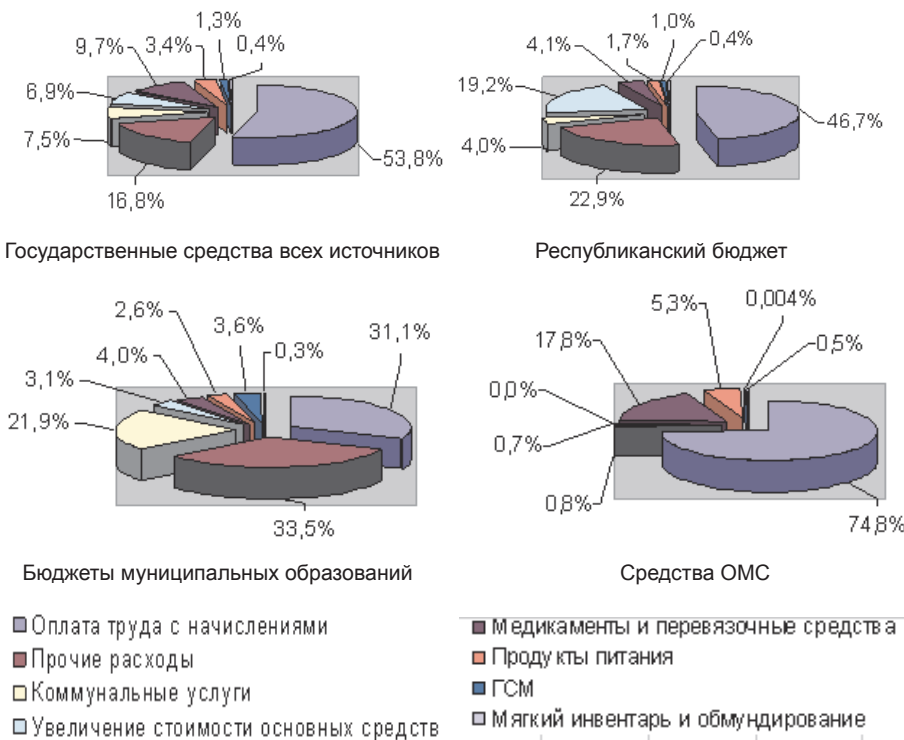


Рис. 3. Структура расходов государственных денежных средств из различных источников финансирования в 2006 г. (в % к итогу)

– прекращено бюджетное финансирование ГУ «Поликлиника восстановительного лечения» из средств государственного бюджета с предоставлением услуг восстановительного лечения на платной основе или условная экономия составила 3,5 млн. руб.

Основные результаты мероприятий по оптимизации бюджетных расходов:

Увеличивается доля расходов на медицинскую помощь в общем объеме Программы государственных гарантий с 70,1 % в 1999 г. до 83% в 2006 г.

Проведен анализ расходов из различных источников финансирования по видам затрат и видам медицинской помощи за 1999-2006 гг., на основании статической формы №62 «Сведения об оказании и финансировании медицинской помощи населению» по Республике Саха (Якутия).

Появилась положительная тенденция в увеличении доли расходов на амбулаторную и скорую помощь и снижение доли стационарной помощи. В табл.2 представлена динамика оказания медицинской помощи по основным видам за последние восемь лет.

Структура расходов в 2006 г. практически не изменилась по сравнению с 2005 годом.

В структуре расходов системы здравоохранения с учетом всех государственных источников финансирования основную долю расходов занимает заработная плата с начислением 53,8% в 2006 г. Прочие расходы составили 16,8%, расходы на медикаменты и перевязочные средства – 9,7, оплату коммунальных услуг – 7,5, продукты питания – 3,4, капитальные вложения в основные фонды – 6,9, оплату

горюче-смазочных материалов – 1,3, мягкий инвентарь и обмундирование – 0,4%.

Основными расходами консолидированного бюджета республики на здравоохранение являются расходы на оплату труда с начислениями – 39,0%, прочие расходы – 28,1, оплата коммунальных услуг – 12,8, увеличение стоимости основных средств – 11,2%. При этом, в соответствии с Государственным бюджетом Республики Саха (Якутия) на 2006 г. от 8 декабря 2005 г. 289-3 N619-111, бюджетом Территориального фонда обязательного медицинского страхования на 2006 г. от 25 октября 2005 г. 287-3 №581-111, Генеральным (тарифным) соглашением на оплату услуг, оказываемых в рамках Территориальной программы ОМС, на 2006 г., финансирование заработной платы из средств республиканского бюджета производится всем республиканским лечебно-профилактическим учреждениям.

В структуре расходов из средств ОМС преобладают расходы на оплату труда с начислениями – 74,8%, расходы на медикаменты и перевязочные средства составили 17,8%, расходы на продукты питания – 5,3%.

Данные по структуре расходов из государственных средств всех источников за 2006 год представлены в рис.3.

Во исполнение соглашения между Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Республикой Саха (Якутия) о взаимодействии в реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения от 27 декабря 2005 г. №14, при формировании бюджета отрасли здравоохранения дополнительно предусмотрено на 2006 г. в республиканском бюджете – 106,4 млн. руб., исполнение составило – 100%.

В целях обеспечения конституционных прав граждан Российской Федерации, проживающих на территории республики, Правительством Республики Саха (Якутия) ежегодно с 1998 г. утверждается Программа государственных гарантий оказания населению Республики Саха (Якутия) бесплатной медицинской помощи.

Программой государственных гарантий утверждается перечень видов медицинской помощи, предоставляемых населению бесплатно, объемы медицинской помощи и порядок предоставления, финансирования медицинской помощи, оказываемой населению за счет средств бюджетов республики,

Таблица 3

Объемы медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий оказания населению РС (Я) бесплатной медицинской помощи за 1999-2006 гг. (на одного жителя в год, по данным статистической формы №62)

Виды медицинской помощи	Единица измерения	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	Фед. норматив
1. Скорая медицинская	вызовы	0,277	0,302	0,294	0,294	0,307	0,307	0,310	0,334	0,318
2. Амбулаторно-олигоклиническая	посещения	8,639	9,607	10,115	9,832	8,543	8,921	9,119	9,168	9,198
3. Стационарная	койко-дни	3,603	4,183	4,160	4,126	4,185	4,096	3,956	3,841	2,812
4. Медицинская помощь в дневных стационарах	пациенто-дни	0,204	0,305	0,673	0,546	0,697	1,332	0,764	0,706	0,577

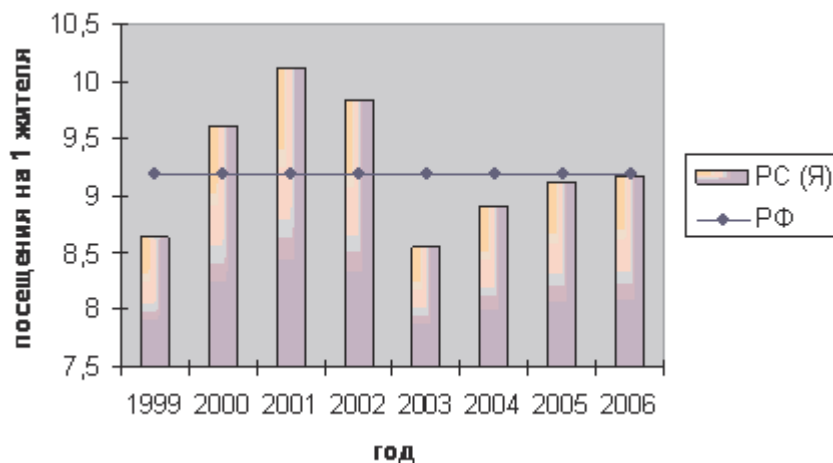


Рис.4. Объемы медицинской помощи по амбулаторно-поликлинической помощи за 1999-2006 гг. (в расчете на 1 жителя)

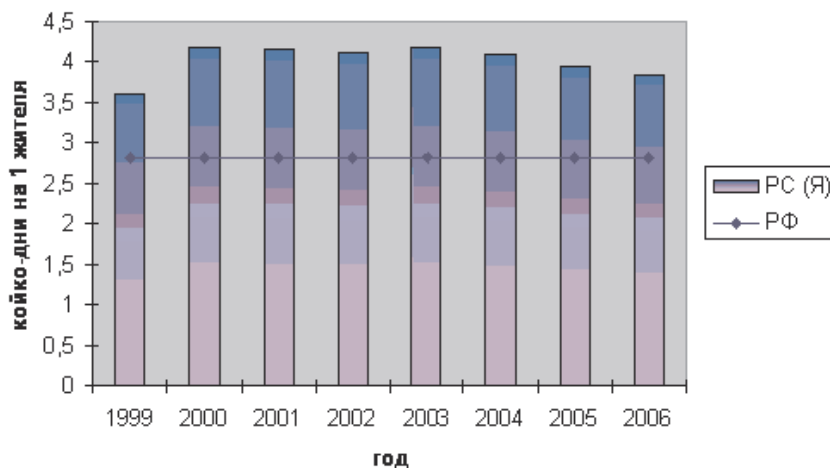


Рис.5. Объемы медицинской помощи по стационарной помощи за 1999-2006 гг. (в расчете на 1 жителя)

муниципальных образований, средств ОМС. Программа формируется на основании планов-заказов на оказание бесплатной медицинской помощи лечебно-профилактическими учреждениями или программ государственных гарантий улусов и городов.

Программа государственных гарантий финансировалась в 2006 г. за счет бюджетов различных уровней (57,6%) и средств ОМС (42,4%).

Утвержденная стоимость Программы государственных гарантий на 2006 г. составила 7830,5 млн. руб. или 8222,5 руб. на 1 жителя, дефицит составил -25,5%. Начиная с 2003 г. проводится работа по сокращению дефицита Программы государственных гарантий, так, в 2002 г. дефицит составлял 32,9%, в 2005 г. был сокращен до 12,4% (на начало 2005 года он составлял 20%).

Число посещений на 1 жителя по Программе государственных гарантий за 2006 г. (согласно статистической форме №62) составило 9,168 (РС(Я) в 2005г. – 9,119, норматив по РФ – 9,198), число вызовов «скорой помощи» – 0,334 (РС (Я) в 2005 г. – 0,310, норматив по РФ – 0,318). Число койко-дней на 1 жителя – 3,841 или выше федеральных нормативов на 36,6% (по РС (Я) в 2005г. – 3,956, норматив по РФ – 2,812), пациенто-дней – 0,706 или выше федеральных нормативов на 22,3% (РС (Я) в 2005г. – 0,764, норматив по РФ – 0,577). Данные по фактически выполненным объемам медицинской помощи за 1999-2006 годы представлены в табл.3.

Превышение территориальных объемов медицинской помощи в год на 1 жителя по сравнению с федеральными нормативами объясняется региональными особенностями: обширностью территории, малочисленностью населенных пунктов, их труднодоступностью, сложной транспортной схемой, что создает особые условия для функционирования и развития службы.

Отмечена положительная тенденция к увеличению объемов амбулаторно-поликлинической помощи в расчете на одного жителя с 8,639 посещений в 1999 г. до 9,168 в 2006 г. (рис.4) и сокращению стационарной помощи до 3,841 койко-дней (рис.5). Объемы стационарозамещающей помощи сократились до 0,706 пациенто-дней в 2006 г., в 2005 г. – 0,764. Объемы скорой медицинской помощи возрастали на протяжении последних лет и составили в 2006 г. 0,334 вызовов (в 1999 г. – 0,277).

По данным ЯРМИАЦ, обеспеченность по Республике Саха (Якутия) круглосуточными койками на 10 тыс. населения в 2006 г. составила – 121,4 (за 2005 г. по РС (Я) – 121,9, по РФ – 98), койками дневного пребывания всех типов – 27,9 (за 2005 г. по РС (Я) – 27,7, по РФ – 14).

При этом среднегодовая занятость круглосуточной койки составила – 317 (в 2005 г.: по РС (Я) – 322 дня, по РФ

в 2005 г. – 318 дней). Среднее пребывание больного в стационаре – 14,2 (в 2005 г.: по РС (Я) – 14,5, по РФ в 2005 г. – 13,8, норматив – 14). Оборот койки – 22 (в 2005 г. – 22).

Обеспеченность врачами на 10 тыс. населения за 2006 г. – 47 (по РС (Я) в 2005 г. – 45,8, по РФ в 2005 г. – 42,7), средним медицинским персоналом – 122,7 (по РС (Я) – 122,7, по РФ в 2005 г. – 94,9). Коэффициент совместительства за 2006 г. составил в среднем 1,21 (в 2005 г. – 1,21), в том числе по врачам – 1,40 (в 2005 г. – 1,43), среднему медицинскому персоналу – 1,19 (в 2005 г. – 1,17). Укомплектованность врачами (физическими лицами) по отрасли за 2006 г. 70,4% (2005 г. – 74%), средним медицинским персоналом (физическими лицами) – 84% (2005 г. – 89,4%).

С целью повышения эффективности использования финансовых средств в здравоохранении, внедрения новых методов планирования и оценки деятельности медицинских учреждений в 2003-2004 гг. в соответствии с Постановлением Правительства Республики Саха (Якутия) №484 от 31 июля 2003 г. «Об апробации подушевого метода финансирования в системе здравоохранения Республики Саха (Якутия)», Территориальным фондом ОМС РС(Я) совместно с Министерством здравоохранения РС (Я), администрациями муниципальных образований была проведена апробация подушевого метода финансирования.

В основу системы оплаты медицинской помощи были положены: подушевая оплата амбулаторно-поликлинической помощи и оплата стационарной помощи на основе согласованных объемов.

Положительные результаты апробации подушевого метода финансирования:

1) Впервые проведена консолидация средств муниципальных бюджетов и средств ОМС в апробируемых ЛПУ.

2) В лечебно-профилактических учреждениях появилась заинтересованность в развитии ресурсосберегающих технологий и сокращения затратной стационарной медицинской помощи.

3) Увеличение объемов мероприятий по профилактике заболеваний и рост уровня качества оказания медицинской помощи на ведомственной территории.

4) Улучшение лекарственного обеспечения больных в дневных стационарах.

5) Усиление работы по внедрению в практику института врача общей (семейной) практики.

6) Апробация внедрения подушевого метода финансирования в систему здравоохранения в ряде ЛПУ республики показало, что получен положительный экономический эффект поскольку результаты деятельности ЛПУ превышают произведенные для их получения затраты. Из экономии средств апробируемых ЛПУ направлено на приобретение оборудования, материальное стимулирование работников, расходы на текущий ремонт, приобретение медикаментов, не входящих в базовый перечень.

Подводя итоги апробации подушевого метода финансирования, можно констатировать, что метод позволяет развивать амбулаторно-поликлиническую помощь населению, сокращая стационарную, т.е. оптимизирует ресурсы здравоохранения. При этом методе значительно расширяется профилактическая деятельность ЛПУ.

В настоящее время в Республике Саха (Якутия) финансирование бюджетных расходов производится в соответствии с утвержденными сметами расходов учреждений здравоохранения.

В системе ОМС оплата медицинской помощи производится по тарифам на оплату медицинских услуг, оказываемых в рамках Территориальной программы ОМС, за одно посещение амбулаторно-поликлинического учреждения, один койко-день в стационаре круглосуточного пребывания, один пациенто-день лечения в дневных стационарах, установленным Генеральным (тарифным) соглашением на соответствующий год. В состав затрат, входящих в тариф, включены расходы медицинских учреждений на оплату труда с начислениями, на медикаменты, питание, приобретение мягкого инвентаря.

Сегодня Министерство здравоохранения РС (Я) направляет усилия на решение следующих задач:

1) увеличение страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, своевременное финансирование страховых взносов в полном объеме утвержденного плана;

2) дальнейшее расширение дополнительного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан;

3) реализация приоритетного национального проекта «Здоровье»;

4) дальнейшее внедрение нормативного метода финансирования по согласованным объемам по всем ЛПУ, работающим в системе ОМС;

5) приоритетное финансирование профилактических мероприятий, расширение стационарозамещающих технологий, продолжение реструктуризации и оптимизации коечного фонда в ЛПУ республики;

6) дальнейшее совершенствование внутриведомственного и вневедомственного контроля качества оказания медицинской помощи населению. Усиление работы по организации защиты прав граждан;

7) улучшение показателей целевого и рационального использования средств ОМС;

8) улучшение лекарственного обеспечения в стационарах и дневных стационарах, совершенствование учета лекарственных средств в ЛПУ республики.

По внедрению эффективных форм организации медицинской помощи и медицинских технологий Министерством здравоохранения РС (Я) проводятся следующие мероприятия:

1. Разработан проект программы по повышению эффективности управления и использования ресурсов в социальной сфере РС (Я) на 2007-2009 гг.

2. Разработан пакет проектов нормативных правовых документов по апробации в восьми «пилотных площадках»: ГУЗ РС (Я) «Больница №1 МЗ РС (Я)», ГУЗ «Якутская республиканская офтальмологическая больница», Муниципальное образование «Верхоянский улус», Муниципальное образование «Мегино-Кангаласский улус», Муниципальное образование «Хангаласский улус», Муниципальное образование «Горный улус», Муниципальное образование «Нерюнгринский район», Городской округ «Якутск», нормативного бюджетирования, ориентированного на результат, и отраслевой системы оплаты труда работников здравоохранения с 1 января 2008 года.

3. Разрабатывается система стандартизации в здравоохранении (утверждено 1200 региональных КЭС, разработано программное обеспечение ПО «Учет медицинских услуг в ЛПУ»).

4. С 2005 года проводится поэтапное оснащение медицинским оборудованием ЛПУ.

5. Разработана программа по оптимизации расходов здравоохранения, основными мероприятиями которой являются переход на принципы врача общей практики, сокращение коечной сети, оптимизация штатной численности.

А.Н. Ноговицына, Е.И. Бурцева, Н.Р. Максимова, С.П. Федоров,
А.Л. Сухомясова, С.А. Федорова, С.К. Кононова

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ УЩЕРБ ОТ НАСЛЕДСТВЕННЫХ БОЛЕЗНЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

Состояние здоровья населения является одним из важных показателей благополучия общества. Измерить величину груза болезней в человеческих популяциях нелегко, но это необходимо: такие оценки позволяют определить приоритеты для здравоохранения, помочь в установлении актуальных исследований в области медицины; обеспечить критерий для определения конечных результатов вмешательства; оценить программы и планирование деятельности служб здравоохранения. В любой группе населения приоритеты в медицинской сфере, касающиеся генетического компонента заболевания, зависят от частоты соответствующих нарушений, ущерба, наносимых здоровью людей, возможностей профилактики и лечения, имеющихся ресурсов и инфраструктуры здравоохранения. Нарушения, имеющие генетический компонент, могут быть любой степени тяжести и возникают в любой период жизни. Однако те из них, которые присутствуют с самого рождения, могут вызвать раннюю смерть или пожизненную неполноценность. Снизить влияние патологии на смертность, инвалидность и репродуктивную полноценность можно только в 30% моногенных нарушений.

При многих заболеваниях не существует эффективного лечения, в том числе при наследственной мозжечковой атаксии и миотонической дистрофии. Для того, чтобы предотвратить реальный рост распространенности наследственного заболевания в популяции, наиболее эффективным является пренатальная диагностика с применением молекулярно-генетичес-

ких методов. Например, в Великобритании, где с момента открытия мутации миотонической дистрофии была начата ее пренатальная диагностика, в течение последних 7 лет в семьях не было ни одного повторного случая рождения младенца с мутацией [1].

В мире существуют методы ДНК-диагностики широкого круга наследственных болезней. В Российской Федерации ДНК-диагностика внедрена в основном в научно-исследовательских институтах медицинской генетики гг. Москва, Санкт-Петербург, Томск, в специализированных Центрах гематологии и онкологии. Молекулярно-генетическая диагностика наследственных болезней и пренатальная диагностика на базе медико-генетической консультации (МГК) в практической медицине осуществлена впервые в Республике Саха (Якутия) – в РБ№1-НЦМ, где проводится бесплатная ДНК-диагностика 5 наследственных болезней: спиноцеребеллярной атаксии 1 типа, миотонической дистрофии, Шарко-Мари-Тус 1А типа, псевдомиодистрофии Дюшенна, гемофилии А [2]. Причинами, побудившими внедрение ДНК технологии и инвазивной пренатальной диагностики в практической медицине РС(Я), являются широкое распространение некоторых наследственных болезней в республике (спиноцеребеллярная атаксия 1 типа и миотоническая дистрофия, невральная амиотрофия Шарко-Мари-Тус и др.), отдаленность от федеральных генетических центров, материальная необеспеченность семей с наследственной патологией для выезда с целью молекулярно-генетической, пренатальной диагностики плода в федеральные центры (гг. Москва, Санкт-Петербург, Томск).

Профилактика наследственных заболеваний в пораженных семьях чрезвычайно актуальна как с медико-социальных и морально-этических позиций, так и с экономических. Для государства и семьи существенно эффективнее и дешевле тратить деньги на пренатальное тестирование и предотвратить рождение ребенка, унаследовавшего мутацию, чем в течение

всей жизни обеспечивать инвалида с тяжелым мультисистемным заболеванием пенсионным пособием, уходом и профессиональной медицинской помощью. Эффективность ДНК-диагностики изучена для 4 наследственных заболеваний (муковисцидоз, мышечная дистрофия Дюшенна, миотоническая дистрофия, фрагильная X-хромосома) [14].

Во многих работах экономический ущерб при заболеваемости оценивается в основном по экономическим потерям (затраты на оплату больничных листов, затраты на стационарное лечение и др.) [3-6]. В нашей республике оценка социально-экономического ущерба от заболеваемости и повышенной смертности населения проведена в исследованиях под руководством И.И. Поисеева [7-9]. В его подходах рекомендуется в сумму экономического ущерба включить наряду с экономическими издержками и затраты на подготовку медицинских кадров (общественные издержки).

Настоящая работа по оценке социально-экономического ущерба и разработке профилактических мер по наследственным заболеваниям и их эффективности выполнена впервые в республике и в первую очередь имеет методологическую и методическую ориентацию.

Материалы и методы

В исследовании использованы генетические карты больных, состоящих на диспансерном учете в МГК РБ№1-НЦМ, с двумя частыми наследственными заболеваниями: спиноцеребеллярная атаксия 1 типа (СЦА1) и миотоническая дистрофия (МД). СЦА1 типа - аутосомно-доминантное заболевание нервной системы, для которого характерна прогрессирующая мозжечковая и пирамидная симптоматика с манифестацией в возрасте 20-40 лет [10,11]. МД характеризуется мультисистемным поражением, включающим прогрессирующую мышечную слабость, миотонию, катаракту, кардиомиопатию, эндокринные нарушения, в тяжелых случаях - умственную недостаточность [10,11]. Начинается в

НОГОВИЦЫНА Анна Николаевна – к.м.н., зав. лаб. ЯНЦ СО РАМН; **БУРЦЕВА Евдокия Иннокентьевна** – д.г.н., вед. н.с. ИПЭС; **МАКСИМОВА Надежда Романовна** – к.м.н., гл. науч. сотрудник ЯНЦ СО РАМН; **ФЕДОРОВ Светлан Петрович** – м.н.с. ИПЭС; **СУХОМЯСОВА Айтилина Лукична** – врач-генетик, зав. лаб. ЯНЦ СО РАМН; **ФЕДОРОВА Сардана Аркадьевна** – к.б.н., зав. лаб. ЯНЦ СО РАМН; **КОНОНОВА Сардана Кононовна** – к.б.н., с.н.с. ЯНЦ СО РАМН.

любом возрасте, но чаще во втором десятилетии, наследуется по аутосомно-доминантному типу. С диагнозом СЦА1 на учете состоят 138 больных якутской национальности, с диагнозом МД - 93 больных из 31 якутской семьи. Также материал был собран в ходе экспедиционного выезда в Намский улус, который относится к Центральной Якутии и расположен в 100 км от республиканского центра - г. Якутска, где обследованы 4 семьи с СЦА1 и 2 семьи с МД. У больных учитывались место рождения, дата рождения, количество детей, возраст начала заболевания, возраст смерти и причины (для умерших родственников), клинические данные. Заполнялись специально разработанные анкеты, включающие демографические данные: пол, возраст, возраст начала заболевания, сведения о родителях, группа инвалидности, данные о беременности и их исходах (количество родов, мед. аборт, выкидышей, внематочной беременности и т.д.) для женщин, количество детей, возраст вступления в брак и социально-экономические параметры (размер пособия по инвалидности, подсобное хозяйство, год выхода на инвалидность, амбулаторное и стационарное лечение).

Для молекулярно-генетических исследований ДНК выделяли из лейкоцитов периферической крови стандартным методом [12]. Всего за 1999-2003 гг. на носительство мутации в гене СЦА1 исследовано 387 человек из отягощенных семей. ДНК-диагностика МД проводилась методом ПЦР и электрофореза в полиакриламидном геле путем определения гетерозиготности цитозин-тимин-гуанин повторов в гене миотонинпротеинкиназы.

Методами экономического анализа проведена оценка ущерба. Затраты на медицинское обслуживание больных включали ДНК-диагностику, стационарное лечение, стоимость лекарств в течение 1 дня, бесплатное получение лекарств. ДНК-диагностика оценена по тарифам МГК РБ№1-НЦМ, стационарное лечение - по фактической стоимости 1 койко-дня, существенно различающейся в улусах, и стоимости лекарств с учетом длительности болезни. В оценке ущерба потеря производства от инвалидности больных включена в экономический анализ здоровья, так как для общества потеря трудоспособной части населения - это негативный эффект независимо от того, терпит конкретное предприятие от этого убытки или нет. Недопроизведенный валовый продукт оценен по

номинальной начисленной среднемесячной заработной плате работников предприятий по отраслям экономики (статистические данные).

Результаты и обсуждение

Экономическая оценка ущерба. Предметом экономической оценки ущерба от преждевременной смерти человека является определение ценности недожитой до биологической продолжительности жизни человека. Средняя ожидаемая продолжительность жизни человека, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), составляет в РС(Я) для мужчин 51-60, для женщин 71-75 лет. Для больных с диагнозом СЦА1 средняя продолжительность жизни составляла в среднем для мужчин 47 ± 9 лет и колеблется от 37 до 56 лет, для женщин - 46 ± 9 лет и колеблется от 37 до 55 лет [13].

Нами определены средние величины начала, продолжительности болезни и продолжительности жизни больных СЦА1 по республике. Средний возраст начала болезни для мужчин составил 39,4 года, женщин 35 лет; продолжительность болезни для мужчин и женщин почти одинаковая - соответственно 8,1 и 8,4 года; продолжительность жизни мужчин 44, 2 года, женщин 47,9 лет. Возраст больных МД составляет от 14 до 53 лет, среди них 34 (58,6%)-женщины, 24 (41,4%) - мужчины.

В экономическом понимании наиболее ценным для общества считается активный трудовой период, который является также репродуктивным. В экономическую оценку ущерба от преждевременной смерти больных был включен данный период (ущерб по производственным потерям). В последующие периоды пожилого и старческого возраста человек теряет свою экономическую ценность, так как не производит прибавочный продукт, а потребляет заработанный и отданный в долг государству запас в виде пенсии [9].

Предотвращенный ущерб оценен на основе анализа фактически пораженных в двух поколениях (родители-дети), по результатам которого определяется степень возможного поражения наследственными заболеваниями последующих поколений (прогноз проведен для 3-4 последующих поколений). При этом маленький объем выборки затрудняет проведение прогнозных оценок. Предотвращенный ущерб рассчитывается на основе ущерба, наносимого обществу одним больным за весь период жизни по формуле:

$$Y_{пр.} = Y_1 * B_n,$$

где: $Y_{пр.}$ - предотвращенный ущерб; Y_1 - ущерб 1-го больного за весь период жизни; B_n - прогнозируемое количество клинических больных.

Для оценки прогнозного количества больных в последующих поколениях рассчитаны средние показатели детей в одной семье, из них - число имеющих мутацию. Анализ проведен в 17 семьях, у которых были полные данные по ДНК-диагностике всех членов семьи. Среднее количество детей, носителей мутации во втором поколении, составило 70,59% в 1 семье, здоровых - 29,41%. Также были анализированы 27 семей независимо от наличия полной ДНК-диагностики. Анализ показал, что среднее количество детей в семье по более крупной выборке составляет 2,41.

Оценка социально-экономического ущерба. По результатам ДНК-диагностики по РС (Я) за 2000-2003 г. из 387 чел., отягощенных СЦА1, выявлено 142 носителя мутации (36,7% от числа обследованных). При этом в доклинической стадии находится 58, клинической - 84 чел. Наиболее высокая заболеваемость СЦА1 установлена в г. Якутске (18 больных) и Усть-Алданском улусе (15 больных). Основной состав носителей мутации представлен пациентами трудоспособного возраста (76,8%), около 12% больных - пенсионного возраста, 10,6% школьного. В доклинической стадии преобладают больные молодого возраста. В клинической стадии СЦА1 основной состав больных представлен пациентами трудоспособного населения (47,2%) и послетрудоспособного возраста (11,9%). ДНК-диагностика при СЦА1 проводится по этическим правилам, принятым в мире для позднеманifestирующих наследственных болезней, после достижения совершеннолетнего возраста.

Для выявления случаев МД за 2000-2003 гг. обследовано 315 чел., из них отягощенных МД - 162, больных - 71 (22,5% от числа обследованных), более половины больных (56,3%) приходится на женщин, 43,7% - на мужчин. Наибольший удельный вес занимают саха (85,9%), русские - 5,6%. Возрастной состав больных МД представлен всеми группами - от младенческого до пенсионного. При этом 87,3% больных трудоспособного возраста.

Из Намского улуса на СЦА1 типа в МГК обследовано всего 27 чел., из них 4 - с установленным диагнозом СЦА1. В результате обследований выявлено 6 новых больных. В этом же улусе с ус-

тановленным диагнозом МД имеется 3 чел. Социально-экономический ущерб рассчитан для больных с установленным диагнозом и имеющих медицинские карты (3 – с СЦА1, 2 – с МД).

Фактический социально-экономический ущерб от наследственных болезней состоит из суммы удельных ущербов (от временной нетрудоспособности больных, инвалидности) и затрат на медицинское обслуживание. Экономическая оценка фактического ущерба от временной нетрудоспособности больных составляет для трех больных СЦА1 за 1 год 21,2 тыс. руб., за весь период - 96,9 тыс. руб., для двух больных МД за 1 год - 1,52 тыс. руб., за весь период - 11,36 тыс. руб.

Прямой ущерб, рассчитанный по недопроизведенному валовому продукту, составляет для трех больных СЦА1 за 1 год 189,1 тыс. руб., за весь период болезни (на момент исследования) – 1,1 млн. руб., для двух больных МД соответственно - 82,3 и 494,1 тыс. руб. Косвенный ущерб по выплатах пособий составляет для больных СЦА1 55,6 тыс. руб. за 1 год, за весь период – 370,6 тыс. руб., для больных МД соответственно 37,1 и 333,5 тыс. руб. Всего экономический ущерб от инвалидности оценивается для больных СЦА1 за 1 год в 244,7 тыс. руб., за весь период – 1,5 млн. руб., для больных МД соответственно 119,4 тыс. руб. и 2,3 млн. руб.

Общая стоимость расходов на медицинское обслуживание и получение бесплатных лекарств составляет для больных СЦА 1 типа 7,7 тыс. в год, за весь период болезни 121, 9 тыс. руб., для больных МД соответственно 8,4 тыс. руб. и 202,1 тыс. руб. Таким образом, мы оценили фактический социально-экономический ущерб от двух болезней, для оценки же ущерба за всю жизнь больных необходима прогнозная оценка ущерба на оставшиеся годы жизни. Прогнозная оценка ущерба на оставшиеся годы жизни составляет для больных СЦА 1 млн 600 тыс. руб. для больных МД 1 млн 1 тыс. руб.

Для больных СЦА1 и МД оценен ущерб от преждевременной смерти за время недожитого активного трудового периода (разность между пенсионным возрастом и возрастом наступившей смерти) по производственным потерям. Прогнозная оценка ущерба от преждевременной смерти больных составляет для больных СЦА1 за весь период недожитых лет 2,5 млн. руб., для больных МД - 3,1 млн. руб.

Экономический ущерб от заболеваемости за период всей жизни больных СЦА1 и МД состоит из суммы фактического ущерба (от временной потери трудоспособности, инвалидности, медицинского обслуживания) и прогнозного ущерба на оставшиеся годы жизни. Ущерб за весь период жизни составляет для больных СЦА1 в среднем на 1 человека 759,5 тыс. руб., для больных МД - 1,01 млн. руб. Общий ущерб от заболеваемости наследственными болезнями состоит из суммы ущерба на весь период жизни и от преждевременной смерти, так как больные не доживают до пенсионного возраста. Общий экономический ущерб составляет для трех больных СЦА1 4,8 млн. руб., для больных МД 2,6 млн. руб. При этом, в среднем, общий ущерб на 1 человека оценивается 1,6 млн. руб., наибольший - 2,9 млн. руб., наименьший – 290 тыс. руб. Общий экономический ущерб для двух больных МД оценивается в 2,6 млн. руб., в среднем на 1 человека 1,3 млн. руб., наибольший ущерб 2,5 млн., наименьший 1,5 млн. руб.

Заключение

Нами сделан первый шаг к изучению экономического аспекта наиболее распространенных в Якутии тяжелых генетических заболеваний СЦА1 и МД. Ущерб на весь период жизни 1 больного СЦА1 в Намском улусе составляет в среднем 759, 5 тыс. руб., МД - 1 млн. руб. Общий социально-экономический ущерб от СЦА1 с учетом стоимости преждевременной смерти составляет в среднем на 1 больного СЦА1 - 1,6 млн. руб., МД – 1,3 млн. руб. Всего по улусу от заболеваемости двух болезней наносится социально-экономический ущерб, оцениваемый в 7,4 млн. руб.

Исследования показали, что по СЦА1 и МД имеется достаточно большая медико-демографическая информация для изучения экономического аспекта. Разработанные методологические подходы к оценке социально-экономического ущерба и экономической эффективности пренатальной диагностики могут успешно применяться на практике здравоохранения и с этих позиций дальнейшая научная разработка проблемы весьма перспективна. Необходимы в перспективе научные исследования по экономическим зонам: Арктической, Северо-Восточной, Центральной и Южной Якутии и т.д., так как социально-экономический ущерб, а также затраты на пренатальную диагностику по этим зонам будут сильно различаться.

Литература

1. **Ахмадеева Л.Р.** Наследственные нервно-мышечные заболевания в Республике Башкортостан (вопросы патогенеза, клиники и прогноза): дис. ...д-ра мед.наук. / Л.Р. Ахмадеева. - Уфа, 2001. – С.48.
2. **Федорова С.А.** Внедрение молекулярно-генетических методов диагностики наследственных болезней в практическое здравоохранение РС(Я) / С.А. Федорова [и др.] // Вопросы формирования здоровья и патологии человека на Севере: факты, проблемы и перспективы. – Якутск, 2002. - С.276-279.
3. **Гороховер И.А.** Методика определения экономической эффективности снижения заболеваемости на отдельном промышленном предприятии / И.А. Гороховер // Здравоохранение Российской Федерации – 1968. - № 2. – С.21-25.
4. **Ершова С.В.** Об экономической оценке заболеваемости с временной утратой трудоспособности / С.В. Ершова, Ю.Т. Мишин // Здравоохранение Рос. Фед. – 1975. - № 11. – С. 7-10.
5. **Кучерин Н.А.** Экономические аспекты заболеваемости и производительности труда / Н.А. Кучерин. – Л.: Медицина, 1978. – 240 с.
6. **Струмилин Т.Г.** О народнохозяйственной эффективности здравоохранения / Т.Г. Струмилин // Экономические науки. – 1966. – 5. – С. 28.
7. **Отчет.** Экономический ущерб от заболеваний инфекционными в Чурапчинском районе / рук-ль Поисеев И.И.; ИРЭ АН РС(Я). - Якутск, 1993.–33 с.
8. **Отчет.** Социально-экономическое обоснование программы неотложных мер по нормализации обстановки в Верхневилуйском улусе. Экономический ущерб от повышенной смертности населения / рук-ль Поисеев И.И.; ИРЭ АН РС (Я). - Якутск, 1995.–132 с.
9. **Поисеев И.И.** Устойчивое развитие Севера / И.И. Поисеев. – Новосибирск: Наука. -1999.- 279 с.
10. **Вельтищев Ю.Е.** Наследственные болезни нервной системы / Ю.Е. Вельтищев, П.А. Темина. - М.: Медицина, 1998.- 496 с.
11. **Иллариошкин С.Н.** ДНК-диагностика и медико-генетическое консультирование в неврологии / С.Н. Иллариошкин, И.А. Иванова-Смоленская, Е.Д. Маркова.- М., 2002. – 590 с.
12. **Медицинские лабораторные технологии:** справочник / под ред. А.И. Карпищенко. – СПб, 1999. – Т.2.-С.604.
13. **Платонов Ф.А.** Наследственная мозжечковая атаксия в Якутии: автореф. дис. д-ра мед.наук. / Ф.А. Платонов - М., 2003. - 48 с.
14. **Riet A.A.P.M.** Cost-effectiveness of DNA-diagnosis for four monogenic diseases / A.A.P.M. Riet, B.A. Hout, F.F.H. Rutten. – Rotterdam, 1994.- Report number 94.35.

ТОЧКА ЗРЕНИЯ

Д.Г. Тихонов

К ВОПРОСУ О ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ СИСТЕМЫ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА КРАЙНЕМ СЕВЕРЕ

Крайний Север – это труднодоступный для человека регион земного шара с суровыми природно-климатическими условиями и с недостаточным развитием сельского хозяйства, транспорта, социальной сферы, а также с относительно низкой плотностью населения [22]. Территория Крайнего Севера составляет 10,9 млн. км², что соответствует 64,0 % территории Российской Федерации. При этом здесь проживает всего менее 10,0 млн. человек [8].

Районы Крайнего Севера считаются некомфортными зонами для жизнедеятельности человека. К сожалению, вплоть до настоящего времени в монографиях, посвященных медицинским проблемам Севера, не уделяется достаточно внимания вопросам физиологии человека и особенностям этиопатогенеза его заболеваний в условиях Крайнего Севера. Полностью отсутствует информированность участковых врачей и терапевтов по этим вопросам, т.к. ни в одном учебнике, руководстве и справочниках они не освещены. Они не затрагиваются даже и в процессе обучения в высших учебных заведениях, расположенных в регионах Севера.

Адаптация организма к холодному климату происходит с синхронного повышения порога чувствительности рецепторов, скоординированного повышения уровня активности всех систем, экономии ресурсов и энергии для покрытия потребностей адаптивного напряжения. Исходами адаптации являются адаптированность и дезадаптация [27]. Организм человека почти всегда адаптируется к суровым условиям холодного климата, за исключением выходцев из регионов с теплым климатом.

Холод своим тренирующим воздействием способствует мобилизации внутренних резервов организма, положительно влияя на весь организм. Было установлено, что в период адаптации организма к холоду серьезно напрягаются механизмы терморегу-

ляции: повышается основной обмен, перестраивается весь обмен веществ в организме, усиливается ход ряда биохимических циклов с усиленным расходом витаминов, микроэлементов и других биологически активных нутриентов.

В условиях Крайнего Севера болезни протекают на фоне общепатологических синдромов, возникающих у жителей Севера как реакция на экстремальные климатические факторы. Так, было установлено, что среди жителей Крайнего Севера в период адаптации развиваются:

- полигиповитаминоз,
- микроэлементозы,
- гипоксический синдром,
- «квантовая» недостаточность из-за недостатка солнечной инсоляции,
- синдром полярного напряжения (по Казначееву В.П.),
- метеоневроз (Данишевский Г.М.),
- склонность к хронизации заболеваний с развитием склеротических и дегенеративно-дистрофических процессов,
- изменение иммунологической реактивности,
- склонность к развитию obstructивных явлений в бронхолегочной системе,
- гипосекреторный синдром желудочно-кишечного тракта,
- синдром полярной анемии, «булимический» синдром, ожирение и др. [1-3, 5, 9-16, 19, 27, 29].

Процессы приспособления организма к меняющимся условиям среды могут привести к двум исходам: к состоянию адаптированности или к состоянию дезадаптации. Состояние дезадаптации в условиях Севера может вызвать развитие заболеваний с этиопатогенезом нервно-психического характера, хронизацию заболеваний, ускорение процессов преждевременного старения [27].

В 1978 г. конференция ВОЗ в Алма-Ата признала существовавшую в СССР систему первичной медицинской помощи лучшей в мире. С целью совершенствования первичной медико-санитарной помощи в нашей стране предпринимались серьезные шаги.

Важную роль в повышении качества подготовки врачей первичной медико-санитарной помощи сыграло создание кафедр поликлинической терапии. В 1980-х гг. благодаря усилиям заслуженного деятеля науки РФ профессора Галкина В.А., профессоров Барта Б.Я. и Орловой Г.Г., выступивших инициаторами организации кафедр поликлинической терапии, были открыты три кафедры в Москве, Курске и Саратове. Новым кафедрам отводилась ведущая роль в системе подготовки врачебных кадров для амбулаторно-поликлинической сети страны. В настоящее время по всей России действуют более 50 кафедр поликлинической терапии и они признаны основными базами для подготовки врачей общей практики.

Первая такая кафедра в России была создана на медицинском факультете Московского университета в 1896 г., но следует отметить, что к середине 50-х гг. кафедра была закрыта [6].

Во все времена в нашей стране при подготовке врача существенное внимание обращалось на духовное воспитание, формирование врача как личности, бескорыстно преданной своему делу. Врач всегда пользовался большим авторитетом и уважением населения страны. Вера в авторитет врача, убежденность в его правоте являлись мощными помощниками доктора в лечении больных. Они с лихвой восполняли недостаток средств в здравоохранении. В медицинских публикациях авторитетных ученых часто высказывались опасения, что «медицинская технология» разрушит эти отношения.

В отечественное здравоохранение в настоящее время вторгаются рыночные отношения. Следует отметить, что эти тенденции положительно могут восприниматься лишь незначительной частью населения нашей страны. Коммерциализация здравоохранения кардинально меняет образ врача в общественном сознании. В массовом сознании образ врача из «ангелов в белых халатах» может трансформироваться в отрицательную сторону. Широкое обсуждение в средствах массовой информации проблемы транс-

плантологии наглядно свидетельствует об этих тенденциях. Эти тенденции, с другой стороны, связаны с чрезмерно «узкой» специализацией оказания первичной медицинской помощи. Следует отметить, что во всем мире врачи общей практики работают на бесплатной основе и где уровень помощи выше, там и высок авторитет врача. По нашим данным, лишь участковые врачи не требуют с пациентов деньги взамен за услуги. Так, 76% платных услуг оказывают, согласно опросам больных, «узкие» специалисты [4]. По данным World Bank, 74% неофициальных платежей за медицинские услуги в России производятся за стационарное лечение [28].

Крупными отечественными учеными, внесшими неоценимый вклад в высшее медицинское образование (Боткин С. П., Кончаловский М. П., Мясников А. Л., Василенко В. Х. и др.), была обоснована система взглядов на работу врача и на диагностику заболеваний как на особую мыслительную деятельность у постели больного. Они всегда подчеркивали неотрывную связь диагностического процесса и личного контакта врача и больного, важность общения и обследования врачом своего клиента. При этом придавалось большое значение формированию у молодых докторов в стенах высших учебных заведений системы врачебного мышления. Следует отметить, что увлечение «узкой» специализацией также ведет к «аппаратной медицине», утрате врачебного мышления и доминированию технического подхода к больному.

В последнее время не только в нашей стране, но и во всем мире возрождается интерес к первичной медицинской помощи. В амбулаторно-поликлинических учреждениях нашей страны лечатся 80% всех больных [7, 18]. Интерес государственных органов управления к амбулаторно-поликлинической помощи, с одной стороны, диктуется финансовыми соображениями. Амбулаторно-поликлиническая помощь является дешевой по сравнению со стационарной помощью, в то же время при правильной организации обладает высокой эффективностью.

Т. Яковлева, зам. председателя Комитета по охране здоровья и спорта Госдумы РФ, считает, что необоснованная госпитализация пожилых людей порой составляет до 40%. Чаще всего они госпитализируются не по медицинским, а по социальным показаниям [21], и такое лечение не может повлиять на показатели состояния здоровья всего

населения. Программой государственных гарантий бесплатной медицинской помощи в РФ предусматривалось уменьшение почти на 20% объема стационарной помощи за счет развития стационарозамещающих форм [20].

В связи с вышеизложенным качеством додипломной и постдипломной подготовки участковых врачей и врачей общей практики должно существенно улучшиться. По мнению ведущих специалистов по поликлинической терапии, качество подготовки участковых врачей отрицательно сказывается в тех высших учебных заведениях, где поликлиническая терапия преподается «стационарными» кафедрами терапии [6].

Работая в системе подготовки медицинских кадров на медицинском факультете Якутского государственного университета в течение достаточно длительного времени, нами были увидены и изложены основные недостатки организации высшего медицинского образования в республике и пути его реформирования [23, 25]. В настоящее время в республике в сельской местности имеется 726 населенных пунктов, из них в 484 насчитывается всего лишь до 500 жителей в каждом. Малонаселенность и удаленность этих населенных пунктов друг от друга создают определенные трудности в организации первичной медико-санитарной помощи.

В настоящее время уровень подготовки врачебных кадров первичной медико-санитарной помощи в республике не отвечает возросшим современным требованиям. Так, по данным официальной статистики до недавнего времени в ряде районов республики диагностика рака в запущенной стадии достигала 100,0% [17]. Почти по всем основным локализациям рака (кроме рака пищевода и желудка) отмечалась тенденция к росту однодневной летальности [23]. Полученные нами данные свидетельствуют, что в республике среднем проходит 11 дней со дня обращения больного в амбулаторно-поликлинические учреждения, чтобы заподозрить у больного рак и еще 70 дней до постановки уточненного диагноза рака пищевода. Таким образом, на диагностику данного заболевания в среднем затрачивается 81 день. Установлено, что проходит слишком много времени от момента появления первых симптомов заболевания до первого обращения больного в амбулаторно-поликлинические учреждения – 116 дней. По раку желудка картина такая же [24]. Как правило,

больные в отдаленных поселках обращаются в фельдшерско-акушерские пункты. Местный фельдшер назначает им лечение. Через 10 дней не наступает улучшение и фельдшер начинает подозревать наличие более серьезного заболевания и направляет больного в участковую больницу. Участковый врач лечит больного еще месяц, но, не добываясь эффекта, направляет его в райбольницу. В районной больнице проводят рентген-исследование желудка и, ничего не обнаружив, лечат его еще месяц. В конце концов, его направляют в город Якутск, в республиканский онкодиспансер, и там устанавливается точный диагноз, но болезнь уже запущена.

В условиях Якутии до недавнего времени на уровне участковых больниц и врачебных амбулаторий диагностика заболеваний онкологического риска преимущественно основывалась на врачебном осмотре [24]. В настоящее время положение улучшается, так как в республике создана сеть эндоскопической службы [26]. Тем не менее следует отметить, что в условиях Якутии уровень квалификации медицинских работников первичного звена здравоохранения имеет решающее значение. И она зависит от уровня подготовки специалистов в Медицинском институте Якутского госуниверситета, так как более 70% всех врачебных кадров республики являются его выпускниками.

На уровень подготовки специалистов в Медицинском институте Якутского госуниверситета оказывает влияние отсутствие в нем собственной клинической базы. Еще 13 лет назад, организуя Мединститут, мы отмечали важность организации собственной многопрофильной клиники [25]. В настоящее время многие лечебно-профилактические учреждения, в том числе и городские поликлиники, стали муниципальной собственностью. Даже 13 лет назад мы встречали трудности с заключением договоров организации клинических баз с лечебно-профилактическими учреждениями. В настоящее время эти проблемы стали еще более острыми.

В Медицинском институте Якутского госуниверситета организовано около 20 кафедр, но, к сожалению, отсутствует кафедра поликлинической терапии. Возможности для организации такой кафедры в пределах финансирования в Мединституте имеются, так как в институте организованы даже такие кафедры, как кафедра здорового образа жизни и экологии человека.

Значительную роль в реабилитации и в восстановительном лечении больных, выписанных из стационара после оперативного лечения или после перенесенного острого заболевания внутренних органов, должны играть врачи первичной медико-санитарной помощи. В амбулаторных условиях в реабилитации широко можно использовать природные физические факторы, физиотерапевтические методы лечения, массаж, лечебную физическую культуру, психологическую реабилитацию и т.д. В подготовке участковых врачей (врачей общей практики) вопросам реабилитации и восстановительного лечения должно уделяться достаточно внимания.

Республика Саха (Якутия) имеет огромные возможности для экономического развития. Визит Президента России Путина В.В. в Якутию в первые дни его председательства в «восьмерке» стран АТР (6 января 2006 г.) показывает, какая роль придается Якутии в энергетической безопасности не только России, но и всего АТР. В своем выступлении в г. Якутске он сказал: «...развитие нефтегазового комплекса Якутии могло бы стать одной из опорных точек роста Восточносибирского региона в целом и не только надежно обеспечить внутренние потребности республики, но и наладить поставки энергоресурсов на рынки Дальневосточного федерального округа и далее

на рынки наших партнеров по АТР». Он подчеркнул, что: «...Восточная Сибирь для России имеет огромное значение – здесь огромный потенциал, и в Якутии в том числе. Перспективы здесь просто колоссальные... Это требует особого внимания правительства к решению вопросов в Якутии, во всей Восточной Сибири».

Планы интенсивного развития промышленности и освоения природных ресурсов северных территорий создают новые условия для конкурентной борьбы за право разработки месторождений полезных ископаемых. В этой борьбе победит тот, кто умеет защитить своих специалистов и рабочих от пагубного воздействия на здоровье экстремальных природно-климатических факторов Крайнего Севера. К нашей радости, в настоящее время зарубежные фирмы не умеют организовать работу в условиях холодного климата. Как показал опыт работы зарубежных строительных фирм в Якутии в холодное время года, фирмы не рискуют здоровьем своих рабочих, и они просто замораживают строительные объекты в зимнее время года.

Для того, чтобы успешно выполнить национальную программу по здравоохранению в Республике Саха (Якутия), необходимо резко повысить качество подготовки участковых терапевтов путем организации кафедры поликлинической терапии в Мединс-

титуте Якутского госуниверситета. С точки зрения учебного процесса, это легко можно сделать путем перераспределения учебных часов без дополнительных финансовых затрат между стационарными кафедрами (додипломный период обучения) и кафедрой семейной медицины (постдипломный период обучения).

С целью более полного использования потенциала санаторно-курортных учреждений в подготовке врачебных кадров первичной медико-санитарной помощи мы предлагаем создать учебно-научно-производственное объединение между Объединением «Якут-курорт» и Мединститутом якутского госуниверситета.

Существующая система первичной медико-санитарной помощи Якутии не сможет выдержать миграционный натиск нового тысячелетия. Чтобы достойно встретить вызов современной эпохи, необходимо подготовить врачебные кадры первичного звена здравоохранения с учетом особенностей адаптации человека в условиях сурового климата Якутии и с учетом возросшей роли амбулаторно-поликлинической помощи в системе охраны здоровья населения в тесном сотрудничестве с лечебно-профилактическими и санаторно-курортными учреждениями.

Полная библиография к статье находится в редакции журнала.

Р.В. Александров

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕСУРСНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОТРАСЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

На сегодняшний день в системе ресурсного обеспечения здравоохранения Республики Саха (Якутия) существуют 2 основные проблемы. Первая связана с несбалансированностью заявленных гарантий бесплатной медицинской помощи с имеющимися финансовыми ресурсами. Вторая – это несоответствие мощности развернутой сети медицинских учреждений сложившемуся республиканскому потоку пациентов.

АЛЕКСАНДРОВ Роман Вячеславович – препод. кафедры «Бухгалтерский учет и аудит» Всероссийской Государственной налоговой академии.

Указанные негативные особенности обусловлены, на наш взгляд, наличием двух несбалансированных между собой факторов, что проиллюстрировано на рис. 1.

Во-первых, по состоянию на сегодня сложился дисбаланс между объемом финансирования и величиной заявленных гарантий бесплатной медицинской помощи. Отрасль финансируется на 70% от расчетной потребности по социальным нормативам, ориентированным на действующую сеть ЛПУ, т.е. практически сохранен сметный принцип финансирования из средств бюджета республики.

Во-вторых, достаточно устойчи-

вым можно считать сложившийся в республике дисбаланс между развернутой сетью учреждений и потоком пациентов. Республике исторически присуща ситуация функционирования относительно стабильной сети учреждений здравоохранения. В то время как внутриреспубликанские миграционные процессы сельского населения в зимний период усиливаются. Это существенным образом увеличивает нагрузку на медицинские учреждения в городах, куда перемещается это сельское население. Более того, в малодоступных и малонаселенных пунктах ЛПУ содержатся в целях обеспечения доступности медицинской помощи.

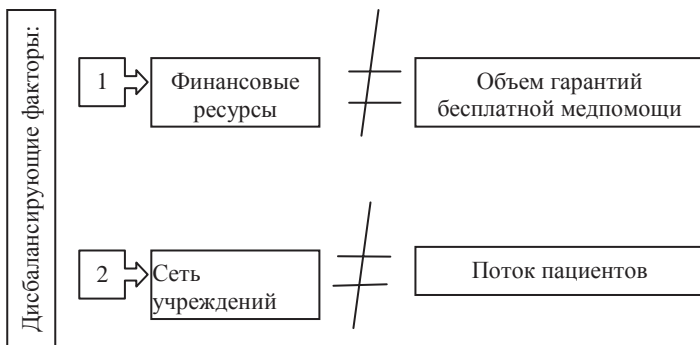


Рис.1. Проблемы ресурсного обеспечения отрасли здравоохранения Республики Саха (Якутия)

Обосновывая негативное влияние первого дисбаланса на уровень финансового обеспечения отрасли, следует на наш взгляд, более детально рассмотреть социальные нормативы, с помощью которых формируется расчетная потребность Программы государственных гарантий в Республике Саха (Якутия). Начиная с 1999 г., формирование объемов финансирования учреждений образования, здравоохранения, культуры, социального обслуживания, физической культуры и спорта осуществляется на основе временных социальных нормативов, утвержденных постановлением Правительства РС(Я) от 11.08.1998 г. №369*.

Данные нормативы разработаны в соответствии с Указом Президента РФ от 23.05.1996 г. № 769 «Об организации подготовки государственных минимальных социальных стандартов для определения финансовых нормативов формирования бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов». Они рассчитаны с учетом государственных минимальных стандартов по основным показателям уровня жизни, затратам на науку, культуру, образование, медицинское обслуживание, экологию.

Полагаем, что применение на практике данных социальных нормативов обусловлено необходимостью достижения соразмерности расходов регионального бюджета с имеющимися реальными возможностями его доходной части. В то время как основная часть объемов медицинской помощи, исчисляемая в стоимостном выражении в Республике Саха (Якутия), формиру-

ется исходя из сложившейся коечной сети, независимо от ее фактических оборотов (рис.2).

Собственно, данная ситуация закреплена методикой и порядком формирования показателей Территориальной

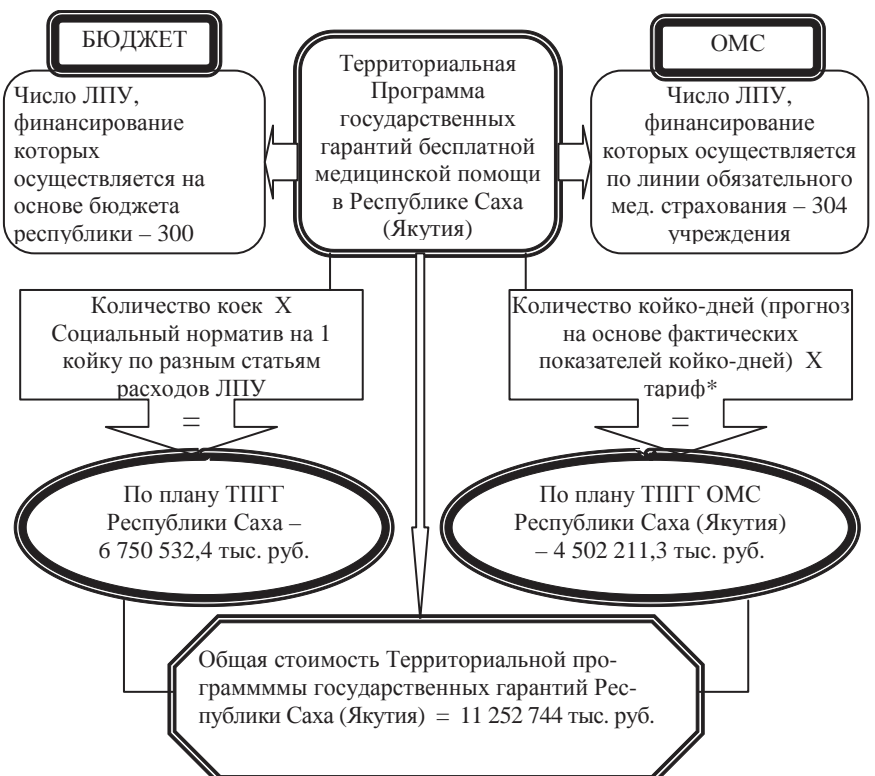
программы государственных гарантий Республики Саха (Якутия). Эта Программа конкретизирует многоканальную систему финансового обеспечения отрасли здравоохранения.

Бюджетная составляющая Территориальной программы государственных гарантий складывается из расчета социального норматива на количество койек. В отличие от нее, ТПГ ОМС формируется на базе двух показателей: количество койко-дней (прогноз на основе фактических показателей койко-дней) и тариф, ориентированный на социальные нормативы. Уровень

тарифа ограничен ресурсными возможностями территориальной системы ОМС. Отметим, что структуру этого тарифа определяют пять элементов (статей затрат): заработная плата, медикаменты и перевязочные средства, питание больных, прочие.

Проведенное исследование показало, что трехуровневая система финансирования учреждений здравоохранения (республиканский бюджет, средства ОМС, муниципальный бюджет) затрудняет эффективное управление финансовыми ресурсами на уровне республики.

Такую трехуровневую схему доведения финансовых ресурсов до ЛПУ трудно назвать оптимальной, поскольку на практике сформировалось раздельное финансирование учреждений по линии органов управления здравоохранением, местных администраций и структур ОМС. Более того, особо негативным моментом этой практики распределения средств следует считать то, что республиканские учреждения здравоохранения получают средства напрямую по смете расходов. В то время как медицинские учреждения, работающие в системе ОМС, финанси-



* Социальные нормативы ежегодно уточняются постановлениями Правительства РС(Я) с учетом прогнозных цен на планируемый период по видам затрат учреждений, изменений и дополнений нормативных правовых актов.

* Тариф ориентирован на социальные нормативы, ограничен ресурсными возможностями территориальной системы ОМС, оплата по пяти статьям затрат ЛПУ

Рис.2. Действующий порядок формирования Территориальной программы государственных гарантий Республики Саха (Якутия)

руются по видам и объемам медицинской помощи (стационарная помощь - за 1 койко-день лечения по профилям коек, амбулаторно-поликлиническая помощь - за врачебное посещение по врачебным специальностям). По сути, в системе ОМС действует схема «зарабатывания» на основе договоров со страховщиками. Третий участник распределения средств - местный бюджет - получает средства из фонда финансовой поддержки муниципальных администраций на здравоохранение в расчете на население.

Дезинтеграция финансовых потоков происходит:

- по источникам финансирования;
- по видам медицинской помощи (например, амбулаторная и стационарная помощь оплачивается из средств ОМС, а скорая и социально-значимые виды помощи - из бюджета);
- по контингентам населения (застрахован в ОМС или нет);
- по отдельным статьям бюджетной классификации (из системы ОМС пять статей).

В настоящее время в состав затрат, составляющих основу тарифа ОМС, включены расходы медицинских учреждений на оплату труда с начислениями, медикаменты, питание, приобретение мягкого инвентаря. Использование средств на другие статьи расходов считается нецелевым (нерациональным) использованием средств ОМС.

Из сказанного выше следует, что система здравоохранения разделена на три сектора, каждый из которых пользуется своими методами планирования и распределения средств. Концентрация бюджетных средств и средств ОМС происходит на уровне отдельного медицинского учреждения. В отдельных случаях некоторые ЛПУ функционируют на базе сметного финансирования.

Такое разделение затрудняет реализацию принципа единоначалия, на котором, собственно, и должна формироваться система финансового обеспечения отрасли. Кроме того, создаются экономически необоснованные препятствия для создания системы экономической мотивации для каждого учреждения. Лечебно-профилактические учреждения не имеют экономических стимулов к расширению объема деятельности и повышению качества медицинской помощи. Такое положение в значительной мере обесценивает усилия по повышению эффективности управления и качества медицинской помощи.

Принятие Закона № 122 от 22.08.2004 г. № 122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты РФ и признании утратившими силу некоторых законодательных актов РФ в связи с принятием федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Закон «Об общих принципах организации законодательных (пред-

ставительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов РФ» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в РФ» возложило дополнительные обязательства по финансовому обеспечению медицинских учреждений на органы местного самоуправления. В этих условиях конкретные полномочия и ответственность по организации первичной медико-санитарной помощи были возложены на глав муниципальных образований.

Организация специализированной медицинской помощи была отнесена к полномочиям республиканских органов власти и управления (таблица).

Кроме того, в организации медицинской помощи населению республики принимают участие медицинские учреждения федерального уровня (графа 3 таблицы) и учреждения ведомственного подчинения (графа 4 таблицы). Таким образом, отрасль имеет несколько административных вертикалей управления потоками денежных средств. Кроме того, в последнее время прослеживается тенденция горизонтального фрагментирования здравоохранения между отдельными муниципальными образованиями по уровню финансового обеспечения. Существенно ослабла координирующая и регулирующая роль органов управления здравоохранения, снизился потенциал их реального воздействия на процессы, происходящие в муниципальных образованиях.

Важно также подчеркнуть, что необоснованно утрачены некоторые позитивные характеристики прежней системы управления здравоохранением и ее финансовым обеспечением. На сегодня здравоохранение как отрасль лишена главного элемента в управлении любой отраслевой системой, а именно единой, принимаемой всеми уровнями управления, методологии финансового планирования.

Полагаем, что определяющим принципом финансового планирования следует считать программно-целевой, создающий на практике условия для реализации соразмерности финансирования и заявленных гарантий медицинской помощи. Свидетельством реализации программно-целевого принципа планирования и распределения финансовых средств (хотя и с определенными недостатками) является утверждаемая каждый год территориальная Программа государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, конкретизирую-

Сеть медицинских учреждений по уровням подчиненности и разграничению государственных полномочий

Минздрав РС (Я)	Муниципальные образования	Федеральное подчинение	Ведомственное подчинение
Областная Больница - 3	Центральная районная больница - 34	Больница ДВОМЦ (Дальневосточный окружной медицинский центр) - 3	Больница ЯНЦ - 1
Поликлиники - 1	Республиканская Больница - 2	Роспотребнадзор - 2	Узловая больница станции Беркакиг
Диспансеры - 5	Улусная больница - 172		М/служба МВД - 1
Туб. Сан. - 1	Врач. амбулатория - 56		Учр. УИН - 1
Центры - 8	Городская больница - 19		
СПК - 1	Диспансеры - 40		
Спецбольницы - 2	Поликлиники - 6		
Бюро - 1	ФАП, ФП - 230		
	Туб. Сан. - 8		
	Центры - 2		
	Станция скорой медицинской помощи - 2		
	Станция переливания крови - 1		
	Спец. Больницы - 5		
	Гор. дом ребенка - 1		
Всего - 22	Всего - 578	Всего - 5	Всего - 4

Итого: подчинение МЗ РС(Я) – 600
подчинение МЗиСР РФ – 605
всего на территории РС (Я) – 609

щая объемы и виды предоставляемой медицинской помощи. Таким образом, одной из поставленных задач нашего исследования является составление рекомендаций, касающихся оптимального финансового наполнения ТПГ республики, с учетом обоснованных потребностей различных групп населения в медицинской помощи, состояния действующей сети ЛПУ в условиях ограниченных финансовых возможностей региона.

Вышеуказанные особенности развития отрасли здравоохранения республики характерны для многих регионов РФ, полагаем, что сложившийся механизм финансирования требует своевременной модернизации и в этих регионах. Таким образом, для повышения качества медицинской помощи и повышения эффективности использования финансовых средств здравоохранения предлагаются следующие задачи совершенствования отрасли здравоохранения республики.

Во-первых, необходимо сконцентрировать в одном центре управления (республиканский центр финансового обеспечения в рамках Минздрава Республики Саха (Якутия) или ТФОМС РС(Я)) средства бюджетов всех уровней, ресурсы обязательного медицинского страхования. Такая новация должна быть предусмотрена в Программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

Во-вторых, следует практиковать в республике единый способ оплаты по видам медицинской помощи, сочетающий в себе два критерия: потребности населения в медицинской помощи и фактические показатели единиц медицинской помощи (койко-дни, вызовы, посещения). Для этого следует включить в тарифы на медицинскую помощь все затраты медицинских организаций, кроме расходов на приобретение оборудования, капитальный

ремонт и коммунальное обслуживание.

В-третьих, необходима унификация требований к организации медицинской помощи на основе системы стандартизации услуг здравоохранения.

Для решения поставленных задач необходимо модернизировать финансовый механизм в части совершенствования финансового обеспечения всех видов медицинской помощи (амбулаторно-поликлинической, стационарной, стационарозамещающей и скорой). В частности, считаем целесообразным переход республиканской сети медицинских учреждений на нормативно-подушевое финансирование, основу которого составляет рациональное (экономически обоснованное) распределение ресурсов в расчете на душу населения.

Для модернизации финансового механизма отрасли здравоохранения республики необходимо консолидировать бюджетные средства и ресурсы ОМС, направляемые на финансирование медицинских услуг.

Второй вариант модернизации финансового механизма мы рассматриваем как дальнейшее развитие системы стандартизации в республике: разработку объемных и стоимостных нормативов на оказание медицинских услуг и внедрение метода оплаты медицинских услуг по «законченному случаю лечению». Применение такого метода на практике также предполагает консолидацию финансовых ресурсов в едином управляющем центре.

Первый вариант улучшения финансового обеспечения отрасли здравоохранения в республике за счет внедрения нормативно-подушевого метода финансирования имеет ряд преимуществ. В частности, он предполагает реализацию программно-целевого принципа планирования и распределения средств. Отчасти такой принцип реализован в республи-

канской Программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи жителям республики. Таким образом, постепенно источники финансового обеспечения отрасли здравоохранения в республике будут концентрироваться по источникам ресурсов, по уровням и видам оказания медицинской помощи.

Литература

1. **Закон** «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» № 122, 2004.

2. **Постановление** Правительства Российской Федерации от 30.12.2006 г. № 885 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2007 г.».

3. **Постановление** Правительства Республики Саха (Якутия) от 17 марта 2006 г. №80. «О Программе государственных гарантий оказания населению Республики Саха (Якутия) бесплатной медицинской помощи на 2006 г.»

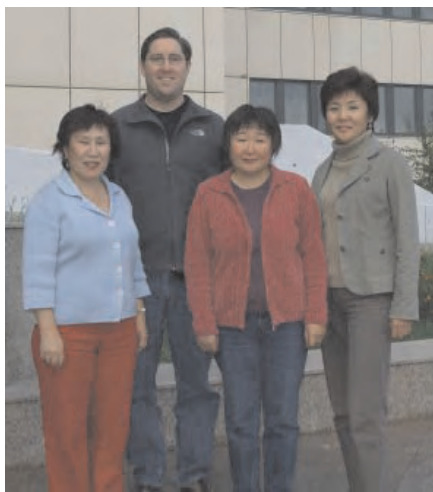
4. **Актуальные** проблемы ОМС в Республике Саха (Якутия). О ходе реализации территориальной программы ОМС в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Республики Саха (Якутия) бесплатной медицинской помощи: Прил. к журналу «Народонаселение» ИСЭПН РАН / под. ред. чл.корр. РАН, проф., д.э.н. Н.М. Римашевской и проф., д.м.н. И.П. Катковой. – М.: МАКС Пресс, 2004. – 159 с.

5. **Управление** здравоохранением на современном этапе: проблемы, их причины и возможные пути решения. – М.: «Менеджер здравоохранения», 2007. -128 с.

ИЗ ХРОНИКИ СОБЫТИЙ ГОДА

СОВМЕСТНАЯ ЯКУТСКО-АМЕРИКАНСКАЯ ЭКСПЕДИЦИЯ: ЯНЦ СО РАМН И ОРЕГОНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ (США)

В настоящее время атеросклероз, как ни какая другая проблема современной медицины, привлекает внимание исследователей всего мира. Это связано с тем, что с атеросклерозом связано по меньшей мере 75-80% всех сердечно-сосудистых заболева-



Организаторы международной экспедиции. Слева направо: к.м.н., гл. н.с. отдела хронических неинфекционных заболеваний ЯНЦ СО РАМН Махарова Н.В., профессор-антрополог Орегонского университета (США) Джош Снодграсс, д.б.н., преподаватель Канзасского университета (США) Лариса Тарская, к.м.н., зав. лаб. ЯНЦ СО РАМН Егорова А.Г.



Лекция для населения с. Тюнгюлю о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний

ний (Вихерт А.М. и др., 1981). Многовековая эволюция коренного населения Крайнего Севера сформировала целый ряд приспособительных морфологических и функциональных черт, позволяющих выжить и сохранить здоровье в суровых условиях окружающей среды (Алексеева Т.И., 1986, 1989).

В то же время доказано эпидемиологическими исследованиями (Аргунев В.А., 2006), что в последнее время отмечается значительное увеличение распространенности атеросклероза сосудов у якутов, это обусловлено, возможно, изменениями традиционного уклада жизни, нарушениями сбалансированного питания, снижением физической активности и ухудшением экологической ситуации, которые привели к снижению адаптивных качеств коренного населения.

Согласно докладу комитета ВОЗ по ожирению, около 30% жителей планеты страдают избыточной массой тела, из них 16,8% составляют женщины и 14,9% - мужчины. В связи с этим в последние годы привлекает пристальное внимание эндокринологов, кардиологов и врачей общей практики метаболический синдром. Выделение данного синдрома имеет большое клиническое значение, поскольку, с одной стороны, это состояние является обратимым, с другой - оно предшествует таким болезням, как сахарный диабет типа 2 и атеросклероз, являющиеся в настоящее время основными причинами высокой смер-

ности. В связи с этим для изучения особенностей этиологии и патогенеза атеросклероза и связанных с ним сердечно-сосудистых заболеваний у представителей различных этнических групп населения Якутии в ЯНЦ СО РАМН совместно с НИИ терапии СО РАМН (г. Новосибирск) начата комплексная научно-исследовательская работа «Атеросклероз: эпидемиология, этиопатогенез и разработка мер профилактики, диагностики и лечения



С.н.с. ЯНЦ СО РАМН И.А. Пинигина на приеме в с. Тюнгюлю

у жителей Крайнего Севера на примере населения Якутии» (руковод. – гл.н.с. отдела хронических неинфекционных заболеваний ЯНЦ СО РАМН Н.В. Махарова). Для изучения функциональных, биохимических, иммунологических и молекулярно-генетических особенностей формирования атеросклероза у коренных жителей Якутии под руководством администрации ЯНЦ СО РАМН (д.м.н. Томский М.И.) была организована совместная научная экспедиция с Орегонским университетом (США) в село Тюнгюлю Мегино-Кангаласского улуса. Собранный совместный материал анализируется и планируется опубликовать в Орегонском журнале патофизиологии. Кроме этого Якутский научный центр СО РАМН заключил долгосрочный договор о сотрудничестве с американским университетом, в рамках которого будут проводиться подобные экспедиции. Также в планах ученых научные публикации, совместные научно-практические конференции, обмен опытом, экспедиции в Якутию и США.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ В ЖИГАНСКОМ УЛУСЕ, ПОСВЯЩЕННАЯ 375-ЛЕТИЮ ЖИГАНСКА

10 августа 2007 г. в рамках празднования 375-летнего юбилея образования города Жиганска прошел и



На параде, посвященном 375-летию г.Жиганска, медработники Жиганской ЦУБ с главным врачом О.Г. Захаровой (вторая слева в первом ряду), сотрудники ЯНЦ СО РАМН, директор РБ №1-НЦМ В.С. Петров (второй справа в первом ряду) и приглашенные гости

80-летний юбилей здравоохранения Жиганского улуса. В связи с этим была организована совместная научно-практическая конференция Жиганской ЦУБ под руководством главного врача, отличника здравоохранения РС(Я) О.Г. Захаровой и ЯНЦ СО РАМН. С большим вниманием медицинскими работниками ЦУБ были прослушаны доклады научных сотрудников отдела хронических заболеваний ЯНЦ СО РАМН «Йод-дефицитные за-

болевания в РС(Я)», к.м.н. Т.С. Неустроева, и «Статистика онкологической заболеваемости населения Якутии и вопросы совершенствования профилактической работы в условиях высоких широт» (к.м.н. Н.Н. Макарова). Научными сотрудниками оказана консультативная помощь.



Врач-онколог, к.м.н. Н.Н. Макарова во время командировки в Жиганском улусе

Гл. н.с. ЯНЦ СО РАМН, к.м.н. Н.В. Махарова

ЯКУТСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР СО РАМН ПРИНЯЛ УЧАСТИЕ В МЕРОПРИЯТИЯХ МЕЖДУНАРОДНОГО ПОЛЯРНОГО ГОДА

В рамках Международного полярного года ЯНЦ СО РАМН и Санкт-Петербургская педиатрическая медицинская академия получили финансирование на проведение медицинской экспедиции в республике. Во время поездки, с 8 по 15 августа 2007г. сотрудники ЯНЦ СО РАМН и СПбПМА оказали практическую помощь местным органам

здравоохранения в п. Казачье Усть-Янского района Республики Саха (Якутия). В проекте приняли участие: зав. кафедрой госпитальной педиатрии СПбПМА, профессор, д.м.н. Часнык В.Г, директор Педиатрического центра РБ№1-НЦМ Николаева

Л.А., главный внештатный невролог республики Басова Е.В. и с.н.с. ЯНЦ СО РАМН, к.м.н. Бурцева Т.Е.



Великолепные пейзажи реки Яны на пути от п. Казачье к п. Усть-Куйга Усть-Янского района



У дверей Казачинской участковой больницы участники проекта и сотрудники больницы. Первый справа – д.м.н. В.Г. Часнык

Всем известно, что наша республика имеет очень сложную транспортную инфраструктуру, особенно в северных и арктических районах. Несмотря на это, нам удалось организовать эту поездку: от п. Усть-Куйга, куда мы добрались на самолете авиакомпании «Полярные авиалинии», на моторной лодке добирались до п. Казачье. По-везло и с погодой! Дни стояли велико-

лепные. Удалось совместить приятное с полезным: 8 часов мы наблюдали прекрасные пейзажи реки Яна.

Всего осмотрено 230 детей. Активность населения была очень высокой. Местным органам здравоохранения оставлены рекомендации.

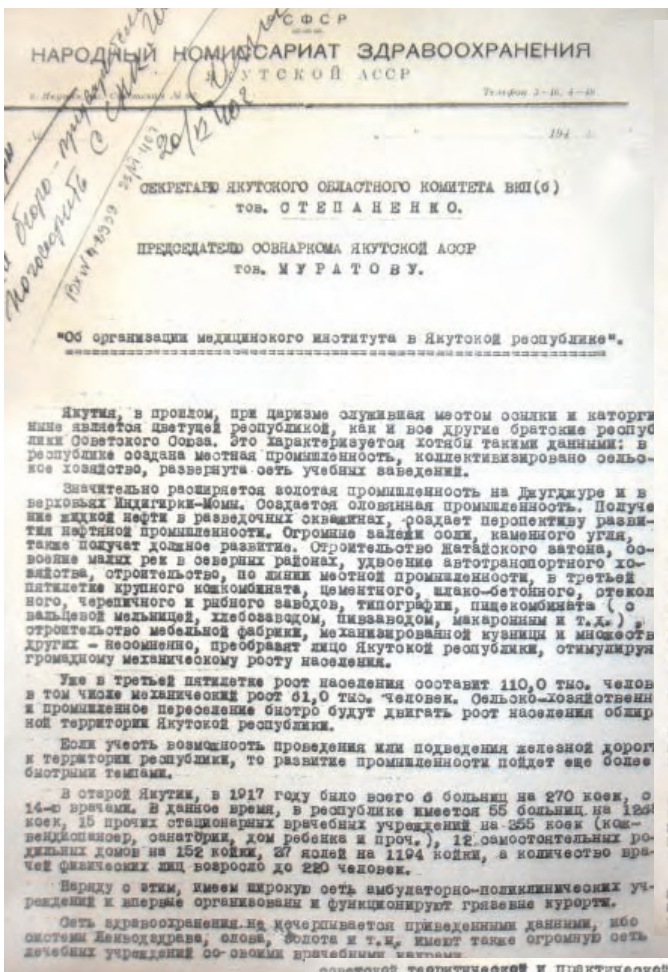
Данный проект состоялся благодаря поддержке директора ЯНЦ СО РАМН, д.м.н., профессора М.И. Томского и зам. директора, к.м.н. В.П. Николае-

ва. Искренние слова благодарности директору ООО «Мир здоровья» Охрименко Людмиле Павловне за предоставление медикаментов для детей Севера. И конечно, благодарность населению и администрации п. Казачье Усть-Янского района и и.о. главного врача Гороховой К.П., сотрудникам Казачинской участковой больницы за теплый прием.

С.н.с. ЯНЦ СО РАМН, к.м.н. Т.Е. Бурцева

СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА В ЯКУТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ (фрагменты из докладной записки наркома здравоохранения ЯАССР. 20.06.1940 г.)



лет достигало бы 40,0 т.р., которые одна единица продукции нашего института прирабатывает также за восемь лет, продолжая дальнейшую работу в Якутии примерно столько же лет, а может быть и больше.

Стоит совершенно очевидно, что организация медицинского института, не только целесообразна с точки зрения подготовки местных кадров, но и дает определенные экономические выгоды.

Кроме того, наличие такого института, с его высококвалифицированными специалистами, поднимает на новую ступень уровень лечебной работы, создает условия для организации высшей научно-исследовательской работы, а медицинские работники и в особенности сельской участковой медицины, получают возможность совершенствоваться непосредственно в Якутии. Не менее важным является и тот факт, что институт окажет свое влияние на улучшение качества преподавания в средних медицинских учебных заведениях с одной стороны, а с другой наличие перспектив дальнейшего поступления в Москву, явится стимулирующим фактором значительному притоку в средние медицинские учебные заведения.

При обсуждении этого вопроса должны учесть исключительные особенности нашей республики в смысле, до сих пор, еще не выявлять, социальных особенностей как титанизма, туберкулеза, глистных инвазий - которые вызывают значительный удельный вес, а между тем борьба с ними, за недостаточностью врачебных кадров, в отдельных районах, в особенности северных, никогда не прекращалась даже частичному специальному обследованию не говоря уже об их последовательном лечении.

Стоимость же отстроятельства (деревянное и без оборудования) исходя из средней нормы отстроятельной кубатуры на одного студента в 45 куб.мт. (учебные и лабораторные сооружения) 20,250 куб.мт. - по 100 кв.мт.) составит 4500,0 титр. рубл. в абсолютки из того же расчета, на контингент учащихся с учетом обеспечения жилищными условиями преподавательского состава и обслуживающего персонала - составит такую же сумму или в общей сложности 4000,0 титр. рублей.

Обязательные, возможность и необходимость организации медицинского института в Якутской республике доказаны.

Товарищ СТАЛИН, в своей речи, в Кремлевском дворце, на выпуске академиков Красной Армии говорил: "Надо, наконец, понять, что из всех великих капиталистов, немецкой в мире, самым ценным и самым решающим капиталом являются люди, кадры. Надо понять, что при наших нынешних условиях, кадры решают все. Будут у нас хорошие и многочисленные кадры в промышленности, в сельском хозяйстве, в транспорте, в армии, наша страна будет неизбежна. Не будет у нас таких кадров - будем хромать на две ноги".

Эти слова товарища СТАЛИНА, имеют прямое отношение к затронутому нами вопросу вышесказанному в этом письме.

Система здравоохранения нашей республики не обеспечивает выполнения требований, поставленных перед органами здравоохранения третьим пятилетним планом, в области улучшения качества и своевременного оказания медицинской помощи трудящимся.

XIV Якутская областная партийная конференция, в своем постановлении заявила: "Учитывая неудовлетворительное обеспечение населения медицинской помощью и большой недостаток медицинских кадров, поручить Обко и Совпаркому, в ближайшее время разрешить вопрос о строительстве в г. Якутске медицинского ВУЗа" - и мы уверены, что это постановление будет исполнено.

Заместитель председателя Совнаркома СССР тов. ИЛЫНСКИЙ в своей речи на торжественном заседании Обко 16 апреля 1940 года указал на необходимость превращения больницы, клиники и даже сельских врачебных участков в научно-исследовательские учреждения, создав могущую крепость

основной теоретической и практической медицины. Это представляет ряд требований в том числе задачу дальнейшего развития ВУЗа" - и далее продолжает: "Перед нами, в области подготовки кадров, стоит гражданская задача - еще более широкое развертывание сети ВУЗов и научно-исследовательских институтов".

Руководствуясь этим указанием мы, уверенны, что в числе развертываемых новых медицинских ВУЗов будет включен и ВУЗ Якутской республики.

Народный Комиссар здравоохранения Якутской АССР /А. БЕЛОУС

О.Г. Захарова

ЗДРАВООХРАНЕНИЮ ЖИГАНСКОГО УЛУСА 80 ЛЕТ

Здравоохранение Жиганского улуса начало развиваться в 20-х годах. В 1930-х в улусе не было ни стационарного, ни амбулаторного медпункта.

В 1927 году в Жиганске начал работать амбулаторный пункт. Заведующим назначили В.Н.Губина. В то время медикам было невероятно трудно: не хватало медицинских работников, медикаментов, оборудования. Первым врачом медпункта работала врач Б.Б. Альперова, фельдшером - Н.В. Чириков. Они обслуживали кочующее население трех наслегов: Линдинского, Коноринского и Оленекского (тогда Оленек входил в состав Жиганского). При этом необходимо учесть оторванность от центра Якутии, раздробленность участков и отсутствие сознательного отношения населения к здоровью.

1927 год в истории Жиганского улуса знаменит не только тем, что был открыт медпункт, но и тем, что в 1927/28 учебном году была открыта первая в улусе советская школа.

В 1929 – 1930 годах в результате кропотливой работы отношение населения резко изменилось. Начали поступать вызовы медика из отдаленных участков. Активизируется борьба с широко распространенными заболеваниями как туберкулез, трахома и др. Большое внимание уделялось санитарии. В 1929 году специальная комиссия, созданная в улусе, приняла решение о постройке бани. Так, шаг за шагом решались все жизненно важные вопросы, связанные с медициной и санитарией. Начиная с 1931 года, начато строительство здания больницы.

Самым злободневным вопросом того времени являлась нехватка медицинских кадров. После выезда Красновой до 1938 года непродолжительное время работали врачи Некрасова, Неустроева и фельдшера. Не хватало жилой площади, часть нового здания больницы была занята под квартиры для работников.

В апреле 1938 года заведующей больницы назначили Ли Марию Иннокентьевну, работавшую до 24 сентября 1940 года. За это время она провела большую работу по укомплектованию

медицинских учреждений кадрами. В 1940 году в райбольнице под руководством врача Ли М.И. работали фельдшер Головных Н.И., акушерка Зуева Д.П., медсестры Кисилева А., Цикунова А.Н., Барденникова М., Якушева З.С. Кроме того, был укомплектован обслуживающий персонал – повара, няни, завхоз, прачки и др.

В сентябре 1940 года врачом райбольницы стала Овчинникова И.А. Следует отметить, что в 1936 – 1940 годах в стране произошли большие политические изменения. Начали образовываться новые отделы исполкома, в том числе и отдел здравоохранения. Первым заведующим отделом здравоохранения был избран Кошук Сергей Андреевич. Он работал до 1946 года.

В годы Великой Отечественной войны работа по здравоохранению не ослабла, наоборот, усилилась. В Линдинском наслеге открылся фельдшерский пункт, которым заведовала Рожина Н.А. В августе 1942 года была открыта Нотаринская 5-коечная участковая больница. Первой заведующей работала Кузнецова.

В апреле 1943 года открыт 3-коечный фельдшерско-акушерский пункт в Сылахском, в октябре Коноринском наслеге. Заведующей Коноринского наслеге назначили Арбатскую. В течение 1942 года в местности Мэнкэрэ работал фельдшерский пункт. С 1 сентября 1943 года в Жиганске начал работу туберкулезный пункт.

Кроме того, с 1 января 1943 года открыт трахоматозный пункт на участке Олба. С 1 января этого года в Жиганске открылась санинспекция.

Районная больница с 1943 года стала 15-коечной. В 1945 году райбольницей заведовала врач Лифшиц З.Н.

Через три года, т.е. в 1946 году медицинские пункты открылись и в других наслеге: Хатылынский 3-коечный, Джарджанский 3-коечный, Олбинский бескоечный. В районном центре работала 10-коечная туббольница и 15-коечная районная больница. Нотаринский врачебный (заведующая врач Поискотина Е.Н.) участок был закрыт в 1946 году, в связи с выездом переселенцев из района. Джарджанский медпункт стал фельдшерско-акушерским пунктом.

Первым заведующий райздравотделом Кошук С.А. выехал из района в сентябре 1945 года. После него работали Данилова М.А., Логашев Г.В., Семенова Т.И.

В 1949 году руководящий состав сельских медпунктов полностью был укомплектован новыми медицинскими кадрами: Бестяхский медпункт (зав. Корякин В.П.), Мэнкэринский медпункт (зав. Иринева А.И.), Олбинский медпункт (зав. Скочиков А.В.), Сылахский медпункт (Сымохвалова В.А.)

Благодаря первым медикам улуса – Владимира Николаевича Рубина, Беллы Борисовны Альперович, Николая Васильевича Чирикова, Татьяны Иннокентьевны Корякиной, врача Красновой и др. – авторитет медицинских работников рос. Ветераны улуса вспоминают о самоотверженном труде врачей, фельдшеров с теплотой и большой любовью.

В настоящее время коллектив центральной районной больницы прилагает все силы для обеспечения стабильной работы. Врачами оказывается квалифицированная медицинская помощь. Используются все имеющиеся в наличии медицинские оборудования. Регулярно осматриваются все дети детсадов и школ. Круглосуточно несут свою нелегкую вахту медработники скорой медицинской помощи, стационара, готовые в любую минуту прийти на помощь, больному. Все свои силы в обеспечение жизнедеятельности лечебно-профилактических учреждений вкладывают младшие медицинские работники, технический персонал.

В соответствии с национальным проектом стало осуществляться обновление оборудования центральной районной больницы. За 2006-2007г в рамках национального проекта выделены трехканальные электрокардиографы, аппарат УЗИ, компьютерная техника, автомашина.

В составе НРБ функционирует 5 лечебно-профилактических учреждений на 190 посещений в смену и коечным фондом на 86 коек, они обеспечивают оказание лечебно-профилактической помощи населению района.

Линдинская участковая больница имеет 5 коек, Ленская участковая больница – 5 коек, работают Бестяхский фельдшерско-акушерский пункт, противотуберкулезный диспансер со

стационаром на 10 коек. МУ «Жиганская центральная районная больница» на 64 койки расположена в районном центре, имеется поликлиника на 130 посещений в смену, которая включает следующие отделения: терапевтическое, хирургическое, родильное, гинекологическое, инфекционное, детское, отделение скорой медицинской помощи. Поликлиническая служба подразделена на 3 подраздела: поликлиника, детская консультация, женская консультация. Вспомогательные подразделения состоят из клинико-диагностической лаборатории, рентгенологического кабинета, физиокабинета.

Больничный комплекс оснащен современным медицинским оборудованием. Рентгенологическая служба оснащена рентгенологическим аппаратом, который установлен в 2005 году, имеет флюорографический аппарат «12-Ф-9», новый передвижной рентгенологический аппарат «Арман». В клинико-диагностической лаборатории установлена современная импортная и отечественная аппаратура. Функциональная диагностика проводится УЗИ аппаратом «НВДО1500», эндоскопическим аппаратом фирмы «Олимпус», «Пентакс». Приобретен аппарат электроэнцефалографии, позволяющий оказывать услуги по исследованию нарушений головного мозга. Установлен аппарат плазмозмещения.

Во всех участковых больницах имеются аппараты ЭКГ, глюкометры, современные стерилизационные аппараты, компьютерная техника. Большую роль в проведении лечебно-профилактической деятельности играет организационно-методический кабинет ЦРБ. Планово проводятся врачебные, лечебно-контрольные комиссии, комиссии по внутрибольничным инфекциям, по рациональному использованию, учету и хранению наркотических и сильнодействующих препаратов, комиссии БЦЖ, формулярная комиссия. Проводится контроль за качеством оказания медицинской помощи населению, плановая работа медсовета.

Методотдел координирует работу кабинета профилактики, организует семинарские занятия, ведет работу по внедрению новых методов работы и освоению компьютерных технологий. Силами врачей ЦРБ регулярно проводятся семинары с проведением аттестаций и приемом зачетов.

Всего в коллективе трудится 148 человек. Укомплектованность врачами составляет 80%, средним медперсоналом – 98%. Большое внимание

уделяется повышению квалификации медицинских работников, обучение персонала проводится в самой больнице на семинарах и теоретических конференциях, так и на различных курсах и циклах повышения квалификации. В результате сертификаты специалистов получили 90% медицинских работников. 40% врачей и 70% среднего медперсонала имеют квалификационные категории. В ЦРБ работают 2 кандидата медицинских наук, 1 заслуженный работник здравоохранения, 3 отличника здравоохранения СССР и РФ, 15 отличников здравоохранения РС(Я), 1 отличник здравоохранения Республики Кыргызстан.

Профсоюзный комитет больницы является одной из активных общественных организаций района. По инициативе профсоюзного комитета начали заключать коллективный договор с администрацией сроком на 3 года, благодаря этому введены некоторые аспекты социальной защиты сотрудников.

Под руководством профсоюзного комитета коллектив был и остается сплоченным, дружным и единым в своих делах и начинаниях. Принимает активное участие в районных, республиканских мероприятиях. В республиканских конкурсах, проводимых Министерством здравоохранения Республики Саха (Якутия), «Лучший по профессии», «Лучшая центральная районная больница» – занимал призовые места. За заслуги в области здравоохранения больница в 2007 г. получила благодарности Президента Республики Саха (Якутия) В.А.Штырова. Спортивная команда больницы – одна из ведущих команд района и призер многих спортивных соревнований.

Коллектив больницы постоянно работает над улучшением медицинского обслуживания. Силами врачей-специалистов проводятся семинары для среднего медперсонала по повышению профессиональных знаний, по внедрению новых методов работы. В целях оказания лечебной и организационно-методической помощи работникам участковых больниц и ФАП ежегодно врачебные бригады ЦРБ направляются в командировку в наслег района.

Положительные результаты деятельности лечебно-профилактических учреждений района оцениваются стабильной демографической ситуацией: повышается рождаемость, естественный прирост населения, снижается смертность от заболеваний.

Повышается охват профилактическими осмотрами населения района, вакцинопрофилактикой детского и взрослого населения, за счет медицинских осмотров увеличивается посещение в амбулаторно-поликлинические учреждения. С 2004 года работают школы здоровья по артериальной гипертонии, сахарному диабету, молодых матерей, нарушению осанки среди детей.

Их именами гордится улус

Заведующие райздравотделом Жиганска

1940 - 1945 г. – Кошуков Сергей Андреевич

1945 - 1948 г. – Логашов Георгий Васильевич

1949 г. - Семенова Тамара Петровна
30.12. 1949 г. – Тренихина Галина Павловна

1950 – Алексеев Яков Федорович
1952 г. - Гордин Григорий Борисович
1955-1957 г. – Усатинов Георгий Яковлевич.

В 1957 райздрав был реорганизован в лечебно-санитарное объединение.

Заведующие больницей (с 1938 г.)

1938 – 1940 г. – Ли Мария Иннокентьевна

1940 -1942 г. – Овчинникова И.А.
1942-1944 г. – Саммель А.П.
1944 – 1946 г. – Лифшиц З.Н.
1946– 1949 г. – Шишкина Л.М.
1949-1952 г. – Мартене Яков Романович

1952 г. Ярцева Анна Дмитриевна
1952-1955 – Агеев Сергей Михайлович
1955-1957 – Некрасова Нина Федоровна

Главные врачи центральной районной больницы

1957–1967 г. – Некрасова Нина Федоровна

1967– 1968 г. – Першин Андрей Андреевич

1967– 1971 г. – Кригштейн Олег Самуилович

1971– 1972 г. – Сенчура Владимир Иванович

1972-1973 г. – Зейгер П.Л.

1973–1978 г. – Егоров Борис Афанасьевич

1978–1980 г. – Иванов Владимир Кузьмич

1980–1982 г. – Давыдов Николай Николаевич

1982–1990 г. – Савватеев Афанасий Харлампьевич

1990–1993 г. – Старостин Василий Петрович

1993–1997 гг. – Слободчиков Петр Викторович

1997–2000 гг. – Дьяконов Гаврил Гаврилович

2001 г. – Захарова Ольга Герасимовна

Они работали у нас

Егоров Б.А. – министр здравоохранения РС (Я)

Некрасова Н.Ф. – заслуженный врач ЯАССР

Сабельников Г.И. – доктор медицинских наук, г. Москва

Шульман В.М. – терапевт, г. Санкт-Петербург

Баранов В.А. – заместитель генерального директора НИМ, заслуженный врач РСФСР

Кригштейн О.С. – заслуженный врач РСФСР

Мартене Я.А. – заслуженный врач ЯАССР

Чириков Н.И. – заслуженный врач ЯАССР

Корякина Т.И. – заслуженный врач РСФСР

Краснова А.В. – заслуженный врач ЯАССР

Ли Мария Иннокентьевна – заслуженный врач ЯАССР

Знатные люди здравоохранения Жиганского улуса

Кириллина Анна Акимовна – заслуженный врач Якутской АССР, отличник здравоохранения СССР, почетный гражданин Жиганского улуса, кавалер медали «За доблестный труд». Стаж работы в здравоохранении улуса 48

лет, ветеран труда. Работала главным врачом противотуберкулезного диспансера

Сергеева Лидия Николаевна – заслуженный работник здравоохранения РС(Я), отличник здравоохранения СССР, кавалер медали «За доблестный труд», ветеран тыла и труда, почетный гражданин улуса. Стаж работы в здравоохранении улуса 54 года. Работает палатной медсестрой инфекционного отделения.

Охлопкова Наталья Ивановна – кавалер почетной медали Советского фонда мира, кавалер медали «За доблестный труд в ознаменование 100-летия со дня рождения В.И. Ленина», награждена знаком «Гражданская доблесть», ветеран труда и тыла, почетный гражданин улуса, отличник здравоохранения СССР. Работает в здравоохранении улуса 50 лет. Фельдшер скорой помощи.

Усатинов Георгий Яковлевич – отличник здравоохранения РС(Я), ветеран труда и тыла, почетный гражданин улуса.

Петрова Аксинья Иннокентьевна – отличник здравоохранения РС(Я), ветеран труда и тыла, почетный гражданин улуса.

Иванова Варвара Васильевна – отличник здравоохранения РС(Я), ветеран труда и тыла, почетный гражданин улуса.

Петров Николай Иннокентьевич – заслуженный врач РС(Я), ветеран труда.

Софронова Мария Дмитриевна – отличник здравоохранения РС(Я),

ветеран труда и тыла, почетный гражданин улуса.

Слепцова Иясона Кондратьевна – отличник здравоохранения СССР, ветеран труда и тыла, почетный гражданин улуса.

Отличники здравоохранения РС(Я)

Дьяконова Евдокия Спиридоновна
Дьяконов Гаврил Гаврильевич
Иванова Мария Егоровна
Галушкина Татьяна Титовна
Степанова Клавдия Семеновна
Захарова Ольга Герасимовна
Сотникова Екатерина Михайловна
Федорова Наталья Ивановна
Эллзева Екатерина Иннокентьевна
Петрова Елизавета Михеевна
Иванова Мария Макаровна
Семенова Евдокия Николаевна
Тарабукина Светлана Иннокентьевна
Мальцева Айтилина Романовна
Александрова Надежда Михайловна
Самсонова Анна Семеновна
Емельянова Зухра Григорьевна
Беленкова Елена Николаевна
Дьяконова Мария Иннокентьевна
Спиридонова Мария Николаевна

Отличники здравоохранения РФ

Васильева Мария Егоровна
Кононова Валентина Васильевна

Ветераны тыла и труда

Лукина Екатерина Афанасьевна
Николаева Екатерина Андреевна
Барахова Анастасия Семеновна
Усатинова Мария Ивановна
Семенова Мария Касьяновна
Иванова Анна Саввична

Т.Я. Николаева

МАРИМЕСТ ПЕТРОВИЧ ГОГОЛЕВ – ОСНОВОПОЛОЖНИК НЕЙРОХИРУРГИИ В ЯКУТИИ

Одним из признаков культурного человека является уважение к прошлому своей Родины, уважение к делам своих предков

А.С. Яковлев

Среди медицинских специальностей нейрохирургия занимает по праву высокое положение. Для хирургического вмешательства на головном мозге необходимо глубокое знание анатомии, физиологии, клинической неврологии и нейропсихологии, безупречная техника и выдержка. Все эти качества присущи Мариместу Петровичу Гоголеву.

НИКОЛАЕВА Татьяна Яковлевна – д.м.н., проф. МИ ЯГУ.

леву. Профессию врача он выбрал случайно, несмотря на то, что в семье у него были историки, краеведы. Отец был известным советско-партийным работником, мать 40 лет руководила Якутским краеведческим музеем имени Е.Ярославского. В семье Гоголевых бывали друзья родителей – врачи, среди них врачи Крыловы Татьяна Ивановна и её муж профессор Дмитрий Михайлович, основатель и организатор высшего медицинского обра-

зования в Якутии. Общение с такими людьми не могло пройти бесследно, это были действительно бесконечно преданные своей профессии люди, вызывающие чувство уважения к себе и к тому делу, которым занимаются.

В 1959 г. после окончания школы №3 г. Якутска М. Гоголев поступает на медико-лечебный факультет ЯГУ. Это был по настоящему «золотой» курс, давший республике немало известных врачей и ученых, его однокурсниками



М.П. Гоголев

были Карл Георгиевич Башарин, Анатолий Спиридонович Григорьев и др.

Годы учебы были наполнены напряженной и интересной работой. Вне учебы Маримест активно занимался спортом, был неплохим футболистом, членом сборной республики. На четвертом курсе состоялась встреча, которая окончательно повлияла на выбор специализации. Прокопий Андреевич Петров – яркая, незаурядная личность, человек, открывший новое заболевание – виллюйский энцефалит, первый оперирующий невролог в Якутии, организовавший в 1965 г. первое в республике нейрохирургическое отделение при Якутской городской больнице имени С.Орджоникидзе. На занятиях в студенческом научном кружке П.А. Петров проводил показательные операции на головном мозге, знакомил студентов с новой трудной, но исключительно интересной наукой – нейрохирургией.

Неудивительно, что после окончания университета Мариместа Петровича направляют на работу врачом-нейрохирургом во вновь открывшееся нейрохирургическое отделение. Для оттачивания нейрохирургической тех-

ники, освоения новых видов операций он решает продолжить учебу в клинической ординатуре на кафедре нейрохирургии Новокузнецкого института усовершенствования врачей у профессора А.И. Осна (1967-1969 гг.). Будучи в ординатуре, сдает кандидатские минимумы, начинает научную работу. С 1969 по 1973 г. заведует нейрохирургическим отделением Якутской городской больницы. В эти годы прошло становление нейрохирургической службы в республике, внедрялись новые сложные методы исследования, устанавливались традиции. Одним из первых в стране Маримест Петрович с молодым талантливым рентгенологом В.А. Барановым провел ангиографию сосудов головного мозга, которая в то время считалась высшим пилотажем среди диагностических процедур. С тех пор и по настоящее время ангиография широко используется для диагностики в практике неврологии и нейрохирургии.

С 1975 г. трудовая деятельность М.П. Гоголева связана с университетом, где он прошел славный путь от ассистента по курсу нервных болезней кафедры физиологии медико-лечебного факультета ЯГУ до профессора, заведующего кафедрой психиатрии, проректора МИ по научной работе. С октября 1995 г. по май 1996 г. исполнял обязанности ректора Медицинского института ЯГУ.

Основные научные исследования посвящены проблеме хирургического лечения гидроцефалии различной этиологии как у взрослых, так и у детей. Им впервые в мире обоснованы, разработаны и внедрены в нейрохирургическую практику оригинальные методы оперативного лечения гидроцефалии: вентрикулоюгулостомия и люмбосафеностомия, защищенные патентами Российской Федерации. Данные методики внедрены более чем в 20 нейрохирургических учреждениях республики, России (гг. Иркутск, Благовещенск, Хабаровск, Красноярск, Новокузнецк, Рязань, Мурманск, Петрозаводск, Санкт-Петербург, Москва) и в странах СНГ (Киев, Душанбе, Ташкент). Кроме гидроцефалии научные интересы профессора М.П. Гоголева касались проблем особенной течения черепно-мозговой травмы в условиях Севера, сосудистой па-

тологии мозга, а также неврологических осложнений остеохондроза.

В 1980 г. на заседании специализированного ученого совета НИИ нейрохирургии имени академика Н.Н.Бурденко защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Хирургическое лечение гидроцефалии методом вентрикулоюгулостомии». Им был предложен оригинальный и экономичный метод лечения гидроцефалии. Научные поиски продолжались, путем экспериментальных исследований по гидродинамике шунтирующих систем и точных математических расчетов были предложены новые виды операций с использованием венозного трансплантата с клапаном в качестве дренажной системы. В 1993 г. на заседании специализированного ученого совета РНИИ нейрохирургии имени профессора А.Л.Поленова защищена докторская диссертация на тему: «Хирургическое лечение больных гидроцефалией саморегулирующимися клапанами нулевого давления». В 1995 г. утвержден в ученом звании профессора по кафедре неврологии и нейрохирургии

В 1976 г. впервые на медико-лечебном факультете им разработан курс лекций и практических занятий по нейрохирургии. Лекции профессора М.П.Гоголева отличались содержательностью, отражали тонкую наблюдательность, широкую эрудицию, практический опыт врача-нейрохирурга, находившего верное решение в сложных клинических ситуациях. Особое внимание он уделял студенческой науке, своей деятельностью привил интерес к исследовательской работе многим поколениям студентов. Занятия в кружке всегда проходили с духовным подъемом, воспитывали лучшие качества, столь необходимые врачу, такие как добропорядочность, сопереживание, доброжелательность и крепкие знания. Самого Мариместа Петровича всегда отличали истинная интеллигентность, внутренняя культура, и доброе отношение к людям.

Под его научным руководством защищено 2 диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук и 1 докторская диссертация. Подготовлено 47 клинических, ординаторов по неврологии и нейрохирургии.

Гоголевым М.П. опубликованы 121 научная работа, из них 1 монография, получено 8 удостоверений на рационализаторские предложения, 2 патента Российской Федерации на изобретения, 4 учебных пособия и методические разработки для студентов



и врачей. Результаты исследований доложены на республиканских, российских и международных конгрессах, конференциях, съездах и симпозиумах. Рекомендации и методики проф. М.П. Гоголева широко внедрены в практику нейрохирургических отделений Республики Саха, России и ближнего зарубежья, вошли в материалы учебника проф. Э. Пастора (Венгрия) «Основы нейрохирургии», (Будапешт, 1985 г.); «Клинические лекции» по неврологии и нейрохирургии проф. Б.М. Никифорова (С-Петербург, 1999 г.).

Профессор М.П. Гоголев был главным редактором 7 сборников научных трудов и материалов тезисов, а также докладов Медицинского института ЯГУ. Являлся научным руководителем ПНИЛ-1 ЯГУ. В 1993 г. под его руководством выпущено 2 отчета ПНИЛ-1. В 1995 г. был научным главным редактором книги: Грибановский Н.Н. «Библиография Якутии». Часть IV: Здравоохранение /Нац.б-ка Республики Саха (Якутия). В 1999 г. получил грант Фонда Сороса №11889. За время работы М.П.Гоголева в должности прорек-

тора по научной работе МИ ЯГУ усилился кадровый научный потенциал мединститута, обновлена материально-научная база, расширилась тематика научно-исследовательских работ и возрос объем хозяйственных работ, возросли научные связи Медицинского института ЯГУ с академическими институтами и вузами Центра, Сибири, Дальнего Востока и ближнего зарубежья.

Является делегатом II, III, IV Всесоюзных съездов нейрохирургов, I Всероссийского съезда нейрохирургов, VIII съезда неврологов России, 5 международных симпозиумов и Европейских конгрессов нейрохирургов (Таллин, Москва, Гатчина, Берлин, Рим).

Профессор М.П. Гоголев внес большой вклад в формирование и совершенствование нейрохирургической службы в республике и в развитие медицинской науки как научный руководитель Республиканской научно-медицинской программы по разделу «Медицина», научный руководитель ПНИЛ-1 ЯГУ, член ученого совета МИ ЯГУ, президент Ассоциации ней-

рохирургов РС(Я), член Комиссии по науке Ассоциации нейрохирургов России, председатель правления Республиканского общества неврологов. В течение 19 лет был Главным внештатным нейрохирургом республики, 4 года был членом правления общества неврологов России.

В 1990 г. М.П.Гоголеву за заслуги в развитии нейрохирургической службы в республике присвоено почетное звание «Заслуженный врач Якутской АССР». В 1996 г. избран действительным членом (академиком) Международной Академии Северного Форума, в 2003 г. избран по конкурсу действительным членом (академиком) Международной Академии наук высшей школы, Академии наук высшей школы Российской Федерации. В 2001 г. ему присвоено звание «Почетный гражданин Мегино-Кангаласского улуса».

Выражаем профессору М.П. Гоголеву от имени всех его многочисленных учеников глубокую благодарность и любовь за его постоянную поддержку, человеческое участие и полученные знания.

НАШИ ЮБИЛЯРЫ

Р.С. ТАЗЛОВОЙ 80 ЛЕТ



ТАЗЛОВА РИММА СЕМЕНОВНА, доктор медицинских наук (1974), профессор (1980), заслуженный врач РС(Я) (1999), действительный член

Академии Северного Форума, научный руководитель ЯРПНД, научный консультант клинического отдела по изучению виллюйского энцефаломиелита Института здоровья АН РС (Я), председатель Якутского отделения Российского общества психиатров.

Родилась 20.10.1927 г. в с. Тамбовка Харабалинского района Астраханской области. Окончила с отличием Омский государственный мединститут (1950), клиническую ординатуру по специальности «психиатрия». 10 лет работала в Омском государственном мединституте.

С 1962 г. работает в МИ ЯГУ: доцент, заведующая кафедрой психиатрии. Многие годы работала заместителем декана по научной работе, председателем учебно-методического совета

института и университета. Под её руководством опубликовано 10 межвузовских сборников.

Опубликовано 150 научных и научно-методических работ, имеет авторские свидетельства на изобретения.

Труд первого профессора по психиатрии Якутии отмечен орденом «Дружбы народов» (1984), званием «Почетный работник высшего образования России» (1996). В 2000 г. получила Сертификат о признании молодежью РС(Я) за выдающиеся заслуги в области здравоохранения, статус выдающегося врача-ученого XX века (2000).

Коллеги и ученики поздравляют Римму Семеновну со славным юбилеем и желают ей крепкого здоровья, энергии и дальнейших творческих успехов.

