

3(23) ` 2008

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., 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

Передовая статья

Александров В.Л.
Об итогах деятельности отрасли здравоохранения Республики Саха (Якутия) в 2007 г. и задачах на 2008 г. (из доклада на итоговой коллегии Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия))

Оригинальные исследования

Игнатьев П.М., Платонов Ф.А., Осокина И.А.
Клинико-эпидемиологические особенности сахарного диабета 2-го типа в Республике Саха (Якутия)

Сметанина В.Д., Иванов П.М., Каратаев П.Д.
Заболееваемость первично-множественными опухолями населения Республики Саха (Якутия)

Подсонная И.В., Ефремушкин Г.Г., Головин В.А.
Динамика формирования артериальной гипертонии у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС

Гафаров В.В., Горохова Е.В., Татарина В.В.
Диагностические комбинации, продромальный период острого инфаркта миокарда среди населения г. Якутска в возрасте 25-64 лет

Ноговицына А.Н., Максимова Н.Р., Сухомьясова А.Л., Григорьева А.Н., Авдеева С.В., Фомина К.А., Забелина Е.В.
Мониторинг новорожденных и детей до 1 года жизни с врожденными пороками сердца в 2003-2007 г. в Республике Саха (Якутия)

Тобохов А.В., Семенов Д.Н., Неустроев П.А., Николаев В.Н., Протопопова А.И.
Синдром хронической абдоминальной ишемии у больных с аномалиями фиксации и развития ободочной кишки

Винокуров М.М., Яковлев А.А.
Роль ультразвукового исследования в выборе оперативной тактики острого холецистита, осложненного желчнокаменной болезнью в условиях центральной районной больницы Крайнего Севера

Соловьева М.И., Игнатьева Л.Н.
К вопросу о медикаментозном прерывании беременности

Методы исследования

Секов И.Н., Афанасьева Д.Н., Яковлев Р.В., Томский М.И.
Индекс соотношения мощностей тета/бета ритмов при бета-стимулирующем биоуправлении у детей с синдромом дефицита внимания с/без гиперактивности

Организация здравоохранения, медицинской науки и образования

Томский М.И., Николаев В.П., Яковлев Р.В., Тихонов Д.Г., Гольдерова А.С., Архипова Н.С., Кривошапкина З.Н., Ефремова С.Д.
Проблемы эпидемиологии атеросклероза на Севере и вопросы организации проспективных научных исследований на базе ЯНЦ СО РАМН

Николаева Т.Я.
Оказание нейрореабилитационной помощи больным с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы в Республике Саха (Якутия)

Здоровый образ жизни. Профилактика

Пальшина А.М., Томский М.И., Пальшин Г.А., Баннаев И.Ф., Пальшина С.Г.
Приверженность травматологических больных к профилактике и лечению артериальной гипертонии, остеопороза и хронической обструктивной болезни легких

CONTENTS

The editorial

Aleksandrov V.L.
About results of activity of public health care of Republic Sakha (Yakutia) in 2007 and tasks for 2008 (from the report on final board of Ministry of Health of Republic Sakha (Yakutia))

Original researches

Ignatjev P.M., Platonov F.A.
8 Epidemiological aspects of the second type diabetes in Republic Sakha (Yakutia)

Smetanina V.D., Ivanov P.M., Karataev P.D.
12 Multifocal tumors morbidity of the population of Republic Sakha (Yakutia)

Podsonnaja I.V., Efremushkin G.G.
15 Dynamics of formation of an arterial hypertension at liquidators of accident on the Chernobyl atomic power station

Gafarov V.V., Gorohova E.V., Tatarinova V.V.
17 Diagnostic combinations, prodromal period of an acute myocardial infarction among the population of Yakutsk in the age of 25-64 years

Nogovitsyna A.N., Maksimova N.R., Suhomjasova A.L., Grigorjeva A.N., Avdeeva S.V.
21 Monitoring of newborns and children under a year with congenital heart diseases in 2003-2007 in Republic Sakha (Yakutia)

Tobohov A.V., Semenov D.N., Neustroev P.A., Nikolaev V.N., Protopopova A.I.
26 Syndrome of chronic abdominal ischemia at patients with anomalies of fixing and development of colon

Vinokurov M.M., Jakovlev A.A.
28 Role of ultrasonic research in a choice of operative tactics of an acute cholecystitis complicated with cholelithiasis in conditions of the central regional hospital of Far North

Solovyova M. I., Ignatjeva L.N.
30 To the question on medicamentous interruption of pregnancy

Methods of research

Sekov I.N., Afanasjeva D.N., Jakovlev R.V., Tomskij M.I.
31 Index of a ratio of teta/beta rhythms capacities at beta-stimulating biomanagement at children with a syndrome of deficiency of attention with / without hyperactivity

Organizing public health care, medical science and education

Tomskij M.I., Nikolaev V.P., Jakovlev R.V., Tihonov D.G., Golderova A.C., Arhipova N.S., Krivoshapkina Z.N., Efremova S.D.
34 Problems of epidemiology of atherosclerosis in the North and questions of organization of prospective scientific researches by YSC SB RAMS

Nikolaeva T. Ya.
36 Neurorehabilitational help the patient with stroke and craniocerebral trauma consequences in Republic Sakha (Yakutia)

Healthy way of life. Preventive maintenance

Palshina A.M., Tomskij M.I., Palshin G.A., Bannaev I.F., Palshina S. G.
38 Adherence of traumatologic patients to preventive maintenance and treatment of an arterial hypertension, osteoporosis and chronic obstructive disease of lungs

- Тимофеева Н.А., Ушницкий И.Д.
Эффективность эндогенной профилактики кариеса зубов у детского населения г. Якутска
41 Timofeeva N.A., Ushnitskij I.D.
Efficiency of endogen preventive maintenance of caries of teeth at the children's population of Yakutsk
- Часнык В.Г., Бурцева Т.Е., Яковлева С.Я., Николаева Л.А., Аврусин С.Л., Яковлев А.Я., Степанов К.М., Батюшкин В.Д.
Химический состав грудного молока у женщин (на примере Республики Саха (Якутия) и Ямало-Ненецкого автономного округа)
42 Chasnyk V.G., Burtseva T.E., Jakovleva S.J., Nikolaeva L.A., Avrusin S.L., Jakovlev A.J., Stepanov K.M., Batushkin V.D.
Chemical compound of mother's milk in women (by the example of Republic Sakha (Yakutia) and Yamal-Nenets autonomous region)
- Гигиена, санитария, эпидемиология и медицинская экология**
Hygiene, sanitary, epidemiology and medical ecology
- Чернявский В.Ф., Теленков С.С., Никифорова З.С., Антонов Н.А., Шоляк Т.Н.
Правовые основы оценки рисков менеджмента санитарно-гигиенических услуг в области иммиграционной политики в Якутии
44 Chernjavskij V.F., Telenkov S.S., Nikiforova Z.S., Antonov N.A., Shopyak T.N.
Legal bases of an estimation of risks of management of sanitary-and-hygienic services in the field of an immigration politics in Yakutia
- Кокколова Л.М., Платонов Т.А., Верховцева Л.А.
Роль паразитарных болезней в патологии человека
47 Kokolova L.M., Platonov T.A., Verhovtseva L.A.
Role of parasitic illnesses in pathology of the person
- Актуальная тема**
Actual subject
- Егорова А.Г.
Смертность населения Республики Саха (Якутия): динамика, причины и структура
50 Egorova A.G.
Death rate of the Republic Sakha (Yakutia) population: dynamics, the reasons and structure
- Павлов А.В.
Динамика автомобильного травматизма и медицинские аспекты его снижения
52 Pavlov A.V.
Dynamics of an automobile traumatism and medical aspects of its decrease
- Иванов И.А.
Маниакально-депрессивный (аффективный) психоз
54 Ivanov I.A.
Manic - depressive psychosis
- Научные обзоры и лекции**
Scientific reviews and lectures
- Кононова С.К.
Евгеническая проблематика и медицинская генетика (часть II)
57 Kononova S.K.
Eugenic problematic and medical genetics (part II)
- Сивцев В.С., Иванов П.М., Аргунов В.А., Лоскутова К.С.
Роль инфекции Helicobacter pylori в патогенезе рака желудка
60 Sivtsev V.S., Ivanov P.M., Argunov V.A.
Role of Helicobacter pylori infection in the cancer of a stomach pathogenesis
- Точка зрения**
Point of view
- Ботулу А.Д.
Медицина духовности - альтернатива ортодоксальной медицине (окончание)
62 Botulu A.D.
Medicine of spirituality - alternative to orthodox medicine (ending)
- В помощь практическому врачу**
Help to the practical doctor
- Никитина Р.С.
Вилийский энцефаломиелит: этапы исследования и классификация
65 Nikitina R.S.
Vilyi encephalomyelitis: investigation phases, classification
- Случай из практики**
A case from practice
- Яковлева С.Я., Данилова Г.И., Бурцева Т.Е., Часнык В.Г.
Клиническое описание семейного случая вирильного варианта классической формы врожденной дисфункции коры надпочечников в якутской семье
68 Jakovleva S.J., Danilova G.I., Burtseva T.E., Chasnyk V.G.
The clinical description of a family case of a virile variant of the classical form of congenital adrenal dysfunction in the Yakut family
- Из хроники событий**
From chronicle of events
- Страницы истории**
Pages of history
- П. Миронов
Якутские страницы (продолжение)
78 P.Mironov
Yakut pages (continuation)
- Наши юбилеяры**
Whose anniversary is celebrated
- Кузьмина З.М.
Неврологической службе Республики Саха (Якутия) 65 лет
84 Kuzmina Z.M.
65 years to the neurologic service of Republic Sakha (Yakutia)

ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ

В.Л. Александров

ОБ ИТОГАХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТРАСЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ) В 2007-м ГОДУ И ЗАДАЧАХ НА 2008-й ГОД (из доклада на итоговой коллегии Министерства здравоохранения РС(Я))

2007-й год ознаменовался для медицинских работников Республики Саха (Якутия) общественно-политическим событием – состоялся очередной, XV съезд, который подвёл итоги развития отрасли здравоохранения в рамках Концепции, принятой на предыдущем съезде.

Наиболее острыми проблемами здоровья населения нашей республики являются высокий уровень заболеваемости и общей смертности, особенно среди мужчин трудоспособного возраста, а также низкий показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении. В 2006 г. в РС(Я) продолжительность жизни составила 65,5 лет, в том числе у мужчин – 59,8, у женщин – 71,9. В то же время по РФ этот показатель – 66,6 (60,4 и 73,2). Таким образом, разница в продолжительности жизни между мужчинами и женщинами составляет в Якутии 12 лет, по России – 13, тогда как в большинстве развитых стран и в группе стран с близкими к общероссийским параметрами экономического развития различия составляют 4-7 лет. А такие регионы, как Республики Ингушетия, Дагестан и город Москва, отличаются максимальной продолжительностью жизни в России – там люди живут в среднем на 10 лет дольше, чем у нас (74,6 – оба пола, 70,0 – мужчины, 79,0 – женщины).

Экспертные оценки ВОЗ показывают, что влияние общей продолжительности жизни на экономический рост является существенным. Результаты исследования означают, что при прочих равных условиях увеличение продолжительности жизни с 50 до 70 лет приведёт к увеличению темпов экономического роста на 1,4% ежегодно.

Таким образом, **главной задачей системы здравоохранения республики в ближайшие годы является воздействие на главный индикатор – показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении.**

АЛЕКСАНДРОВ Вячеслав Лаврентьевич – д.м.н., министр здравоохранения РС(Я).

В целом за последние три года некоторые медико-демографические показатели стабилизировались. Как известно, в Якутии по сравнению с Российской Федерацией более высокая рождаемость и относительно низкая смертность населения.



По предварительным данным органов государственной статистики, за 2007 г. в республике родилось 15199 новорожденных, что на 1486 детей больше, чем в 2006 г. Показатель рождаемости на 1000 населения составил 15,9‰, что на 10,4% выше показателя 2006 г. По данным Минздравсоцразвития РФ, рождаемость в России за 2007 г. повысилась более чем на 8%.

Наиболее высокие показатели рождаемости зарегистрированы в Жиганском, Горном, Усть-Алданском, Эвено-Бытантайском, Амгинском, Намском, Оленёкском, Чурапчинском районах. Низкая рождаемость отмечается в Усть-Янском, Оймяконском, Нерюнгинском, Верхнеколымском районах.

За 2007 г. умерло 9224 чел., что всего на 21 случай смерти (0,2%) меньше, чем в 2006г. Показатель общей смертности, как и в 2006 г., составил 9,7 на 1000 населения. В то же время по РФ число умерших сократилось на 4%.

Ежегодно республика теряет более 9 тыс.чел., из которых более 4 тыс. – люди трудоспособного возрас-

та. Почти каждый второй умирает от болезни системы кровообращения, каждый пятый – от несчастных случаев, отравлений и травм. Смертность от болезни системы кровообращения выросла на 2,6%, в том числе от ИБС – на 4,5, от острого инфаркта миокарда – на 22,1%. Отмечается снижение смертности от болезней крови на 55%, от врождённых аномалий – на 32,1, от болезни органов дыхания – на 13,5%. Показатель смертности от травм и внешних причин снизился всего на 5%.

Положительным достижением системы здравоохранения республики необходимо оценить наметившуюся тенденцию снижения заболеваемости населения в 2007 г. Так, показатель первичной заболеваемости впервые за последнее десятилетие снизился на 1,7%. За прошедший год по республике зарегистрировано около 1 млн 600 тыс. случаев заболевания, из них пациенты с первым установленным диагнозом составили 55% (2000 г.-55,5%). В структуре распространённости заболеваний, как и в предыдущие годы, первое место занимают болезни органов дыхания, второе – системы кровообращения, третье – органов пищеварения.

В течение последних двух лет диспансеризация населения проводилась в рамках мероприятий национального проекта «Здоровье» и приобрела вид более целевого и упорядоченного процесса. Осмотрено 68,5 тыс. работников бюджетной сферы, 79 тыс. занятых на работах с вредными и опасными производственными факторами. В диспансеризации приняли участие 55 амбулаторно-поликлинических учреждений. Медицинские работники первичного звена во многом обеспечили успешную реализацию I этапа приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2006-2007 гг. Для проведения диспансеризации населения, проживающего в отдалённых и труднодоступных районах, была организована выездная форма медицинских осмотров. Для этого Минздравом республи-

лики сформированы 4 комплексные бригады специалистов из 3 республиканских больниц, которые выезжали 22 раза. Лечебными учреждениями в 2007 г. по представленным реестрам дополнительной диспансеризации и углублённых медосмотров получена сумма в 65 млн.руб. Средства, полученные за проведение дополнительной диспансеризации, направлены на оплату труда медицинских работников, приобретение расходного материала. Результаты диспансеризации показали, что наибольший удельный вес приходится на группу населения, нуждающегося в лечении в условиях амбулатории, во втором месте – практически здоровые лица, на третьем – больные с высоким риском развития заболевания, нуждающиеся в профилактических мероприятиях.

Активизация работы и повышение уровня амбулаторно-поликлинической помощи – вот основной лейтмотив реформ и модернизации здравоохранения в последние годы. Правительство и Минздрав республики, уделяя пристальное внимание оснащению лечебных учреждений наслегов, районных центров и городских поликлиник современным медицинским оборудованием, обновлению парка автомобилей станций «скорой помощи», увеличению количества поставляемых вакцин и т.д., в основном завершили модернизацию системы оказания амбулаторно-поликлинической помощи.

Следующим этапом Минздравом России объявлена модернизация системы оказания стационарной и высокотехнологичной, в частности, экстренной помощи. Частью стратегии реструктуризации является принятый в Государственной целевой программе «Охрана здоровья населения» план оптимизации круглосуточной коечной сети. Этот план начал реализовываться. По итогам 2007 г. сокращено 194 койки в участковых и районных больницах улусов, а всего подлежит сокращению или переводу на дневную форму работы – 1100 коек за 5 лет. При этом Министерство здравоохранения подходит к данному процессу не формально, а с учётом территориальных, инфраструктурных, транспортных особенностей улусов, интенсивности работы коек и, самое главное, с учётом мнения граждан, проживающих в том или ином посёлке.

Управлению организации медицинской помощи Министерства здравоохранения необходимо изучить опыт организации межрайонных (окружных) центров, отделений для оказания от-

дельных видов специализированной помощи населению прикреплённых территорий улусов, опыт работы мобильных (передвижных) медицинских бригад.

Направления реорганизации амбулаторной и стационарной помощи требуют соответствующего финансового обеспечения модернизации здравоохранения.

Программа государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи Республики Саха (Якутия) консолидирует и увязывает объёмы медицинской помощи и объёмы финансирования учреждений здравоохранения, действующих на территории республики, из всех источников, включая республиканские, муниципальные и ведомственные.

Объём финансирования Программы госгарантий на 2007-й г. был утверждён в сумме 10,1 млрд.руб., в том числе территориальная программа ОМС – 4,1 млрд.руб. При этом средства консолидированного бюджета составили 59,5%, средства ОМС – 40,5%.

Дефицит Программы госгарантий составил 9,2% или 1,0 млрд.руб., в том числе дефицит территориальной программы ОМС – 10,2% или 457,8 млн.руб. Несмотря на дефицит, отмечается рост финансирования в расчёте на 1 жителя республики – с 8,8 тыс.руб. в 2006 г. до 10,7 тыс.руб. в 2007 г.

По уровню расходов на 1 жителя Республика Саха (Якутия) входит в первую пятёрку регионов в России. Однако, если посмотреть структуру расходов, видно, что расходы на медицинское обслуживание снижаются. В структуре тарифов на медицинские услуги доля заработной платы составила 81,1%, а в 2008 г. – составит 83%.

Если в 2007 г. в структуре тарифов доля медикаментов составила 13%, питания – 5, мягкого инвентаря – 1%, то в 2008г. это будет 11,6; 6,3 и 0,9% соответственно. Такая регрессивная динамика свидетельствует о том, что ресурсы содержания действующей сети учреждений здравоохранения исчерпываются. Такая же ситуация сложилась и в других регионах Российской Федерации.

При этом резервы и возможности системы медицинского страхования ещё далеко не полностью использованы. Многие современные особенности развития отрасли подводят к выводу о необходимости дальнейшего совершенствования системы ОМС с выходом на принципы одноканального финансирования, фондодержа-

ния, системы персонифицированного учёта медицинских услуг, стандартов медицинской помощи для формирования нормативов финансовых затрат для оплаты стационарной помощи.

В целях поэтапного перехода на систему одноканального финансирования, ориентированного на конечный результат, Министерством здравоохранения разработаны план оптимизации коечной сети, новые подушевые нормативы финансирования и новая система оплаты труда, для реализации которых принят пакет нормативно-правовых документов.

С 1 января 2008 г. отрасль перешла на нормативное финансирование. На 2008-й год Программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению Республики Саха (Якутия) разработана по новым нормативам и составляет 9,9 млрд.руб., дефицит составляет 12,8% или 1,4 млрд.руб.

С 1 февраля 2008 г. осуществлён переход на новую систему оплаты труда. Начался эксперимент в «пилотных» ЛПУ, работающих в условиях нормативного финансирования и оплаты труда по конечному результату. Изменён механизм финансирования – поквартальный объём финансирования будет зависеть от объёмов выполнения плановых заданий. Мониторинг за выполнением объёмов оказания медицинских услуг будут вести страховые медицинские компании.

Суть перевода лечебных учреждений на отраслевую заработную плату заключается в том, чтобы создать заинтересованность медицинских работников в повышении качества и количества предоставляемых населению медицинских услуг. Механизм стимулирования заложен в самом фонде заработной платы в виде фонда стимулирования. Стимулирующие выплаты будут производиться по установленным критериям по выполнению плановых заданий Территориальной программы оказания населению РС(Я) бесплатной медицинской помощи. Плановые задания устанавливаются в целом для лечебного учреждения, в том числе для каждого медицинского работника. Одновременно с введением новых подходов нормирования, стимулирования и оптимизации для обеспечения финансовой стабилизации необходимо развивать систему добровольного медицинского страхования.

Важной задачей является обеспечение надлежащего качества, эффективности и безопасности лекарствен-

ных средств, поступающих в лечебные учреждения и аптечную сеть республики.

Одним из перспективных направлений повышения доступности современных лекарственных средств социально незащищённым слоям населения является дополнительное лекарственное обеспечение (ДЛО). В республике отлажен механизм взаимодействия участников программ ДЛО, используются современные информационные технологии, позволяющие вести персонализированный учёт адресной лекарственной помощи. Обеспечение медикаментами льготных категорий граждан осуществляется через 400 аптечных организаций. В реализации программы ДЛО задействовано более 2 тыс. врачей (фельдшеров) в 593 амбулаторно-поликлинических учреждениях, выписывающих льготные рецепты по медицинским показаниям по утверждённому перечню лекарственных средств.

В 2007 г. право на дополнительную лекарственную помощь имели всего 179932 чел. (18% населения республики), в том числе по федеральной программе – 41838 чел., по обязательству республики – 135094 (в т.ч. по республиканской программе ДЛО – 9701 чел., на уровне муниципальных образований – 125393).

Выписано и обслужено более 130 тыс. рецептов на сумму 32,5 млн.руб. В среднем на одного льготника выписано 15 льготных рецептов в год, что почти в 2 раза больше по сравнению с 2005 г. В среднем расходы на 1 льготника в 2007 г. составили 3609 руб., что в 4 раза больше показателей 2005 г.

В целом реализация программы ДЛО позволила почти в 3 раза увеличить объёмы предоставления лекарственной помощи отдельным категориям граждан. Если в 2003 г. оказана лекарственная помощь на сумму более 90 млн.руб., то в 2005 г. этот показатель возрос до 210 млн., а в 2007 г. – 294,5 млн.руб.

Программа ДЛО гарантировала обеспечение лекарственными средствами больных сахарным диабетом, сердечно-сосудистыми заболеваниями, хронической почечной недостаточностью, онкологическими заболеваниями, заболеваниями кроветворной системы. Пациенты, страдающие онкологическими заболеваниями, по итогам 2004 г. получили медикаменты на сумму около 5 млн.руб. Пациенты, страдающие сахарным диабетом, в 2004 г. получили медикаменты на сум-

му 8,0 млн.руб., в 2006 г. – более 25 млн.руб.

Дополнительное лекарственное обеспечение существенно повышает доступность и обеспеченность современными эффективными лекарствами при оказании амбулаторной помощи отдельным категориям граждан, а также снижает потребность населения в необоснованно дорогостоящей стационарной помощи как источнике получения бесплатных медикаментов. Поэтому ДЛО и впредь будет в центре внимания Министерства здравоохранения и других органов исполнительной, законодательной власти при реализации процессов реформирования, модернизации нашей отрасли.

Особую роль в современных условиях приобретает повышение качества профессиональной подготовки и переподготовки кадров здравоохранения. В 2007 г. прошли подготовку на курсах повышения квалификации 1821 врач и 1867 специалистов среднего медицинского звена. Заметно улучшились показатели сертифицированности специалистов, с каждым годом увеличивается число врачей, имеющих квалификационные категории.

Государственный заказ на подготовку врачей должен соответствовать стратегическим планам реструктуризации здравоохранения республики и Территориальной программе государственных гарантий оказания медицинской помощи населению. Данный заказ формируется и утверждается Правительством Республики Саха (Якутия). Приоритетным направлением до сегодняшнего дня является подготовка врачей для улусов республики. Одновременно в ближайшие годы необходимо включить в государственный заказ подготовку специалистов для республиканских лечебных учреждений по узким специальностям с учётом реальных потребностей населения в отдельных видах медицинской помощи.

По республике в целом укомплектованность врачами увеличилась с 71% в 2003 г. до 76,8% в 2007 г. Остаётся низкой укомплектованность врачами в улусах Арктической зоны: в Оймяконском – 43,4%, Нижнеколымском – 49, Булуномском – 59, Усть-Янском – 61%.

В целом ежегодная потребность в специалистах составляет более 400 единиц. Учитывая, что около 30% работающих врачей имеют пенсионный возраст, потребность во врачебных кадрах возрастает. Медицинский институт ЯГУ ежегодно выпускает чуть

более 200 врачей, тем самым потребность во врачебных кадрах обеспечивается только на 50%, что обуславливает необходимость увеличения плана приёма студентов в ближайшие 5 лет по специальности «Лечебное дело» или размещения дополнительного госзаказа за пределами республики.

Возвращаясь к проблемам высокого уровня заболеваемости и преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний и травм в Российской Федерации, в частности и в нашей республике, хотелось бы наметить некоторые пути их решения.

Президент России В.В.Путин в своём Ежегодном послании Федеральному Собранию говорил: «Глубоко убеждён, что успех нашей политики во всех сферах жизни тесно связан с решением острейших демографических проблем. Мы не можем мириться с тем, что российские женщины живут почти на 10, а мужчины – на 16 лет меньше, чем в странах Западной Европы».

«Рано умирать...» - под таким названием был опубликован Доклад Всемирного банка и Всемирной организации здравоохранения, где предлагается комплексная программа решения этой проблемы. Доклад рекомендует сосредоточить усилия на экономической конкурентоспособности и смягчении социальных рисков в регионах России.

Мы сегодня также должны сказать открыто нашему населению: «Рано умирать», - и призвать всех на борьбу с преждевременной смертностью и высоким уровнем заболеваемости.

Снижения уровня смертности среди трудоспособного населения невозможно добиться только за счет системы здравоохранения: для этого требуется комплексный подход на базе межотраслевой политики и программ. Министерство здравоохранения должно возглавить эту работу, но успеха можно будет достичь только при условии активного сотрудничества между различными министерствами – экономического развития, финансов, образования, транспорта, а также при активном участии гражданского общества, общественных объединений, семей и отдельных граждан.

Закономерным является вопрос: какой экономический эффект можно было бы ожидать в случае, если бы удалось добиться уменьшения заболеваемости и преждевременной смертности? Общий вывод аналитиков Всемирного банка и ВОЗ является однозначным: если бы в России, в её

регионах была реализована эффективная программа действий, улучшение состояния здоровья населения имело бы решающее значение для обеспечения высоких темпов экономического роста на макроэкономическом уровне.

На основании статистических расчетов возможны следующие 3 сценария развития ситуации:

– Сценарий 1. Сохранение статуса. Регистрируемый по настоящее время показатель смертности взрослого населения от неинфекционных заболеваний (НИЗ) и травматизма остается неизменным вплоть до 2025 г.

– Сценарий 2. Промежуточный. В соответствии с этим сценарием предполагается, что будет реализован комплекс мер, позволяющих добиться хотя бы половины тех результатов, которые прогнозируются в наиболее оптимистичном сценарии. Здесь заложено ежегодное сокращение показателей смертности на 2,3-3,3%.

– Сценарий 3. Оптимистичный. В соответствии с этим сценарием предполагается, что комплекс мер приведет к снижению смертности от НИЗ и травматизма до уровня показателей по странам Европейского Союза. Это означает ежегодное снижение смертности на 4,6 и 6,6% соответственно.

Вышеприведенные сценарии развития ситуации актуальны и для Республики Саха (Якутия).

Минздравсоцразвития России в 2007 г. обнародовало «Основные показатели деятельности Министерства здравоохранения как субъекта бюджетного планирования на 2008 год и на период до 2010 года», на которые должны ориентироваться в своей работе регионы.

Если сделать небольшой анализ, то наша республика в 2007 г. из 28 федеральных индикаторов выполнила требуемые показатели по 13 параметрам – 46%. По остальным требуется особое изучение, анализ и принятие решений:

– смертность от несчастных случаев, отравлений и травм (от внешних причин смерти) – 205,4 на 100 тыс. (РФ – 170,0);

– объем амбулаторно-поликлинической помощи – 8900 посещений на 1000 населения (РФ-9800);

– объем стационарной помощи

– 3780 койко-дней на 1000 населения (РФ 2900);

– уровень госпитализации – 27 на 100 чел. (РФ-21,5);

– длительность пребывания в круглосуточных стационарах – 14 дней (РФ-13,1);

– доля финансирования здравоохранения через систему ОМС в общем объеме государственного финансирования здравоохранения – 40,6% (РФ-45);

– запущенность онкологической патологии – 34,3% (РФ-26);

– младенческая смертность – 10,6 на 1000 родившихся живыми (РФ-9,6);

– материнская смертность – 26,3 на 100 тыс. родившихся живыми (РФ-23,8);

– удельный вес детей первой группы здоровья в общем количестве детей – 21,3% (РФ-32,0);

– первичный выход на инвалидность детей в возрасте от 0 до 17 лет – 26,8% (РФ-23,3);

– контингенты больных, страдающих синдромом зависимости от алкоголя и алкогольными психозами – 1644,2 на 100 тыс. населения (РФ-1507,4);

– заболеваемость синдромом зависимости от алкоголя и алкогольными психозами – 272,5 на 100 тыс. населения (РФ-135,0).

Таким образом, реализация приоритетных направлений развития системы здравоохранения в Республике Саха (Якутия) для достижения целевых показателей требует подключения новых подходов в решении данных задач, особенно межведомственного и межсекторального характера.

Приведем лишь некоторые из них:

– привлечение дополнительных источников финансирования отрасли здравоохранения (средства крупных хозяйствующих субъектов на территории республики, кредиты и займы Всемирного, Европейского банков реконструкции и развития под гарантии правительства республики и т. д.);

– создание новых структур по приоритетам снижения смертности в составе республиканских больниц (например, как положительный опыт расцениваем открытие кардиодиспансера в РБ №1-НЦМ; считаем необходимым открыть Отдел по предупреждению насилия и травматизма на

базе РБ №2 – ЦЭМП; в 2008 г. наладить систему обеспечения экстренной специализированной помощью, а также систему оказания догоспитальной и госпитальной медицинской помощи больным острым инфарктом миокарда и хронической ишемической болезнью сердца, систему реабилитационного лечения пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях и от отравлений с подготовкой высококвалифицированного персонала);

– Министерству здравоохранения необходимо планировать мероприятия по упреждению формирующейся угрозы состоянию здоровья населения в связи с промышленным освоением Южной Якутии (это касается медико-экологических мер защиты населения на территориях строительства и деятельности Эльконского горно-металлургического комбината, каскада гидроэлектростанций, газопровода «Восточная Сибирь – Тихий океан»).

В 2008 г. Минздравсоцразвития России начало разработку «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации на период до 2020 года», так называемую «Концепцию 2020», в которой будут учтены все позиции: и государства, и медицинских организаций, и врача, и пациента. Разработка Концепции развития здравоохранения проведена публично: с участием самых авторитетных специалистов медицинского сообщества, открыто для всего населения. В ближайшее время медицинское сообщество получит, по мнению министра РФ Т. Голиковой, реальный проект развития здравоохранения, а не «ещё один документ, лежащий на столе».

В 2008 г. в республике стоят задачи по достижению притока внутреннего валового продукта – на 5%, промышленной продукции – на 1,6, производства сельскохозяйственной продукции – на 3,8, грузооборота – на 3,2%. Необходимо обеспечить рост реальных доходов населения на 5% к уровню 2007 г. Продолжится активная социальная и демографическая политика, реализация приоритетных национальных проектов, трансформирующихся в государственные программы. Такие громадные задачи под силу только здоровому человеку, здоровому обществу.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

П.М. Игнатъев, Ф.А. Платонов, И.А. Осокина

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ САХАРНОГО ДИАБЕТА
2-го ТИПА В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

Цель исследования. Анализ распространенности и клинические особенности сахарного диабета 2-го типа (СД 2) в Якутии.

Материал и методы. База данных Государственного регистра сахарного диабета по РС(Я), статистические данные Всероссийской переписи населения.

Результаты. Выявлено устойчивое распространение и увеличение темпа роста в республике сахарного диабета за счет СД 2, преимущественно в сельских улусах, в местах с традиционно преобладающим проживанием якутского населения. Также отмечаются относительное снижение частоты поздних осложнений и выраженная диспропорция больных по полу. Основными поздними осложнениями, негативно влияющими на качество жизни заболевших, являются сердечно-сосудистые расстройства (инфаркты и инсульты) и нефропатия (ХПН).

Ключевые слова: регистр, сахарный диабет 2 типа.

The purpose of research. The analysis of prevalence and clinical features of the 2-type diabetes mellitus (DM2) in Yakutia.

Material and methods. The database "The State register of diabetes in RS (Y)", the demographic data of population census.

Results. Steady distribution of diabetes due to DM2 is revealed, and besides among agricultural uluses in places of traditionally prevailing residing of the Yakut population their greater rate of growth is observed. Relative decrease in frequency of later complications and the expressed sexual disproportion of patients are also marked. The basic later complications negatively influencing on the quality of life are cardiovascular frustrations (heart attacks and insults) and nephropathy (Chronic renal insufficiency).

The conclusion. The regional register of diabetes is the effective tool of monitoring of the population morbidity and an estimation of quality of the treatment-and-prophylactic help of patients of endocrinologic profile, allowing to carry out the control over an epidemiological situation and to provide acceptance of administrative decisions in sphere of public health services.

Keywords: the register, 2-type diabetes mellitus

Введение. По данным зарубежной и отечественной медицинской статистики, сахарный диабет (СД) является одной из основных проблем современной медицинской науки и относится к приоритетам национальных систем здравоохранения практически всех стран мира. Сахарный диабет (diabetes mellitus) представляет собой системное гетерогенное заболевание, обусловленное абсолютным (1-й тип) или относительным (2-й тип) дефицитом инсулина, вызывающим нарушение углеводного обмена, затем всех видов обмена веществ, в результате которых поражаются все функциональные системы организма [1]. В настоящее время этим системным гетерогенным заболеванием, в соответствии с международным скринингом СД, страдает 6,6% населения мира, 5% – России, 1% – Якутии. При этом в структуре заболеваемости доминирует СД 2-го типа, составляя 80-90% всего контингента больных, нуждающихся в сложном пожизненном лечении. В связи с широкой распространенностью, высоким риском развития различных осложнений со стороны других органов и систем человеческого организма, ранней инвалидизацией больных и их преждевременной смертностью,

Игнатъев Павел Михайлович – врач-эндокринолог Якутского республиканского эндокринологического диспансера; **ПЛАТОНОВ Федор Алексеевич** – д.м.н., зам. директора ФГНУ Институт здоровья.

СД 2-го типа вместе с другими заболеваниями эндокринной системы признан ВОЗ неинфекционной эпидемией нашего времени [2]. В Республике Саха (Якутия) сахарный диабет также входит в лидирующую группу наследственно-предрасположенных патологий эндокринной системы. Клинический учет больных сахарным диабетом отражает неблагоприятную эпидемиологическую ситуацию: если в 1998 г. болезненность на 1000 чел. населения составляла 7,7‰, заболеваемость – 1,5‰, то в 2007 г. – 23,7 и 2,73‰ соответственно [3].

Таким образом, актуальность исследования определяется как большой медико-социальной значимостью сахарного диабета, так и последовательным ростом расходов государства и общества, направленных на профилактику и лечение заболевания и его осложнений.

Цель исследования. Анализ распространенности и клинических особенностей сахарного диабета 2-го типа в Якутии.

Объект исследования. В состав исследуемой группы вошли 9199 больных, зарегистрированных в базе данных Государственного регистра больных сахарным диабетом по РС(Я) с клиническим диагнозом «сахарный диабет 2-го типа», данные статистики населения РС(Я).

Результаты исследования. На основе данных Государственного регист-

ра и текущих отчетов ЯРЭД МЗ РС(Я) в 1998-2006 гг. осуществлен мониторинг основных эпидемиологических показателей СД 2-го типа (распространенность, заболеваемость, смертность).

Тенденция распространения эндокринопатий среди жителей Крайнего Севера и приравненных к ним территорий России, к которым относится и Саха (Якутия), остается устойчивой. Среди них по скорости разрастания СД 2 занимает одну из доминирующих позиций. О динамике и масштабах данного хронического заболевания, подрывающего здоровье жителей Якутии независимо от их пола, возраста, этнической принадлежности, образовательного и профессионального статуса, можно судить по данным табл.1. Структура заболеваемости СД показывает, что основную когорту больных составляют лица с СД 2, а их относительная численность – порядка 90% и выше от всех заболевших диабетом, превышает общероссийские показатели (80-90%). Регистрация заболеваемости СД подтверждает, что его значительный рост происходит главным образом также за счет СД 2-го типа, который дает свыше 90% от всех впервые выявленных больных.

Как видно из табл.1, несмотря на снижение общей численности населения Якутии, продолжается последовательный рост численности больных сахарным диабетом. Показатели болезненности СД 2-го типа в 2007 г.

Таблица 1

Динамика болезненности и заболеваемости сахарным диабетом в РС(Я)
(по данным Государственного регистра)

Наименование болезни	Болезненность на 1000 населения					Заболеваемость на 1000 населения				
	1998	2002	2004	2006	2007	1998	2002	2004	2006	2007
СД (всего)	7,7	11,9	16,3	22,7	23,74	1,5	1,2	2,9	3,14	2,73
СД 1-го типа	0,7	0,9	1,4	1,68	1,84	0,3	0,2	0,1	0,15	0,13
СД 2-го типа	6,9	11,0	14,0	20,8	21,89	1,2	1,2	1,9	2,93	2,6

по сравнению с 1998 г. возросли в 3 раза, а показатели заболеваемости – в 4. Этот факт косвенно свидетельствует о том, что если ранее тренд распространения СД в большей степени был характерен для так называемых промышленных и северных улусов, где по преимуществу проживали представители пришлого населения, то в последние годы процесс распространения СД затронул и улусы с сельскохозяйственной специализацией, где проживают в основном представители коренных народов Якутии.

Детальный анализ СД 2-го типа в разрезе его географической распространенности показывает следующую картину. В 1998 г. показатели болезненности выше среднереспубликанских были зарегистрированы в 14 административно-территориальных образованиях РС(Я): Аллаховском, Алданском, Кобяйском, Мирнинском, г.Якутске с подчиненными территориями, Нижнеколымском, Ленском, Усть-Майском, Хангаласском, г.Нерюнгри с подчиненными территориями, Верхнеколымском, Сунтарском, Оленекском и Момском. По показателям заболеваемости, отражающим абсолютную численность впервые выявленных больных, которым требуются медицинские вмешательства по поводу диабета, лидировали г. Якутск с подчиненными территориями, Момский, Кобяйский, Нижнеколымский, Усть-Майский и Сунтарский улусы.

В 2007 г., несмотря на то, что показатели болезненности выше среднереспубликанских были зафиксированы только в пяти улусах Якутии – Усть-Майском, Верхнеколымском, Сунтарском, Среднеколымском и Алданском, несколько расширился список улусов, где показатели первичной заболеваемости были значительно выше среднереспубликанских (Абыйский, Оленекский, Среднеколымский, Момский, Верхнеколымский, Усть-Майский, Чурапчинский, Таттинский, Мирнинский).

Следует признать, что регистрируемое в отдельных административно-территориальных единицах РС(Я) «лжеблагополучие» (т.е. низкая рас-

пространенность СД 2-го типа) не отражает реальную эпидемиологическую ситуацию в Якутии. К сожалению, отсутствие специалистов-эндокринологов в ряде улусов республики, существующая практика замещения вакансий эндокринолога совместителями, преимущественно врачами-терапевтами в отдаленных и труднодоступных улусах, не способствуют выявлению фактической распространенности сахарного диабета. В данном контексте уместно напомнить, что клинические манифестации СД 1-го и 2-го типов резко отличаются. Если СД 1-го типа диагностируется в молодом возрасте (обычно до 30 лет, с двумя пиками заболеваемости – 14 и 25 лет) и дебютирует остро – диабетическим кетоацидозом, то СД 2-го типа диагностируется, как правило, после 40 лет и чаще распознается случайно – во время диспансеризации, профилактического осмотра, прохождении медкомиссии и т.д.

На наш взгляд, анализ зарегистрированных случаев СД 2 в диахронном срезе наиболее рельефно демонстрирует как имеющиеся тенденции в развитии общей эпидемиологической ситуации, так и состояние контроля и диагностики данной патологии в РС(Я). Показательно, что на фоне тотального роста показателей болезненности в целом по республике наибольший прирост численности больных в рассматриваемый период произошел не в промышленных и северных, а в сельских улусах Якутии. Это – Амгинский (почти в 10 раз), Мегино-Кангаласский (6,4), Чурапчинский (5,4), Эвено-Бытантайский (5,4), Верхневилуйский (4,9), Таттинский (4,7), Усть-Алданский (4,3), а также Усть-Майский (4,3) и Анабарский (4,1) улусы.

Во вторую группу, следующую за лидирующей, входят 8 улусов, преимущественно арктических и северных – Олекминский (прирост в 3,9 раза), Верхнеколымский (3,4), Оймяконский (3,4), Среднеколымский (3,3), Томпонский (3,3), Вилюйский (3,2), Усть-Янский и Сунтарский (3,0). И, наконец, в оставшихся 18 улусах скорость разрастания СД 2-го типа была ниже

среднереспубликанского показателя.

В 20 улусах показатели первичной заболеваемости были несколько выше, чем среднереспубликанский, а доминирующие позиции заняла группа исключительно северных улусов – Абыйский (прирост на 5,26 пункта), Среднеколымский (4,3), Оленекский (4,07), Верхнеколымский (3,38).

Комментируя полученные данные, необходимо подчеркнуть, что столь резкий и стремительный скачок распространенности СД 2 не может быть объяснен более частой встречаемостью и/или более выраженным воздействием традиционных факторов риска сахарного диабета. В этой связи, видимо, следует согласиться с мнением об имеющихся расхождениях регистрируемой и фактической распространенности сахарного диабета. Действительно, в литературе отмечается, что в мире на одного обратившегося за помощью больного СД 2-го типа приходится 2-3 человека, не подозревающих о своей болезни. При этом они, как минимум в 40% случаев, уже страдают так называемыми поздними осложнениями различной степени тяжести – ишемической болезнью сердца (ИБС), ретинопатией, нефропатией, полинейропатией и др. [1].

На наш взгляд, наиболее вероятной причиной подобного расхождения являются отсутствие или недостаточность повсеместного скрининга СД 2-го типа, на что указывалось выше. В этой связи статистические материалы 2007 г. можно считать наиболее репрезентативными, так как они были составлены на основе данных всеобщей диспансеризации населения Якутии, проведенной после длительного перерыва в рамках национального проекта «Здоровье». Достигнутая в результате диспансеризации своевременная диагностика данного заболевания позволяет оценить его истинную распространенность, а в контексте медицинской статистики – рассматривать полученные данные в качестве своеобразного «эпидемиологического среза».

Интерпретацию факторов развития и распространенности СД 2-го типа среди населения Якутии можно дополнить следующими данными. По нашему мнению, следует принять во внимание и социальный контекст, связанный главным образом с денежными доходами населения. В этой связи необходимо указать на отсутствие достоверных данных, отражающих реальные доходы населения РС(Я), что не позволяет точно определить уро-



Рис.1. Динамика среднемесячной заработной платы в Республике Саха (Якутия), руб.

вень и масштабы бедности. Однако по материалам официальной статистики можно сделать вывод, что идет стремительная социальная поляризация: доходы становятся все более дифференцированы как по отдельным регионам, так и по отраслям. Как правило, список регионов с максимальным среднедушевым денежным доходом (СДД), прожиточным минимумом (ПМ) и реальным денежным накоплением (РДН) составляют промышленные, а список аутсайдеров – сельские улусы Якутии (рис.1) [4].

В результате неравенства в доходах между рабочими промышленностью и сельского хозяйства формируется социальная пирамида, где первые этажи преимущественно занимают сельские жители республики. Они не имеют достаточно денежных доходов, что сокращает их возможность пользоваться услугами государственной и страховой медицины, санаторно-курортного лечения, путевок в летние оздоровительные лагеря для детей, приобретения дорогостоящих лекарственных средств и т.д.

Кроме того, низкие доходы привели к существенному снижению уровня и качества жизни на селе, что тоже имеет немаловажное значение для негативной динамики здоровья сельского населения РС(Я). В этом аспекте следует обратить внимание на взаимосвязь уровня доходов с изменением характера питания. Так, очевидным следствием рыночных отношений стали повсеместные поставки на рынок таких базовых продуктов традиционной кухни коренных народов Якутии, как конина (жеребятина), оленина, молоко, в ущерб собственному потреблению в пищу. По мнению специали-

стов, резкое сокращение последних в рационе питания сельчан стало одной из причин распространения среди них нарушений обмена веществ [5].

Также к важным факторам роста СД 2-го типа можно отнести усиление внутриреспубликанской миграции сельского населения. В частности, в рассматриваемый период, по данным территориального органа федеральной службы государственной статистики по РС(Я), жители села составляют около 86,8% объема внутренней миграции. В результате миграции показатели болезненности и заболеваемости сахарным диабетом стали коррелироваться с носителями этого недуга в Центральную зону улусов, прежде всего в г. Якутск.

Анализ статистических данных, представленных как глобальное отражение развития эпидемиологической ситуации в рассматриваемый пери-

од, позволяет выделить современные ареалы эндокринной патологии в Якутии. Так, в зависимости от прироста показателя болезненности и характера изменения показателя заболеваемости можно выделить 3 категории улусов (табл. 2):

1) с очень высоким показателем распространенности СД 2-го типа (общий прирост от 4,1 до 9,9 раза);

2) с высоким показателем распространенности СД 2-го типа (общий прирост от 3 до 3,9 раза);

3) со средним показателем распространенности СД 2-го типа (общий прирост от 1,5 до 2,8 раза).

Как видно из данных статистики, эпидемия СД 2 продолжает распространяться, находится на различных стадиях и дифференцирована по территории республики. К неблагоприятным улусам по СД 2, в соответствии с полученными эпидемиологическими характеристиками, относятся: 1) центральные, 2) арктические и приполярные, 3) вилюйские.

Таким образом, наблюдается корреляция распространенности СД 2-го типа в зависимости не только от географического расположения того или иного региона, но, что немаловажно, и от типа поселений (абсолютное преобладание сельских населенных пунктов) и этнической композиции их населения. Напомним, что вышеперечисленные улусы исторически являются территориями традиционного проживания коренных народов Якутии – саха, эвенков, эвенов, долган, чукчей и юкагиров, в подавляющем большинстве которых они численно преобладают. Следует сказать, что гуманитарный аспект эпидемиологичес-

Таблица 2

Распределение улусов Республики Саха (Якутия) по уровню распространенности СД 2-го типа

Распространенность СД 2	Увеличивающийся показатель заболеваемости	Стабильный показатель заболеваемости	Уменьшающийся показатель заболеваемости
<u>1 категория</u> Территории с очень высоким показателем	Амгинский, Анабарский, Тагтинский, Верхневилуйский, Усть-Алданский, Мегино-Кангаласский, Усть-Майский Чурапчинский		
<u>2 категория</u> Территории с высоким показателем	Верхнеколымский, Вилюйский, Оймяконский, Олекминский, Среднеколымский, Сунтарский, Томпонский, Усть-Янский		
<u>3 категория</u> Территории со средним показателем	Абыйский, Булунский, Верхоянский, Жиганский, Ленский, Мирнинский, Момский, Намский, Нерюнгринский, Нюрбинский, Оленекский, Хангаласский	Алданский, Аллаиховский, Горный	Кобяйский, Нижнеколымский, Эвено-Быгантайский, г.Якутск с подчин. территор.

кой проблемы выходит сегодня далеко за пределы частных, локальных медицинских задач и требует проведения комплексных мер как медицинского, так и социального характера. Безусловно, это связано с недостаточным развитием социальной инфраструктуры якутского села, с низким качеством и уровнем жизни в этих поселениях, а также с огромными расстояниями между отдельными населенными пунктами и улусными центрами, что особенно сказывается на оказании своевременной и квалифицированной медицинской помощи сельским жителям республики.

Особенности популяции СД 2-го типа. По состоянию на 2006 г. абсолютная численность взрослых больных СД 2-го типа, состоящих на диспансерном учете, составила 9199 чел., или 93,3% общей популяции больных СД в Республике Саха (Якутия). Обращает на себя внимание существующая диспропорция в их гендерной структуре – удельный вес женщин (70%) более чем в два раза превышает удельный вес мужчин (30%). Другой особенностью демографической структуры популяции СД 2-го типа является непропорциональное соотношение отдельных возрастных когорт.

Как видно из рис.2, возрастная пирамида популяции СД 2 в целом имеет довольно узкое основание в силу сравнительно низкой доли молодых возрастных групп, которое затем образует расширенную середину в трудоспособных возрастных группах, а в верхней части снова заметно сужается за счет доли лиц пожилого и старшего возраста.

Вместе с тем наложение возрастного распределения на структуру занятости показывает, что здесь численно доминирует доля незанятых лиц – 46%, а доля имеющих работу составляет 37,2%. При этом наблюдается выраженная территориальная дифференцированность экономики активного и неработающего населения. В частности, в 15 улусах Якутии удельный вес незанятых лиц варьирует от 50 до 73%. Это – Алданский, Амгинский, Верхнеколымский, Горный, Ленский, Намский, Нижнеколымский, Нюрбинский, Оймяконский, Олекминский, Томпонский, Усть-Алданский, Усть-Майский, Усть-Янский и Эвено-Бытантайский улусы. Эти данные косвенно свидетельствуют о высоком уровне ранней инвалидизации больных, находящихся в трудоспособном возрасте.

Контроль за эпидемиологической ситуацией в отношении поздних осложнений СД показывает следующую картину: в РС(Я) наметилась тенденция уменьшения численности больных с поздними осложнениями СД. Так, показатели болезненности в целом снизились на 18,4% – с 71,8 в 1998 до 53,4 в 2006 г., в том числе с полинейропатией – с 27,9 до 22,8 (на 5,1%), с ретинопатией – с 25,4 до 17,4 (на 8,0%), с нефропатией – с 9,7 до 7,2 (на 2,5%), катарактой – с 8,8 до 6,0 (на 2,8%). Это свидетельствует о том, что частота их развития может быть уменьшена внедрением более чувствительных критериев диагностики и эффективным контролем СД. Весьма показательными в этой связи выглядят данные об инвалидизации больных диабетом, главной причиной которой являются такие поздние осложнения диабета, как полинейропатия, ретинопатия, нефропатия, синдром диабетической стопы (прежде всего, гангрена), ишемическая болезнь сердца и др.

Сравнительные характеристики причин смертности больных сахарным диабетом говорят о том, что несмотря на практически повсеместное использование генно-инженерных инсулинов человека, высокоэффективных сахароснижающих препаратов, совершенствование средств контроля и самоконтроля компенсации сахарного диабета, ведущей причиной смертности больных СД в Якутии остаются инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, а также хроническая почечная недостаточность (ХПН). Этот факт заставляет обратить особое внимание на неотложность организации эффективной профилактики поздних осложнений путем безукоризненного метаболического контроля СД, начиная с дебюта заболевания.

Выводы:

1. Региональный регистр сахарного диабета является эффективным инструментом мониторинга заболеваемости населения и оценки качества лечебно-профилактической помощи больным эндокринологического профиля, позволяющим осуществлять контроль за эпидемиологической ситуацией и обеспечивать принятие управленческих решений в сфере здравоохранения.

2. Клинико-эпидемиологическими особенностями заболеваемости населения СД является формирование устойчивой тенденции увеличения распространенности сахарного диабета и его осложнений среди трудоспособного населения Якутии.

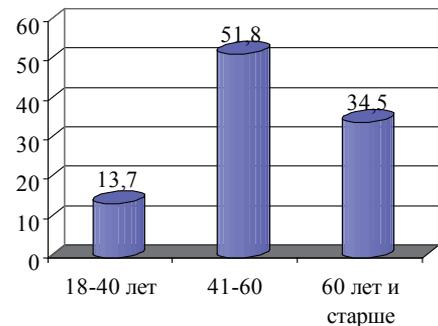


Рис.2. Распределение больных по возрастным группам

3. В последние 10 лет отмечается постоянное возрастание случаев заболевания сахарным диабетом 2-го типа среди коренных жителей РС(Я).

4. Показатели терапии СД 2-го типа в целом по РС(Я) в течение рассматриваемого периода регистрировались (условно) на уровне: компенсированных – 63,3, субкомпенсированных – 34,4 и декомпенсированных – 2,3% больных.

5. Наиболее часто заболевание проявляется в виде нарушения зрения.

6. Основными причинами недостаточно эффективного функционирования диабетологической службы являются дефицит и диспропорции ресурсов (финансовых, кадровых, материально-технических), несовершенство существующей модели диабетологической службы, несоответствие существующей сети ЛПУ потребностям населения в медицинской помощи, что приводит к ограничению доступности и снижению качества медицинской помощи, прежде всего для населения, проживающего на территориях с относительно слабым уровнем социально-экономического развития и особенностями расселения.

Литература

1. Дедов И.И. Введение в диабетологию: руководство для врачей / И.И. Дедов, В.В. Фадеев. - М., 1998.
2. Дедов И.И. Сахарный диабет. Руководство для врачей / И.И. Дедов, М.В. Шестакова - М., 2003. - С. 283, 285, 289-290.
3. Игнатъев П.М. Сахарный диабет в Республике Саха (Якутия) (по данным регистра) / П.М. Игнатъев, М.А. Федорова // Якутский медицинский журнал. - 2004. - №2 (6). - С. 25-26.
4. Игнатъева В.Б. Региональная безопасность: антропология современных проблем Республики Саха (Якутия) / В.Б. Игнатъева // Якутия: этнополитическое и социокультурное измерение истории. - Якутск, 2005. - С.92-93.
5. Кривошапкин В.Г. Очерки клиники внутренних болезней на Севере / В.Г. Кривошапкин. - Якутск, 2001.

В.Д. Сметанина, П.М. Иванов, П.Д. Каратаев

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

Цель исследования. Изучить особенности распространения первично-множественных злокачественных опухолей и выявить группы больных с повышенным риском развития второй злокачественной опухоли в условиях Крайнего Севера.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни, амбулаторных карт 194 больных первично-множественными опухолями за период 2001-2005 гг.

Результаты исследования. В РС (Я) стандартизованный показатель заболеваемости населения злокачественными новообразованиями за 2005 г. составил у мужчин 270,80/0000, что выше на 5,6% уровня за 1995г. (256,50/0000), а у женщин на 3,6% (соответственно 176,2 и 170,10/0000). В начале анализируемого периода (2001г.) показатель заболеваемости ПМЗО на 100 000 населения соответствовал 3,30/0000. За пятилетний срок указанные показатели превышали первоначальные уровни в 1,7 раза (6,00/0000). Из них 36,8% случаев опухоли были определены как синхронные.

Заключение. Рост заболеваемости первично-множественными опухолями в РС (Я) обусловлен широким внедрением в клиническую практику высокоэффективных лекарственных средств. Увеличение продолжительности жизни больных вызывает вероятность появления у них новых (метакронных) опухолей. У мужчин повышенное внимание требуют лица, излеченные по поводу злокачественных опухолей кожи, легкого, желудка и почки, а у женщин – молочной железы, кожи, ободочной кишки и гениталиев.

Ключевые слова. Новообразования, полинеоплазия, летальность, безрецидивная выживаемость.

The purpose of research. To study features of distribution of multifocal malignant tumors and to reveal groups of patients with the raised risk of development of the second malignant tumor in conditions of the Far North.

Material and methods. The retrospective analysis of case records, outpatient cards of 194 patients with tumors for the period 2001-2005 is lead.

Results of research. In RS (Y) the standardized parameter of malignant neoplasms morbidity of population for 2005 has made at men 270,8 0/0000, that is higher on 5,6 % of a level for 1995 (256,50/0000), and at women on 3,6 % (accordingly 176,2 and 170,10/0000). In the beginning of the analyzed period (2001) the parameter of multifocal malignant tumors morbidity on 100 000 of population corresponded 3,30/0000. For five years term the specified parameters exceeded initial levels in 1,7 times (6,00/0000). From them 36,8 % of tumor cases have been defined as synchronous.

The conclusion. Growth of multifocal malignant tumors morbidity in RS (Y) is caused by wide introduction in a clinical practice of highly effective medical products. The increase in life expectancy of patients causes probability of occurrence in them of new (metachronic) tumors. At men enhanced attention demand the persons cured in occasion of malignant tumors of skin, lung, stomach and kidney, at women - a mammary gland, skin, colon and genitals.

Keywords. Neoplasms, polyneoplasia, mortality, nonrecurrent survival rate.

Введение. Вопросы первично-множественных злокачественных опухолей (ПМЗО) или полинеоплазий (синхронное или метакронное образование злокачественных опухолей), в силу их нарастающей частоты диагностируемых случаев, вызывают обеспокоенность многих исследователей и становятся одной из актуальных проблем современной научной и клинической медицины. Краткий обзор материалов, посвященных эпидемиологическим аспектам первично-множественных злокачественных новообразований (ПМЗН), свидетельствует о том, что опухоли могут возникнуть одновременно или поочередно и развиваться независимо друг от друга в пределах одного или нескольких органов у человека. При этом одни авторы [3] не исключают возможность развития опухолей под воздействием

одних и тех же этиологических моментов. В этом случае для возникновения множественных опухолей решающее значение имеет время воздействия агента. Другие [7] придерживаются полиэтиологичности первичных множественных опухолей, в том числе: иммунодефицит, наследственность. Между тем мнение большинства исследователей сходится в том, что развитие метакронных ПМЗО в значительной мере связано с широким внедрением в клиническую практику высокоэффективных, комбинированных методов лечения злокачественных опухолей с использованием лучевой терапии, полихимио-терапии и иммуносупрессий [1,2,4,5,8,10 и др.]. В связи с этим, авторы полагают, что одной из действенных мер профилактики и ранней диагностики ПМЗО является повышение качества диспансеризации лиц, закончивших лечение в радикальном варианте и получивших комбинированный метод лечения по поводу обнаруженного у них впервые в жизни злокачественного новообразования. Данная группа больных должна рассматриваться как группа риска разви-

тия метакронных первично-множественных опухолей.

В России в 2005г. были зарегистрированы 15 150 больных с ПМЗО. Из них у 27,1% случаев опухоли определены как синхронные. Показатель заболеваемости ПМЗО на 100 000 населения составил 10,7 [9].

Материалы и методы. Материалом для анализа послужили истории болезни, амбулаторные карты и контрольные карты 194 больных с первично-множественными опухолями, а также архивные материалы организационно-методического кабинета ГУ ЯРОД. Соотношение мужчин и женщин 1,0:1,6. У 187 (96,4%) больных с ПМЗО выявлены 2 опухоли, у 4 (2,1) – 3 и у 3 (1,5%) – 4 опухоли. Среди пациентов с ПМЗО пришлые составляют 68,5%, а аборигены Севера – 31,5%.

Результаты и обсуждение. В Республике Саха за последние 5 лет (2001-2005 гг.) выявлено 194 больных ПМЗО, у которых отмечено 398 случаев заболевания злокачественными опухолями. По возрастному составу больные распределились следующим образом: больных до 50 лет было 13

СМЕТАНИНА Валентина Дмитриевна – зав. ОМК ЯРОД; ИВАНОВ Петр Михайлович – д.м.н., проф. МИ ЯГУ, зав. лаб. ЯНЦ СО РАМН; КАРАТАЕВ Петр Дмитриевич – отличник здравоохранения РФ и РС(Я), гл. врач ЯРОД.

(7,0%) чел., от 50 до 59 лет – 49 (26,2), от 60 до 69 – 56 (29,9) и старше 70 лет – 72 (38,5%) чел. Возрастной пик выявления повторных опухолей приходится на 6-ю и 7-ю декады жизни больных с ПМЗО (табл. 1).

По данным Республиканского онкологического диспансера, временной интервал, соответствующий рубежу двух тысячелетий (1995-2005гг.), характеризуется сохранением положительных тенденций в динамике общей онкологической заболеваемости. Так, в Республике Саха стандартизованный показатель (СП) заболеваемости населения злокачественными новообразованиями за 2005 г. составил у мужчин 270,8⁰/₀₀₀₀, что выше на 5,6% уровня за 1995г. (256,5⁰/₀₀₀₀), а у женщин на 3,6% (соответственно 176,2 и 170,1⁰/₀₀₀₀). За указанный период времени среднегодовой темп прироста заболеваемости всеми формами злокачественных опухолей у мужчин составил 0,6, а у женщин 0,4%.

Аналогичная ситуация наблюдается и при прослеживании статистики выявляемости ПМЗН за последние пять лет. Согласно полученным данным, в начале анализируемого периода (2001г.) показатель заболеваемости ПМЗО на 100 000 населения соответствовал 3,3. За пятилетний срок значительно возросли показатели выявляемости ПМЗО и в 2005 г. коэффициенты заболеваемости превышали первоначальные показатели в 1,7 раза (6,0⁰/₀₀₀₀) (табл.2). Из них 36,8% случаев опухоли были определены как синхронные.

Нами проведен сравнительный анализ первых и последующих опухолей по локализациям. Из числа впервые в жизни выявленных злокачественных новообразований наибольшей частотой отличались: рак молочной железы – 46 (23,7%) случаев, кожи – 24 (12,4), желудка – 19 (10,0) и легкого – 17 (8,8%) случаев. Вторые опухоли чаще локализовались в молочной железе – у 36 (18,6%) больных, в легких – у 27 (13,9), желудке – у 25 (12,9) и на коже – у 18 (9,3%) больных.

В структуре первых локализаций полинеоплазий у женщин лидируют молочная железа – 46 (38,0%) случаев, кожа – 10 (8,3), шейка матки – 9 (7,4), яичники и ободочная кишка – по 7 случаев (5,8%). Второй локализацией злокачественных новообразований у женщин были молочная железа – 35 (28,9%), кожа и желудок – по 11 случаев (9,1%), легкие – 9 (7,4), ободочная кишка – 7 (5,8%). Структура вторых ЗН у больных с ПМЗО отражена на рисунке.

Таблица 1

Распределение больных с ПМЗО по возрасту в РС (Я) (оба пола)

ПМЗО	Всего, абс. число/%	В том числе в возрасте, лет				
		30-39	40-49	50-59	60-69	Старше 70
Вторые	187 100,0	2 1,1	11 5,9	49 26,2	53 28,3	72 38,5
Третьи	4 100,0	-	-	-	3 75,0	1 25,0
Четвертые	3 100,0	-	-	1 33,3	-	2 66,7
Итого	194 100,0	2 1,0	11 5,7	50 25,8	56 28,9	75 38,6

Таблица 2

Заболеваемость ПМЗО в РС (Я)

Показатель	Годы				
	2001	2002	2003	2004	2005
Заболеваемость ЗН на 100000 населения	190,7	188,2	205,9	198,3	205,4
Заболеваемость ПМЗО на 100 000 населения	3,3	3,7	2,5	4,5	6,0
Из числа больных впервые в жизни установленным диагнозом ЗН имели ПМЗО (абс. число)	33	36	25	43	57
Доля больных с ПМЗО от числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом ЗН (в %)	2,0	2,0	1,4	2,5	3,1
Доля из них синхронных (в %)	39,4	50,0	36,0	30,2	36,8

По результатам анализа в структуре первых локализаций полинеоплазий у мужчин преобладают желудок, кожа и легкие – по 14 случаев (19,2%) и почки – 10 (13,7%). Второй локализацией злокачественных опухолей у мужчин были легкие – 17 (23,3%) случаев, желудка – 13 (17,8), почки – 8 (11,0%).

По характеристике распределения больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования по стадиям заболе-

вания можно судить об уровне организации онкологической службы на местах.

Прежде всего, по ней можно получить представление о качестве проведения диспансеризации населения медицинскими работниками первичного звена на местах и об уровне проведения профилактических мероприятий, направленных на первичную профилактику онкологической патологии. Показатели распределения по



Структура вторых ЗН у больных с ПМЗО в РС (Я)

Таблица 3

Распределение новообразований у больных с ПМЗО в зависимости от стадии (оба пола)

Стадия	Первые опухоли		Вторые опухоли		Третьи опухоли		Четвертые опухоли	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
0	4	2,0	2	1,1	-	-	-	-
I	30	15,5	28	14,4	2	28,6	1	50,0
II	62	32,0	46	23,7	2	28,6	-	-
III	77	39,7	60	30,9	1	14,2	-	-
IV	21	10,8	58	29,9	2	28,6	2	50,0
Всего	194	100,0	194	100,0	7	100,0	3	100,0

стадиям вторых метакронных опухолей в большинстве случаев зависят от качества диспансеризации больных, состоящих на онкологическом учете по III клинической группе. Следовательно, можно получить представление о качестве мероприятий, направленных, прежде всего, на вторичную профилактику злокачественных опухолей.

По нашим данным, первые опухоли по стадиям заболевания распределились следующим образом: ранняя (0 и I-II) стадия развития опухолевого процесса была установлена в 49,5% случаев, III стадия – в 39,7 и IV – в 10,8% случаев. Указанные коэффициенты для вторых (метакронных) опухолей составили – 39,2; 30,9 и 29,9% соответственно. Следовательно, большинство первых и вторых опухолей выявлены в III и IV стадии заболевания (табл.3). Не подлежали специальному лечению (IV стадия) после выявления второй опухоли 58 (29,9%) чел., что свидетельствует о недостаточной настороженности онкологов, проводящих диспансеризацию больных, получивших лечение по поводу первой злокачественной опухоли.

Половина вторых метакронных опухолей была выявлена в первые 5 лет – 54,7%, большая часть в первые 10 лет – 70%. Статистика годичной летальности подтверждает позднюю диагностику полинеоплазий: продолжительность жизни менее 1 года после установления диагноза ПМЗО отмечена у 43,8% больных, менее 2 лет – у 8,8%. 5-летняя выживаемость после установления диагноза ПМЗО отмечена у 12,0% больных, 10-летняя выживаемость – у 0,5% пациентов.

Для примера приводим случай, где совмещаются 4 опухоли.

Больная Б., 74 года. Взята на учет в 1989 г. с диагнозом рак тела матки

II стадии, T₂N₀M₀. В первом гинекологическом отделении г. Якутска произведена операция – надвлагалищная ампутация матки с придатками. Морфологическое заключение – умеренно-дифференцированная аденокарцинома. В послеоперационном периоде получила курс сочетано-лучевой терапии и гормонотерапию. С 1989 г. были жалобы на периодические боли ноющего характера в правой молочной железе, выполнялась периодически маммография (1989, 1991 гг.). Дз: фиброзно-кистозная мастопатия. В период с 1991 по 1994 г. постоянно наблюдалась в диспансере, жалоб по поводу молочной железы не предъявляла. В 1995 г. (через 6 лет) обратилась к онкологу по поводу уплотнения в правой молочной железе, которую обнаружила случайно. После обследования выставлен диагноз: рак правой молочной железы IIA стадии T₂N₀M₀ II клн. группы. Получила 4 курса полихимиотерапии и произведена радикальная мастэктомия по Мадену справа. Морфологическое заключение – инвазивный светлоклеточный рак молочной железы. Назначена гормонотерапия. Через 6 лет в 2001 г. обратилась с жалобами на боли в левой молочной железе, в хирургическом отделении ЯРОД с подозрением на рак левой молочной железы произведена радикальная мастэктомия по Мадену слева. Клинический диагноз: рак левой молочной железы IIA стадии, II кл. группы, T₂N₀M₀. Морфологическое заключение: инвазивный рак молочной железы по типу Скирра. Далее получила курс дистанционной лучевой терапии на зоны регионарного метастазирования, СОД-40Гр., назначена гормонотерапия длительно.

В 2003 г. (через 2 года) у больной выявили базалиому подбородочной

области, проведена криодеструкция опухоли в городском онкологическом кабинете. В настоящее время больная жива, наблюдается в поликлинике №1 у городского онколога.

Заключение. Рост заболеваемости ПМЗО в РС (Я) обусловлен ростом общей онкологической заболеваемости, широким внедрением в клиническую практику современных высокоэффективных методов лечения и, следовательно, увеличением продолжительности жизни больных. При осуществлении диспансеризации больных, состоящих в III клинической группе, целесообразно улучшить качество планового медицинского мониторинга. При этом следует учитывать выявленные популяционные особенности развития второй метакронной опухоли, которые обнаруживаются в большинстве случаев в ближайшие 10 лет после проведенного комбинированного лечения. Среди мужчин повышенное внимание требуют лица, излеченные по поводу злокачественных опухолей кожи, легкого, желудка и почки, а у женщин – молочной железы, кожи, ободочной кишки и гениталиев.

Литература

1. Латыпова Р.Ф., Хасанов Р.Ш. // Российский онкологический журнал. – 2005. – №3. – С. 38-41.
2. Орловская Л.А. и др. // Проблемы современной онкологии: Тезисы докладов 4-го Всероссийского съезда онкологов. – Ростов н/Д, 1995. – С. 452-153.
3. Попова Т.Н. // Вопр. онкол. – 2003. – Т. 49, №3. – С. 363–366.
4. Привалов А.В., Важенин А.В. // Российский онкологический журнал. – №2. – С. 47-50.
5. Сельчук В.Ю. Первично-множественные злокачественные опухоли (клиника, лечение и закономерности развития): автореф. ...дис... д-ра мед. наук / В.Ю. Сельчук. – М., 1994.
6. Слинчак С.М. Множественные злокачественные опухоли. – Киев, 1968.
7. Соркин В.М. // Клин. хирургия. – 2000. – С. 41-43.
8. Филатова Е. И. // Вопр. онкол. – 1990. – Т. 36, № 6. – С. 726-729.
9. Чиссов В.И. Злокачественные новообразования в России в 2003 г. (заболеваемость и смертность) / В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М., 2005. – С. 256.
10. Чойзонов Е.Л., Писарева Л.Ф., Шишкин Д.А. и др. // Материалы III съезда онкологов и радиологов СНГ. – Минск, 2004. – С. 262.

И.В. Подсонная, Г.Г. Ефремушкин, В.А. Головин

ДИНАМИКА ФОРМИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

Цель исследования. Изучение динамики развития гипертонии у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС за 20 послеаварийных лет.

Материал и методы. Наблюдалось 536 ликвидаторов последствий аварии (ЛПА) на Чернобыльской АЭС и 480 пациентов без радиационного анамнеза в течение 1986-2006 гг. Проведен сравнительный анализ динамики развития артериальной гипертонии (АГ) у больных в зависимости от воздействия ионизирующего излучения. Оценку результатов клинично-неврологического, лабораторно-инструментального методов исследования проводили спустя 10-, 15-, 20 лет после аварии на ЧАЭС.

Результаты. Ликвидаторы Чернобыльской аварии относятся к группе повышенного риска раннего развития артериальной гипертонии. Течение АГ у них осложняется развитием дисциркуляторной энцефалопатии, ишемической болезни сердца, нарушением сердечного ритма. Менее выраженная степень АГ ассоциируется с более тяжелой формой дисциркуляторной энцефалопатии.

Ключевые слова: артериальная гипертония, ликвидаторы аварии на Чернобыльской АЭС.

Aim. This analysis represents a study of the course of arterial hypertension in the Chernobyl nuclear power station's liquidators during recent twenty years after accident.

Material and methods. 536 liquidators of the Chernobyl nuclear disaster and 480 patients without radiation's anamnesis were examined. Differences in course of arterial hypertension between two groups were compared. Appraisal of the results of cliniconeurologic, laboratory and instrumental methods of study were done 10, 15, 20 years later after the accident.

Results. This study demonstrates that liquidators of the Chernobyl nuclear disaster belong to the high-risk group of the early development of arterial hypertension. The clinical course of arterial hypertension is complicated with discirculatory encephalopathy, ischemic disease, and pulse disturbance. Feebly marked stage of arterial hypertension is associated with more serious form of discirculatory encephalopathy.

Key words: arterial hypertension, liquidators of the Chernobyl nuclear disaster.

Общим для большинства эпидемиологических исследований состояния здоровья участников ликвидации последствий аварии (ЛПА) на Чернобыльской АЭС является вывод о высокой частоте развития у них сердечно-сосудистых заболеваний [1,3,7,8]. Установлено, что действие малых доз радиации вызывает дистрофические изменения в виде склероза стромы и сосудов, в первую очередь капилляров, во всех органах одновременно, приводя к нарушению в микроциркуляторном русле [2,4,6]. Отмечается «омоложение» хронических заболеваний (ГБ, ИБС, церебро-васкулярные заболевания), свойственных более пожилому возрасту, развитие симптома преждевременного старения лиц, подвергшихся радиационному воздействию [1,3,5]. Для улучшения понимания характера хронического действия ионизирующего излучения и развивающейся в отдаленном периоде патологии имеется необходимость

изучения особенностей формирования и течения кардиоваскулярных заболеваний у данного контингента больных.

Цель исследования. Изучение динамики развития гипертонии у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС за 20 послеаварийных лет.

Материал и методы. Нами наблюдалось 536 ликвидаторов последствий аварии (ЛПА) на Чернобыльской АЭС и 480 пациентов без радиационного анамнеза в течение 1986-2006 гг. Проведен сравнительный анализ динамики развития артериальной гипертонии (АГ) у больных в зависимости от воздействия ионизирующего излучения. Оценку результатов клинично-неврологического, лабораторно-инструментального методов исследования проводили спустя 10-, 15-, 20 лет после аварии на ЧАЭС.

Результаты. По нашим данным, на момент Чернобыльской аварии (апрель 1986г.) у ЛПА и больных контрольной группы АГ не регистрировалась. В первые годы после аварии влияние малых доз радиации проявлялось комплексом неспецифических симптомов нарушения нейроэндокринной и вегето-сосудистой регуляции функционального характера в виде выраженной астении, вегето-сосудис-

той дистонии с выраженными вегетативными кризами, астено-депрессивными проявлениями, неврозами. В последующем развиваются изменения регуляторных процессов в гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной системе с развитием хронической патологии в широком спектре соматических нозологических форм, в том числе сердечно-сосудистой системы. У лиц общей популяции столь интенсивного роста патологии сердечно-сосудистой системы в этот период времени не наблюдалось.

Как видно из табл.1, к 1996 г. АГ сформировалась у 170 ЛПА (31,7%). У больных без радиационного анамнеза АГ выявлена в 10,8% случаев (52 чел.). Данных за наличие у больных этой группы АГ 3-й степени не обна-

Таблица 1

Частота развития артериальной гипертонии у обследуемых больных за 1986-1996 гг.

Степень АГ	ЛПА, n=536		Контрольная группа, n=480	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
1-я	83	15,5	32	6,7***
2-я	72	13,4	20	4,1***
3-я	15	2,8	-	-
Всего АГ	170	31,7	52	10,8***

Примечание. В табл. 1,3 $p < 0,001$ – различие достоверно по сравнению с группой ЛПА.

ПОДСОННАЯ Ирина Васильевна – к.м.н., зам. начальника ГУЗ Краевой госпиталь для ветеранов войн по клинично-экспертной работе, ассистент кафедры нервных болезней и неврологии Алтайского ГМУ; **ЕФРЕМУШКИН Герман Георгиевич** – д.м.н., проф. Алтайского ГМУ; **ГОЛОВИН Валерий Александрович** – начальник ГУЗ Краевой госпиталь для ветеранов войн.

Таблица 2

Динамика развития артериальной гипертензии у обследуемых больных спустя 15-, 20 лет после аварийных работ

Степень АГ	ЛПА, n=536				Контрольная группа, n=480			
	2001г.		2006г.		2001г.		2006г.	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
1-я	46	8,6	29	5,4*	33	6,9	35	7,3
2-я	147	27,4	327	61,0***	51	10,6^^^	86	17,9***^^^
3-я	81	15,1	110	20,5*	8	1,7^^^	17	3,5***^^^
Всего АГ	274	51,1	466	86,9***	92	19,2^^^	138	28,7***^^^

Примечание. В табл. 2,4* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,0001 – различие достоверно по сравнению с 2001г., ^ p<0,05; ^^ p<0,001 – по сравнению с группой ЛПА.

ружено. Таким образом, за десять лет после участия в аварийных работах частота развития АГ у ЛПА была в 3 раза выше (p<0,001), чем у больных общей популяции.

Интенсивность формирования АГ у обследуемых больных за последующие 15 и 20 лет после участия в аварийных работах представлена в табл.2.

Исходя из полученных данных, видно, что 15-летний послеварийный период характеризовался увеличением частоты АГ с преобладанием у ЛПА АГ 2-й и 3-й степени, у больных контрольной группы – АГ 1-й и 2-й степени. Формирование АГ 3-й степени у лиц, не подвергавшихся ионизирующему излучению, обнаруживалось в 10 раз реже, чем у ЛПА (8 случаев; p<0,001).

К 2006 г. (20 лет после аварии) АГ выявляется у большинства ЛПА, в то время, как у пациентов контрольной группы АГ сформировалась лишь у 28,7% больных (p<0,001). Частота АГ 1-й степени у ЛПА по сравнению с 1996 г. снижается в 2,9 раза (5,4%; p<0,05) на фоне увеличения числа больных с более тяжелыми формами АГ – у 61,0% ликвидаторов выявлена АГ 2-й степени, у каждого пятого ЛПА (20,5%) – АГ 3-й степени. У 70 участников аварийных работ (13,1%) спустя 20 лет после аварии повышения уровня АД не зарегистрировано.

Как видно из табл.2, у больных контрольной группы к 2006 г. наблюдения частота АГ 2-й степени увеличивается

в 1,7 раза, составляя 17,9% (p<0,01), АГ 3-й степени – в 2,1 раза (3,5%; p<0,05). Значительной разницы в развитии АГ 1-й степени в период 2001-2006 гг. у больных без радиационного воздействия не обнаружено – 6,9 и 7,3% соответственно. Число больных, у которых не отмечалось повышения уровня АД, среди «необлученной» популяции было в 5,4 раза больше, чем среди ЛПА (p<0,001).

Анализ наличия дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) у больных АГ представлен в табл.3. К 1996 г. клинические проявления ДЭ обнаруживались у всех 170 ликвидаторов, страдающих АГ. Из них проявления ДЭ 1-й стадии обнаружены у 76 пациентов, 2-й – у 92, 3-й стадии – у 2 больных. У больных АГ из контрольной группы церебро-васкулярная патология в большинстве случаев была представлена ДЭ 1-й стадии – 59,6%, 2-й стадии – 38,5 % случаев, ДЭ 3-й стадии зарегистрирована у 1 больного (1,9%). Таким образом, у ликвидаторов АГ часто сочетается с развитием ДЭ с клинической картиной более тяжелого поражения головного мозга.

Как видно из табл.4, через 20 лет после Чернобыльской аварии у ЛПА продолжается снижение частоты ДЭ 1-й стадии (обнаружена лишь у 1 ликвидатора), так как большинство (99,8%) ЛПА к этому времени имели выраженные нарушения функции ЦНС, соответствующие ДЭ 2-й и 3-й стадии. В сравниваемой группе «не-

Таблица 3

Частота развития дисциркуляторной энцефалопатии при АГ у обследованных больных за 1986-1996 гг.

Стадии ДЭ	ЛПА, n=170		Контрольная группа, n=52	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
1-я	76	44,7	31	59,6*
2-я	92	54,1	20	38,5*
3-я	2	1,2	1	1,9

облученных» пациентов значительная доля (81,9%) церебральных нарушений была обусловлена развившейся у них ДЭ 1-й и 2-й стадии.

При сравнении динамики развития ДЭ, выраженности поражения головного мозга в зависимости от степени АГ установлено, что при АГ 1-й степени у ЛПА в 2 раза чаще выявлялась ДЭ 2-й стадии (67,4%), у больных контрольной группы – ДЭ 1-й стадии (75,8%). АГ 2-й степени ассоциировалась в большинстве случаев с ДЭ 2-й стадии, как у ЛПА (90,7%), так и у лиц общей популяции (72,6%). При АГ 3-й степени у каждого третьего ЛПА (39,8%) сформировалась ДЭ 2-й стадии, у каждого второго (59,2%) – ДЭ 3-й стадии. ДЭ 1-й стадии имелась у 1,0% ликвидаторов. У пациентов без радиационного анамнеза АГ 3-й степени ассоциировалась чаще с ДЭ 3-й стадии (84,0%), в 16,0% случаев – с ДЭ 2-й стадии. То есть особенностью течения АГ у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС является то, что менее выраженная степень АГ ассоциируется с более тяжелой формой ДЭ (2-й и 3-й стадии).

Течение АГ у больных обеих сравниваемых групп осложнялось развитием ИБС и нарушением сердечного ритма. Установлено, что за первое послеварийное десятилетие при АГ у ЛПА ИБС диагностирована в 2,6 раза чаще (53,7%), чем у больных контрольной группы, нарушения ритма сердца – в 4,6 раза чаще (3,7%). В последующие 10 лет ИБС с типичной клинической картиной сформировалась у большинства ликвидаторов (86,6%), у каждого третьего пациента (28,5%) имелись эпизоды нарушения сердечного ритма. У больных общей популяции ИБС регистрировалась в 33,5% случаев, и в 6,2% случаев она осложнялась развитием различных аритмий сердца.

Выводы.

1. Лица, подвергшиеся ионизирующему излучению, относятся к группе

Таблица 4

Динамика развития дисциркуляторной энцефалопатии при АГ у обследуемых больных за 15- 20 лет после аварийных работ

Стадии ДЭ	ЛПА				Контрольная группа			
	2001г, n=274		2006г, n=466		2001г, n=92		2006г, n=138	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
1-я	34	12,4	1	0,2***	42	45,7^^^	31	22,5***^^^
2-я	192	70,1	374	80,3**	41	44,5^^^	82	59,4***^^^
3-я	48	17,5	91	19,5	9	9,8^	25	18,1

повышенного риска раннего развития артериальной гипертонии.

2. Результаты 20-летнего наблюдения показали, что у ЛПА по сравнению с пациентами общей популяции течение АГ чаще осложняется развитием дисциркуляторной энцефалопатии, ишемической болезни сердца, нарушением сердечного ритма.

3. Установлено, что у ликвидаторов менее выраженная степень АГ ассоциируется с более тяжелой формой дисциркуляторной энцефалопатии.

Литература

1. **Василенко И.Я.** Радиобиологические

проблемы малых доз радиации / И.Я. Василенко // Воен.-мед.журн.- 1993.- №3.- С.28-32.

2. **Захараш М.П.** Лучевой склероз и современные исследования / М.П. Захараш, Б.В. Пшеничников, Н.В. Иванова // Гигиена населенных мест.- Киев, 2000.- Вып.36, ч.2.- С.86-93.

3. **Легеза В.И.** Ликвидаторы последствий аварии на Чернобыльской АЭС – 10 лет спустя / В.И. Легеза // Тер. Архив.- 1998.- №1.- С.77-79.

4. **Пшеничников Б.В.** Лучевой склероз / Б.В. Пшеничников, Н.В. Иванова // Гигиена населенных мест.- Киев, 2000.- Вып.36, ч.2.- С.93-99.

5. **Соматические** эффекты хронического гамма-облучения / Ю.Г. Григорьев [и др]. – М.: Энергоатомиздат, 1986.- 195с.

6. **Торубаров Ф.С.** О диагнозе вегето-сосудистой дистонии у ликвидаторов / Ф.С. Торубаров // Медицинская радиология.- 1991.- №9.- С.54.

7. **Чепрасов В.Ю.** Патологические особенности изменений системы кровообращения при воздействии ионизирующего излучения и других факторов аварии / В.Ю. Чепрасов, Н.Л. Юдина, Е.П. Рюмина // Патология отдаленного периода у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС/ под ред.проф. Никифорова.- М.: Изд-во «Бином», 2002.- С.104-110.

8. **Ушаков И.Б.** Отдаленные последствия при условно малых дозах облучения / И.Б. Ушаков, Б.И. Давыдов, С.К. Солдатов // Медицина труда и промышленная экология.- 2000.- №1.- С.15-26.

В.В. Гафаров, Е.В. Горохова, В.В. Татарина

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КОМБИНАЦИИ, ПРОДРОМАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ г. ЯКУТСКА В ВОЗРАСТЕ 25-64 ЛЕТ

Цель исследования. Изучение в течение 3 лет диагностических категорий инфаркта миокарда (ИМ), продромального периода заболевших.

Материал и методы. Исследование проводили по программам ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда» в г. Якутске среди населения в возрасте 25-64 лет. С 01.01.2004 по 31.12.2006 г. Якутске зарегистрировано 799 случаев ИМ.

Результаты. Диагностическая категория «возможный» ИМ встречается значительно чаще, чем «определенный» ИМ. В обеих диагностических категориях в подавляющем большинстве случаев наблюдалась типичная клиническая картина заболевания. Но вместе с тем в категории «определенный» инфаркт миокарда в значительном количестве случаев встречаются и нетипичные формы заболевания. Наиболее часто ИМ развивается в домашних условиях, в то же время возникновение ИМ происходило чаще на работе, на улице у мужчин, а в домашних условиях - у женщин. Более чем у половины заболевших ИМ встречались артериальная гипертензия (АГ) по строгим критериям, в половине случаев стенокардия напряжения (СН), а у каждого третьего - перенесенный ранее ИМ. 60,7 % больных ИМ мужчин - это курильщики в настоящем или прошлом. Различий в характеристике болевого синдрома в 2-недельный период, предшествовавший приступу, между группами выживших и умерших не отмечено. В то же время более часто встречались: у умерших внезапно - аритмии, одышка и обострение СН; у выживших - обострение СН и впервые возникшая стенокардия.

Заключение. Мониторинг показал, что в течение 3 лет клиника ИМ не изменилась и проявляется, в основном, типичной клинической картиной. Очень настораживает факт наличия значительного числа заболевших, имеющих в анамнезе АГ, СН, перенесенный ИМ, а также интенсивных курильщиков, что говорит о слабости профилактической работы среди населения.

Ключевые слова:

The purpose of research. Studying within 3 years of diagnostic categories of a myocardial infarction (MI), prodromal period of the diseased.

Material and methods. Research was spent under WHO programs «The Register of an acute myocardial infarction» in Yakutsk among the population at the age of 25-64 years. Since 01.01.2004 till 31.12.2006 in Yakutsk 799 cases of MI are registered.

Results. The diagnostic category «possible MI» is met much more often than «defined MI». In both diagnostic categories in overwhelming majority of cases the typical clinical picture of disease was observed. But at the same time in a category «defined» myocardial infarction in a significant amount of cases there are also atypical forms of disease. Most often MI develops in house conditions, at the same time MI occurrence was more often on work, in the street - at men or in house conditions - at women. More than at half patients with MI had an arterial hypertension (AH) by strict criteria, in half of cases – angina pectoris (AP), and at every third - old MI. 60, 7 % of male patients are smokers in the present or the past. Distinctions in the characteristic of a painful syndrome during the 2-week period preceding an attack, between groups of the survived and died, are not noted. At the same time more often were met: At died – sudden arrhythmias, a short wind and exacerbation of AP; at the survived - exacerbation of AP and for the first time occurred angina.

The conclusion. Monitoring has shown that within 3 years the MI clinic has not changed and basically is manifested by a typical clinical picture. The fact of presence of considerable number of the diseased having in anamnesis AH, AP, old MI and also intensive smokers that speaks about weakness of preventive work among the population, alerts much.

Keywords: Epidemiology, a myocardial infarction, diagnostic combinations, prodromal period

Несмотря на достижения в лечении сердечно-сосудистых заболеваний,

ГАФАРОВ Валерий Васильевич – д.м.н., проф., зав. Межведомственной лабораторией СО РАМН; **ГОРОХОВА Екатерина Викторовна** – м.н.с. ЯНЦ СО РАМН; **ТАТАРИНОВА Валентина Валериановна** – м.н.с. ЯНЦ СО РАМН.

включая появление большого числа эффективных лекарственных препаратов, внедрение в широкую клиническую практику ангиопластики и хирургических методов лечения, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) продолжают оставаться главной причиной заболеваемости и смертности в

мире, унося ежегодно 17 млн. жизней. Значительная доля случаев смерти приходится на ишемическую болезнь сердца (ИБС) [2,8,9]. Сегодня инфаркт миокарда (ИМ) остается таким же серьезным заболеванием, как и несколько десятилетий назад, что подтверждает высокая заболеваемость, смертность

Таблица 1

Частота встречаемости диагностических категорий ОИМ и ВИМ всего населения в зависимости от пола и возраста

Возраст		Все национальности															
		2004				2005				2006				Всего			
		ОИМ		ВИМ		ОИМ		ВИМ		ОИМ		ВИМ		ОИМ		ВИМ	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
25-34	М	2	2	1	0,7	2	1,7	1	0,6	1	0,9	2	1,3	5	1,5	4	0,8
	Ж											2	1,3			2	0,4
	Оп	2	2	1	0,7	2	1,7	1	0,6	1	0,9	4	2,6	5	1,5	6	1,2
35-44	М	7	7,1	17	11,4	11	9,6	12	7,2	11	10	11	7	29	9	40	8,4
	Ж			1	0,7	1	0,8	3	1,8	3	2,7	4	2,5	4	1,2	8	1,7
	Оп	7	7,1	18	12,1	12	10,4	15	9	14	12,7	15	9,5	33	10,2	48	10,1
45-54	М	37	37,4	40	26,8	40	34,8	36	21,4	37	33,6	38	24,1	114	35,2	114	24
	Ж	6	6	14	9,4	7	6,1	14	8,3	9	8,2	13	8,2	22	6,8	41	8,7
	Оп	43	43,4	54	36,2	47	40,9	50	29,7	46	41,8	51	32,3	136	42	155	32,7
55-64	М	32	32,3	52	34,9	43	37,4	65	38,7	38	34,6	61	38,5	113	34,9	178	37,5
	Ж	15	15,2	24	16,1	11	9,6	37	22	11	10	27	17,1	37	11,4	88	18,5
	Оп	47	47,5	76	51	54	47	102	60,7	49	44,6	88	55,6	150	46,3	266	56
25-64	М	78	78,8	110	73,8	96	83,5	114	67,9	87	79,1	112	70,9	261	80,6**	336	70,7**
	Ж	21	21,2	39	26,2	19	16,5	54	32,1	23	20,9	46	29,1	63	19,4***	139	29,3***
	Оп	99	100	149	100	115	100	168	100	110	100	158	100	324	100	475	100

Примечание. В табл.1-6 *, **, *** $p < 0,05$; 0,001; 0,0001 соответственно.

от него [4,8,10] как мужчин, так и женщин [1-3,7,11-13].

Целью нашей работы было изучение в г.Якутске на основе стандартных программ ВОЗ диагностических комбинаций, продормального периода ИМ среди населения в возрасте 25-64 лет.

Материалы и методы. Исследование в г. Якутске проводили по программе ВОЗ "Регистр острого инфаркта миокарда" среди населения в возрасте 25-64 лет с 01.01.2004 по 31.12.2006 гг. В исследование были включены все случаи инфаркта миокарда и подозрения на него и случаи внезапной смерти. На основании клинической картины, данных серии ЭКГ, эффективности ферментов сыворотки крови, а также результатов аутопсии, если они имелись, производился выбор диагностической категории «определенный» ИМ (ОИМ) или «возможный» ИМ (ВИМ). Зарегистрировано 799 случаев ИМ за исследуемый период.

Результаты и обсуждение. Анализ выявляемости диагностических категорий ОИМ и ВИМ представлен на табл.1. Отмечено преобладание на протяжении всего исследования выявляемости диагностической категории ВИМ как у мужчин, так и у женщин, чем ОИМ ($p < 0,01$, $p < 0,001$ соответственно). У мужчин в самой молодой возрастной группе различий в выявляемости диагностических категорий не отмечено. У женщин в основном имела место диагностическая категория ВИМ.

Отметили, что при установлении категории ОИМ чаще всего имеет место следующая диагностическая комбинация: определенные изменения ЭКГ с типичной клинической картиной ($p <$

Таблица 2

Структура диагноза «определенный» инфаркт миокарда с учетом диагностических комбинаций, клинической картины

Диагностические комбинации	все				Всего	
	Типичная клиническая картина		Нетипичная клиническая картина			
	n	%	n	%	n	%
1	4	1,62	4	6,56	8	2,59
2	210***	85,02	52	85,24	262	85,07
3	29	11,74	4	6,56	33	10,71
4	4	1,62	1	1,64	5	1,63
Всего ОИМ	247	100	61	100	308	100

Примечание. 1 - положительные результаты аутопсии без изменений ЭКГ и повышения ферментов; 2 - определенные изменения ЭКГ; 3 - неопределенные изменения ЭКГ и определенные изменения ферментов; 4 - прочие изменения ЭКГ и определенные изменения ферментов.

0,001) (табл.2). Всего определенных изменений ЭКГ при наличии типичной или нетипичной клинической картины – 85,07% случаев, положительные результаты биопсии без изменений ЭКГ и повышения ферментов 2,59, неопределенные изменения ЭКГ и определенные изменения ферментов сыворотки крови – 10,71, прочие изменения ЭКГ и определенные изменения ЭКГ – 1,63%.

Из табл.3 видно, что диагностическая комбинация: неопределенные изменения ЭКГ, типичная клиническая картина при нормальном или сомнительном повышении уровня ферментов сыворотки крови – чаще всего встречалась при установлении категории ВИМ ($p < 0,001$). Живые составили 53,3% случаев, внезапно умершие – 46,7%. Резкий стеноз (более 50%) хотя бы одной из коронарных артерий или постинфарктные рубцы были у 30,3%.

Определили, что у подавляющего числа больных заболеванием проявля-

Таблица 3

Структура диагноза «возможный» инфаркт миокарда с учетом диагностических комбинаций

Диагностические комбинации	всего	
	n	%
1	253	53,3
2	222	46,7
3	255***	53,7
4	139	29,3
5	9	1,9
6	144	30,3
Всего	475	100

Примечание. 1 – живые; 2 - все внезапно умершие; 3 - неопределенные изменения ЭКГ, типичная клиническая картина при нормальном или сомнительном уровне сыворотки крови у умерших и живых; 4 - ИБС в анамнезе (инфаркт миокарда, стенокардия) у умерших; 5 - боли в груди перед наступлением летального исхода у умерших; 6 - резкий стеноз (более 50%) хотя бы одной из коронарных артерий или постинфарктные рубцы у умерших.

ло себя болевой формой (табл.4), причем в 86,7% ($p < 0,001$) случаев боли имели типичную загрудинную локализацию, а ИМ с болевым симптомом нетипичной локализации или бессимптомными вариантами – в 13,26%.

Как оказалось, ИМ у большинства заболевших развивался не среди полного здоровья, а на фоне ряда заболеваний. У каждого 3-го пациента имелось указание на перенесенный инфаркт миокарда ($p < 0,001$) (табл.5). Стенокардия напряжения встречалась почти у половины пациентов ($p < 0,001$), артериальная гипертензия по строгим критериям – более чем у половины лиц с инфарктом миокарда ($p < 0,001$). Реже имелись указания на инциденты со стороны сосудов головного мозга, на перемежающуюся хромоту, сахарный диабет. У мужчин артериальная гипертензия, стенокардия напряжения и сахарный диабет в анамнезе встречались реже, чем у женщин. Различия в частоте остальных заболеваний были незначительны.

Большой процент заболевших инфарктом миокарда курили в настоящее время или в прошлом: среди мужчин эта категория больных составляла 60,7%, среди женщин – 11,4%.

Представляло несомненный интерес исследование симптомов, предшествовавших развитию инфаркта миокарда у выживших и умерших больных, таких как стенокардия впервые возникшая, стенокардия - обострение предшествующего заболевания; стесненность в груди, тяжесть в руке (руках), необычная усталость, одышка, аритмия (табл.6). Как оказалось, одышка и аритмии достоверно чаще встречались у умерших по сравнению с выжившими (25,9 и 11,1% соответственно) ($p < 0,05$). Необычная усталость чаще имела место среди умерших внезапно по сравнению с выжившими. Обострения стенокардии встречались в половине случаев как у выживших, так и у умерших (59,14 и 55,56% соответственно). У выживших впервые возникшая стенокардия встречалась в 26,07% случаев.

Достоверных различий в характеристике болевого синдрома в 2-недельный период, предшествовавший приступу, между группами умерших и выживших не отмечено. Более часто встречалась типичная клиника: учащение болевых приступов, увеличение продолжительности болей, усиление болей, появление их при меньшей физической нагрузке, изменение места болей, изменение иррадиации, появление болей во время сна, после еды.

Таблица 4
Клинические синдромы, зарегистрированные у больных инфарктом миокарда, включенных в исследование

Клиническая картина	всего	
	n	%
Болевой синдром типичной локализации	510***	86,74
Болевой симптом нетипичной локализации		
эпигастральная область	9	1,53
правая или левая 1/2 грудной клетки	5	0,85
Астматический вариант	20	3,4
Аритмический вариант	4	0,68
Церебральный вариант	6	1,02
Учащение приступов стенокардии	3	0,51
Впервые появившаяся стенокардия	4	0,68
Малосимптомные формы	23	3,91
Бессимптомный вариант	4	0,68
Всего болевых с нетипичным и бессимптомными вариантами	78	13,26
Всего	588	100

Таблица 5
Заболевания, предшествовавшие возникновению инфаркта миокарда с учетом пола

Заболевания, предшествовавшие возникновению ИМ	все					
	мужчины		женщины		оба пола.	
	n	%	n	%	n	%
Инфаркт миокарда	145	33,8	56	33,3	201***	33,7
Стенокардия	191	44,7	96	57,5	287***	48,3
Инцидент со стороны сосудов головного мозга	36	8,4	11	6,6	47	7,9
Перемежающаяся хромота	19	4,4	7	3,6	26	5,1
Сахарный диабет	51	11,9	43	25,7	94	15,7
Артериальная гипертензия	340	79,2	145	86,8	485*	81,4
Количество больных	429	100	167	100	596	100

Таблица 6
Частота симптомов, предшествовавших развитию инфаркта миокарда в зависимости от национальности и состояния больного

	все					
	Выжившие		Умершие		Всего	
	n	%	n	%	n	%
Ст-дия впервые	67	26,07			67	23,59
Об. предш-ей стенокардии	152	59,14	15	55,56	167	58,8
Стесненность в груди	6	2,33	-	-	6	2,11
Тяжесть в руках	3	1,17			3	1,06
Необычная усталость	16	6,23	2	7,41	18	6,34
Одышка	12*	4,67	7*	25,92	19	6,69
Аритмии	1*	0,39	3*	11,11	4	1,41
Всего б-х, у кого известен анамнез	257	100	27	100	284	100

Таким образом, в подавляющем большинстве случаев в обеих диагностических категориях типичная клиническая картина подтверждалась изменениями электрокардиограммы. Вместе с тем электрокардиографический метод исследования в некоторых случаях может быть малоинформативным, поэтому при постановке диагноза ИМ и принятии решения о госпитализации следует ориентироваться в основном на клиническую картину заболевания. Кроме того, в категории

ОИМ в значительном проценте случаев встречаются нетипичные формы заболевания. Поэтому необходимо тщательное обследование больных при любом подозрении на инфаркт миокарда. Преобладание выявляемости диагностической категории ВИМ у мужчин объясняется большим числом внезапных смертей, когда еще не успевает развиваться некроз миокарда, а также нарастанием частоты категории ВИМ с возрастом; у женщин это также связано с преимущественным

нарастанием заболеваемости в старших возрастных группах.

Максимальное развитие ИМ в покое, в домашних условиях, как у мужчин, так и у женщин можно объяснить тем, что вероятность возникновения заболевания по часам суток начинает возрастать с 3.00, достигая максимума в 10.00 и 22.00. Наибольшая летальность также приходится на утренние и вечерние часы (8.00 и 19.00), вместе с тем наблюдается ее повышение в 1.00 и 4.00 [5]. Этим же можно объяснить более частое развитие ИМ у мужчин на работе, на улице. Учитывая, что заболеваемость ИМ женщин наиболее высока в старших возрастных группах, чем у мужчин, вполне естественно, что у женщин он чаще развивается в домашних условиях. Максимум частоты возникновения ИМ и летальности от него в утренние и вечерние часы не случаен. Именно в утренние часы к сердечно-сосудистой системе предъявляются дополнительные требования: переход от сна к бодрствованию сопровождается увеличением симпатико-адреналовой активности надпочечников, что в свою очередь увеличивает потребность миокарда в кислороде. Коронарный кровоток, который бывает нарушен, не в состоянии адекватно справиться с повышенными требованиями, что влечет за собой нарастание частоты возникновения ИМ и летальности от него. Наряду с этим увеличение частоты ИМ и летальности в вечерние часы связано с факторами утомляемости к концу рабочего дня. Известно, что повышение коагулирующих свойств крови приходится на ночные часы; в то же время гиперкоагуляционные сдвиги сочетаются со значительным снижением фибринолитической активности. Нарастание летальности в ночные часы может быть связано с этими изменениями [6].

За медицинской помощью в основном обращаются родственники заболевших, и это естественно, т. к. заболевание чаще всего развивается в то время, когда вся семья находится в домашних условиях. Очень важным является факт различия в продро-

мальном периоде у выживших и умерших больных, т.к. появление тех или иных симптомов у больных должно настораживать врача в плане неблагоприятного прогноза заболевания.

Выводы

1. Диагностическая категория ВИМ встречается значительно чаще, чем ОИМ, причем у женщин это различие более выражено, чем у мужчин. В обеих диагностических категориях в подавляющем большинстве случаев наблюдалась типичная клиническая картина заболевания. Но вместе с тем в категории ОИМ в значительном проценте случаев встречаются и нетипичные формы заболевания.

2. Наиболее часто инфаркт миокарда развивается в домашних условиях. В то же время возникновение инфаркта миокарда было чаще на работе, на улице – у мужчин, а в домашних условиях – у женщин.

3. Стенокардия напряжения, артериальная гипертензия по строгим критериям встречались более чем у половины лиц с инфарктом миокарда. У мужчин артериальная гипертензия, стенокардия напряжения и сахарный диабет в анамнезе встречались реже, чем у женщин. Большой процент заболевших инфарктом миокарда курили в настоящее время или в прошлом: среди мужчин эта категория больных составляла 60,7%, среди женщин – 11,4%.

4. Различий в характеристике болевого синдрома в 2-недельный период, предшествовавший приступу, между группами выживших и умерших не отмечено. В то же время более часто у умерших внезапно встречались необычная усталость, одышка, аритмии, обострение предшествующей стенокардии, у выживших – впервые возникшая стенокардия и обострение предшествующей стенокардии.

Литература

1. Банщиков Г.Т. Регистр инфаркта миокарда и профилактика внезапной смерти: автореф. канд. дис. / Г.Т. Банщиков. – Вологда, 1982.
2. Гафаров В.В. Программа ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда»: 25 – летнее эпи-

демиологическое исследование инфаркта миокарда в России (1977 – 2001) / В.В. Гафаров, А.В. Гафарова, М.Ю. Благинина // Кардиология, 2005. - №8. – С. – 48 – 50.

3. **Грошилина О.В.** Научное обоснование клинико-эпидемиологических и организационных мероприятий по снижению заболеваемости острым инфарктом миокарда: автореф. канд. дис. / О.В. Грошилина. – Ростов-на-Дону, 2003.

4. **Зурабов М.Ю.** Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2005 году / М.Ю. Зурабов // Здравоохранение Российской Федерации. – 2007. – №9. – С. – 8 – 18.

5. **Исучение** отношения к вопросам здоровья у мужчин в условиях ежегодной диспансеризации населения / В.В. Гафаров и [др.] // Терапевт. архив. - 1987. - N1. - С.34-38.

6. **Матусевич Н.В.** Мониторинг инфаркта миокарда (диагностические комбинации, продромальный период, поведенческие характеристики) с использованием программ ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда», «МОНИКА» / Н.В. Матусевич // Там же. – 2002. – № 9. – С.9-12.

7. **Медицинская** помощь лицам 25-84-летнего возраста, заболевшим острым инфарктом миокарда в Каунасе в 1996г., по данным Регистра ишемической болезни сердца / Блужас Ю. и [др.] // Кардиология, 2003. - № 5. – С. – 25 - 28.

8. **Оганов Р.Г.** Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний – реальный путь улучшения демографической ситуации в России / Р.Г. Оганов, Г.Я. Масленникова // Там же. – 2007. - №1. – С. – 4. - 5.

9. **Погосова Г.В.** Улучшение приверженности к лечению артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца – ключевое условие снижения сердечно-сосудистой смертности / Г.В. Погосова, И.Е. Колтунов, А.Н. Рославцева // Там же. – 2007. - №3. – С. – 79 – 85.

10. **Попова М.А.** Инфаркт миокарда на Севере / М.А. Попова // 2003. – С. – 11 – 12.

11. **Эпидемиология** и профилактика хронических неинфекционных заболеваний в течение 2 десятилетий и в период социально-экономического кризиса в России / В.В. Гафаров и [др.]. – Новосибирск, 2000.

12. **Crimmins E.M.** Mortality and health in human life spans / E.M. Crimmins // Exp Gerontol. – 2001; 36: 885-897.

13. **Wenger N.K.** Coronary heart disease an older women's major health risk / N.K. Wenger // BMJ. – 1997; 315: 1085-1090.

А.Н. Ноговицына, Н.Р. Максимова, А.Л. Сухомясова,
А.Н. Григорьева, С.В. Авдеева, К.А. Фомина, Е.В. Забелина

МОНИТОРИНГ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В 2003-2007 гг. В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

В рамках Республиканской программы мониторинга врожденных пороков развития проведен анализ врожденных пороков сердца у новорожденных и детей до 1 года с 2003 по 2007 гг. установлено, что средние показатели врожденных пороков сердца у детей до 1 года с включением в число ВПС ООО превышают российские показатели.

Основной вклад в количество ВПС обусловлен дефектами перегородок. Большое количество беременных страдают экстрагенитальными заболеваниями, которые могут явиться причиной ВПС плода. Сравнительный анализ показал, что в данное время экологические факторы, скорей всего, не оказывают влияния на частоту ВПС, возможно, решающее значение имеют генетические и социальные причины.

Within the framework of the Republican program of monitoring of congenital developmental anomalies the analysis of congenital heart diseases at newborns and children under a year from 2003 till 2007 is lead. It is established that mean indices of congenital heart diseases at children under a year with inclusion in number of CHA OOW exceed the Russian parameters.

The basic contribution to quantity of CHA is caused by defects of septa. A plenty of pregnant women have extra genital diseases which can be reason of fetus CHA. The comparative analysis has shown, that at present ecological factors, most probably, do not render influence on frequency of CHA, probably, the genetic and social reasons have crucial importance.

Врожденные пороки сердца (ВПС) составляют значительную часть из всех ВПР (около 20%). В среднем одна треть детей с ВПС погибает в течение первого года жизни, если им своевременно не оказана кардиохирургическая помощь. Обобщенные данные по разным странам показывают, что частота рождения детей с ВПС составляет 6-8/1000 новорожденных. По данным Жученко Л.А. и др. [3], в г. Москве у детей до 1 года частота рождения детей с ВПС, включая случаи открытого овального окна (ООО), составляет 8,42 на 1000.

Пороки сердца часто ассоциируются с хромосомными болезнями, могут быть частью множественных пороков развития и генных болезней. Пороки развития сердца, связанные с мута-

циями генов, могут наследоваться в соответствии с менделевскими закономерностями по аутосомно-доминантному или аутосомно-рецессивному типу. Врожденные пороки сердца могут быть классифицированы в соответствии с этиологией, так же, как классифицируются другие пороки [4]:

- хромосомные аномалии;
- генные болезни;
- болезни с наследственной предрасположенностью;
- экзогенные причины.

При исследовании риска ВПС у подростков Алтайского края выявлены: осложненное течение беременности у 55% матерей, осложненные роды – у 44%, у каждого второго ребенка отягощенный наследственный анамнез по сердечно-сосудистой патологии. Неблагоприятные жилищные условия отметили у 63% родителей, доход ниже прожиточного минимума – у 22%. Конфликты в семье имели место у 13% респондентов, стереотипы нездорового питания выявлены у 60% школьников [6].

На сегодняшний день доказана генетическая природа 8% случаев ВПС, 90% – рассматриваются в рамках мультифакторной этиологии, т.е. сочетания генетических и средовых факторов. При этом большое значение имеет пороговый эффект гена, который заключается в том, что появление порока сердца происходит только если сумма действия генетических и средовых факторов превышает определенный предел (порог). Если порог не достиг-

нут, дефект не проявляется. Таким образом, средовые факторы выступают в роли провоцирующих моментов для проявления генетической предрасположенности [1].

Бурцевой Е.И. (ФГНУ ИПЭС) проведена интегральная оценка состояния окружающей среды (ОС) на основе анализа антропогенной нагрузки (экономика, население) экологических последствий (заболеваемость населения, загрязнение окружающей среды). В результате получен индекс напряженности фактора, на основе которого составлена шкала ранжирования по нарастанию. В пределах территории республики выделено 3 категории экологической ситуации: благополучная, удовлетворительная, напряженная, и 6 групп (уровней). В большинстве улусов (преимущественно сельскохозяйственных) экологическая ситуация благополучная и удовлетворительная. Напряженная категория ОС выделена в 10 улусах, в том числе и с развитым промышленным производством (Мирнинский, Ленский, Нерюнгринский, Алданский). Крайне напряженная экологическая ситуация сложилась в г. Якутске с подчиненной ему территорией. Результаты комплексной оценки состояния ОС, как считает автор, несколько занижены из-за недостаточности фактических материалов, изученности проблемы, например не учтено воздействие на экологию подземных ядерных взрывов [2].

Определение причин возникновения ВПС необходимо при проведении

Сотрудники ЯНЦ СО РАМН: **НОГОВИЦЫНА Анна Николаевна** – к.м.н., врач-генетик высшей категории ПНЦ РБ№1-НЦМ, зав. лаб.; **МАКСИМОВА Надежда Романовна** – к.м.н., врач-генетик первой категории, гл.н.с.; **СУХОМЯСОВА Айтилина Лукична** – к.м.н., врач-генетик первой категории, зав. МФК РБ№1-НЦМ, зав. лаб.; **ГРИГОРЬЕВА Антонина Николаевна** – врач высшей категории по организации здравоохранения и общественного здоровья, зав. ОМО ПЦ РБ№1-НЦМ, с.н.с. **АВДЕЕВА Светлана Васильевна** – врач-неонатолог высшей категории, зав. отделением новорожденных ПНЦ РБ№1-НЦМ; **ФОМИНА Кира Анатольевна** – врач-неонатолог первой категории ПНЦ РБ№1-НЦМ; **ЗАБЕЛИНА Елена Владимировна** – врач-УЗД первой категории КДЦ РБ№1-НЦМ.

генетической консультации, так как риск повторения в семье зависит от того, является ли дефект изолированным или составляет часть синдрома множественных пороков развития с более высоким риском. При подозрении на наследственный синдром множественных пороков развития и обнаружении ВПС необходимо искать другие аномалии, если они могут входить в состав данного синдрома. И напротив, обнаружение наследственной аномалии может побудить к поиску поражения сердца, если известно, что оно часто сопровождает этот синдром. Риск повторения изолированного ВПС у близких родственников составляет в среднем 2-4%, и возрастает вдвое, если братья или сестры имеют ВПС. Риск рождения ребенка с ВПС у матери, имеющей порок сердца, равен приблизительно 5-15%. Такие пороки, как аортальный порок и артерио-венозный канал, имеют наибольший риск наследования. Если ВПС наблюдался у отца, то риск является несколько меньшим – 1-3% [4].

В структуре ВПС у новорожденных Алтайского края у 14% зарегистрированы сложные пороки (тетрада Фалло, атриовентрикулярная коммуникация, транспозиция магистральных сосудов, общий артериальный ствол, аномалия Эбштейна и др.) [5].

По данным ЯРМИАЦ Республики Саха (Якутия), умерло до 1 года в 2003 г. 188 детей, из них 42 (22,3%) от врожденных аномалий развития, в том числе 20 от врожденных аномалий сердца и 2 от аномалий системы кровообращения. Таким образом, 52,38% младенческой смертности от врожденных аномалий занимают аномалии сердечно-сосудистой системы.

Одним из эффективных методов профилактики ВПР является внедрение в работу женских консультаций программы профилактики фолатзависимых пороков развития, в том числе ВПС. По данным зарубежных авторов, в Венгрии и Калифорнии (США) в группе женщин, принимавших поливитамины с высоким содержанием фолиевой кислоты, отмечается значительное снижение ВПР, в том числе ВПС на 50% в первом и на 30% во втором случаях. В Московской области внедрение программы первичной профилактики фолатзависимых ВПР дало также эффект снижения ВПС, но в меньшей степени [3].

Целью настоящего исследования является оценка частоты и структуры врожденных пороков сердца у детей до 1 года в республике.

Материалы и методы. Для исследования использовалась медицинская информация на детей до 1 года: извещения на живорожденных, мертворожденных и детей до 1 года и статистические формы №32 и 60, с 2003 по 2007 г. поступающие в медико-генетическую консультацию на основании приказов Министерства здравоохранения РФ от 10.09.98 г. №268 «О мониторинге врожденных пороков развития у детей», Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия) № 01-8/4-112 от 28.03.2001 г. «О развитии медико-генетической службы в Республике Саха (Якутия)», из родильных домов г Якутска, центральных районных больниц (ЦРБ), родильного отделения Перинатального центра (ПНЦ), детских стационаров Педиатрического центра и патолого-анатомического отделения РБ№1-НЦМ. Все данные вводятся в базу Республиканского Генетического регистра по мониторингу врожденных пороков развития. Данные в регистре на каждого ребенка могут быть исправлены в соответствии с уточнением диагноза ВПР в стационарных условиях. Регистрация ВПС ведется по нозологическим формам согласно Международной классификации болезней (МКБ – 10). В анализ не включены ВПС, сопутствующие хромосомной патологии, генным заболеваниям и множественным порокам развития.

Результаты исследования и обсуждение. Сведения о количестве родов по формам № 60 и 32 регулярно поступают из родильных домов городов Якутск, Нерюнгри, Мирный, Алдан, ЦРБ центральной, заречной и вилюйской групп улусов (табл. 1) и нерегулярно – из северных групп улусов. С 2003 по 2007 г. в медико-генетическую консультацию поступило сведений о родах 60854, что составило 85% от количества новорожденных за данный период, по данным ЯРМИАЦ – 71 438.

В анализ настоящего исследования включены сведения на 644 новорожденных и детей до 1 года с изолированными врожденными пороками сердечно-сосудистой системы. При анализе извещений на новорожденных и мертворожденных с пороками сердечно-сосудистой системы отмечено, что у 28,34% матерей беременность протекала гладко. Угроза выкидыша в первом триместре отмечена у 10,2%, токсикоз – у 3,15%. Обострение хронического пиелонефрита во время беременности наблюдалось у 41%, анемия – у 33,85, гестоз на фоне хронического пиелонефрита во второй половине беременности развился у 26,77% жен-

щин. У 5,5% беременных выявлена сердечно-сосудистая патология у самих (оперированная ВПС, ПМК и др.), с никотиновой интоксикацией до родов – у 3,1% женщин. У 18,1% женщин выявлены носительство HbS – антигена, заболевания, передающиеся половым путем, контакт с больной краснухой, вакцинация против краснухи.

От первых родов с ВПС родилось 50% детей, вторых – 25, третьих – 16, четвертых – 4,6, пятых – 1,85, шестых – 0,93%, и от восьмой беременности – 0,93% (рис.1). Наиболее чаще рождались дети с ВПС от первых и третьих родов.

Возраст матерей, родивших детей с ВПС: до 18 лет – 6,4%, с 19 до 34 лет – 78, с 35 до 39 лет – 12,8, более 40 лет – 2,4% (рис.2). Наиболее чаще рождаются дети с ВПС у матерей старше 35 лет. По полу: мальчиков с ВПС родилось – 45, 68%, девочек – 54,3%.

С массой тела от 1000 до 2000 г родилось 3,14% новорожденных с ВПС, от 2000 до 2500 г – 4,7, 2500-3000 г – 15,7, 3000-4000 г – 63, более 4000 г – 12,6%. При всех новорожденных количество детей с ВПС больше в группе от 1000 до 2999 г. В группе с массой тела от 3000 до 3999 г количество новорожденных с ВПС меньше, а в группе свыше 4000 г количество новорожденных с ВПС больше.

Среднереспубликанский показатель частоты ВПС составляет 9,0 на 1000, и умеренно превышает показатель по г. Москве – 8,42/1000 [Жученко Л.А. и др., 2006]. Средняя частота ВПС в улусах – 7,6 на 1000, что на 48% ниже, чем в г. Якутске (12,1 на 1000). Выше среднереспубликанского показателя частоты ВПС в 14 улусах и в г. Якутске.

Учитывая данные эколого-экономической оценки и шкалы ранжирования, мы сопоставили частоту ВПС с различным состоянием окружающей среды в республике (табл.2). В районах с благополучным состоянием окружающей среды частота ВПС у новорожденных от среднего уровня (в Верхневилуйском – 5,3) до высокого (в Эвено-Бытантайском – 20,0, Абыйском – 13,5, Жиганском – 15,9, Оленекском – 14,4, Горном – 13,3). Высокие показатели ВПС наблюдаются в основном в северных улусах с коренным населением. На формирование высоких показателей может некоторым образом повлиять также закон малых чисел из-за малого количества населения в северных улусах. В улусах с удовлетворительным и относительно удовлетворительным состоянием окружающей среды частота ВПС умеренно

Таблица 1

Количество родов и выявление врожденных пороков сердца в ЦРБ и РБ№1-НЦМ у новорожденных

п/п	Район	Число родившихся, по данным Госкомстата за 2003-2007 гг.	Количество ВПС по извещениям	Частота ВПС на 1000 новорожденных
1.	Абыйский	296	4	13,5
2.	Алданский	2885	9	3,1
3.	Аллайховский	243	3	12,3
4.	Амгинский	1474	16	10,8
5.	Анабарский	385	2	5,2
6.	Булунский	626	3	4,8
7.	Верхневилуйский	1875	10	5,3
8.	Верхнеколымский	306	2	6,5
9.	Верхоянский	1019	4	3,9
10.	Вилуйский	2156	28	12,9
11.	Горный	1051	14	13,3
12.	Жиганский	376	6	15,9
13.	Кобяйский	1001	12	11,9
14.	Ленский	2823	3	1,0
15.	Мегино-Кангаласский	2688	41	15,2
16.	Мирнинский	5084	24	4,7
17.	Момский	446	3	6,7
18.	Намский	1888	16	8,4
19.	Нерюнгринский	5167	34	6,5
20.	Нижнеколымский	399	1	2,5
21.	Нюрбинский	2185	22	10,0
22.	Оймяконский	592	4	6,7
23.	Олекминский	1798	10	5,6
24.	Оленекский	348	4	14,4
25.	Среднеколымский	636	3	4,7
26.	Сунтарский	2117	16	7,5
27.	Таттинский	1389	17	12,2
28.	Томпонский	958	3	3,1
29.	Усть-Алданский	1911	24	12,6
30.	Усть-Майский	595	-	-
31.	Усть-Янский	491	1	2,0
32.	Хангаласский	2482	17	6,8
33.	Чурапчинский	1752	20	11,5
34.	Эвено-Бытантайский	232	4	20,0
	Всего в улусах	49672	380	7,6
35.	г Якутск и п.н.п.	21771	264	12,1
	Всего:	71 443	644	9,0

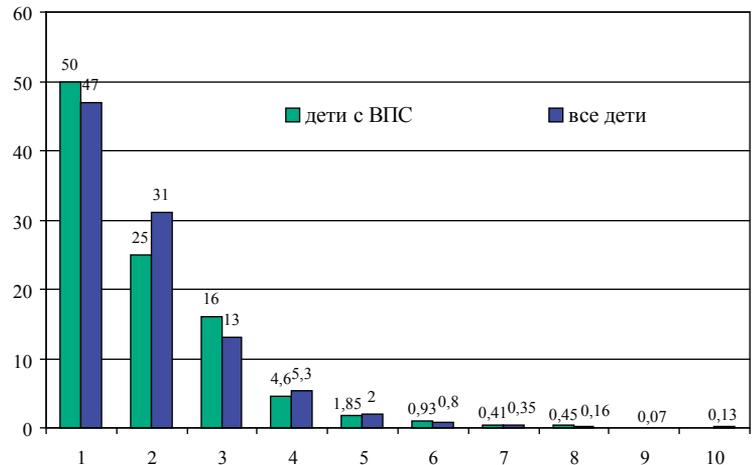


Рис. 1. Порядковый номер родов детей с ВПС

высокая в следующих улусах: Усть-Алданском – 12,6, Кобяйском – 11,9, Таттинском – 12,2, Чурапчинском – 11,5, Вилуйском – 12,9, Аллаиховском – 12,3. Напротив, в улусах с относительно напряженным и напряженным состоянием окружающей среды высокая частота ВПС только в Мегино-Кангаласском улусе – 15,2, а в остальных – средняя и даже низкая. Это в основном промышленные улусы Ленский – 1,0, Алданский – 3,1, Мирнинский – 4,7, Нерюнгринский – 6,5.

Таким образом, высокие показатели частоты ВПС у новорожденных в настоящее время, по-видимому,

связаны не с загрязнением окружающей среды, а с другими факторами (генетическими, социальными). В г. Якутске частота ВПС – 12,1 на 1000 новорожденных, экологическая обстановка напряженная, возможно, и генетические, и социальные факторы имеют место быть в совокупности и приводят к результатам выше среднереспубликанских.

В Перинатальный центр РБ№1-НЦМ направляется основная часть женщин с осложнениями беременности, с выявленными или предполагаемыми врожденными пороками развития плода на всех сроках. В данном учреждении за 2003-2007 гг. родилось 8480 новорожденных из разных улусов и диагностировано 54,48% из всех ВПС и 90% диагнозов ООД детей до 1 года. Частота ВПС новорожденных в родильном отделении Перинатального центра составила 4,08%.

Из специализированных стационаров Педиатрического центра получено 130 извещений на ребенка с изоли-

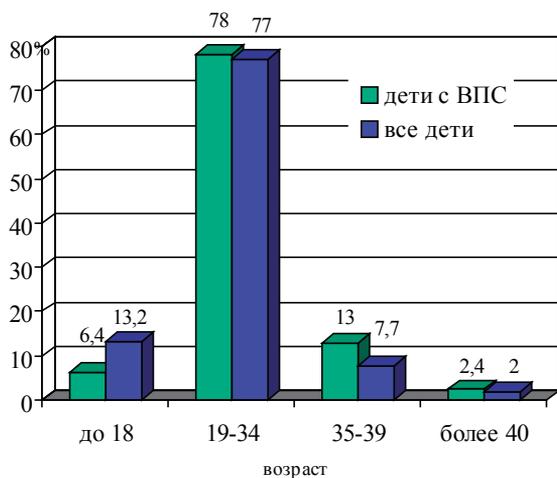


Рис. 2. Возраст матери детей с ВПС

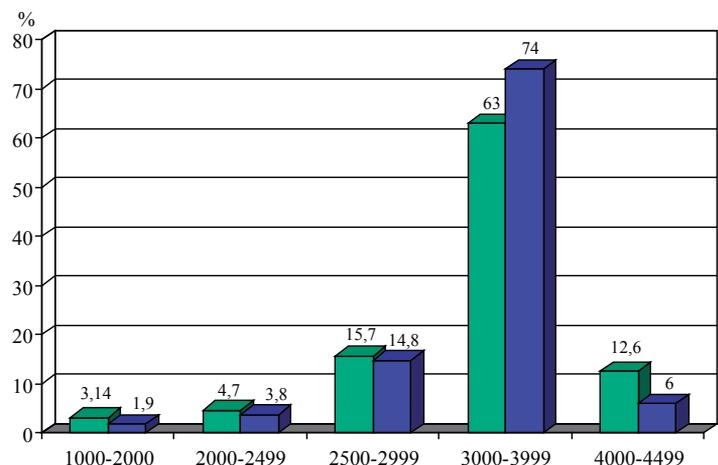


Рис. 3. Масса тела новорожденных с ВПС в сравнении со средней массой тела всех новорожденных

Таблица 2

Комплексная эколого-экономическая оценка состояния окружающей среды и частота врожденных пороков сердца у новорожденных

Административный район (улус)	Окружающая среда [2]		Частота ВПС на 1000 новорожденных
	Шкала ранжирования	Состояние	
Момский	1 (<0,66)	Благополучное	6,7
Жиганский			15,9
Оленекский			14,4
Горный			13,3
Абыйский	2 (0,66-07)	Относительно благополучное	13,5
Среднеколымский			4,7
Эвено-Бытантайский			20,0
Верхневиллюйский			5,3
Булунский			4,8
Амгинский			10,8
Кобайский	3 (0,71-0,79)	Удовлетворительное	11,9
Усть-Алданский			12,6
Верхнеколымский			6,5
Анабарский			5,2
Намский			8,4
Таттинский			12,2
Чурапчинский	4 (0,8-1,0)	Относительно-удовлетворительное	11,5
Нюрбинский			10,0
Сунтарский			7,5
Аллаиховский			12,3
Томпонский			3,1
Хангаласский			6,8
Вилуйский			12,9
Нижнеколымский			2,5
Верхоянский			3,9
Мегино-Кангаласский			5 (1,01-2,0)
Усть-Майский	-		
Оймяконский	6,7		
Олекминский	5,6		
Усть-Янский	6 (2,01-3,0)	Напряженное	2,0
Ленский			1,0
Алданский			3,1
Нерюнгринский			6,5
Мирнинский			4,7
г. Якутск			7 (>3)

рованными формами ВПС до 1 года. Средняя частота ВПС у новорожденных и детей до 1 года по республике составила 9,0 на 1000, что немного выше, чем в других регионах Российской Федерации.

Частота изолированных форм ВПС по годам растет: в 2003 г. составила 6,1, а в 2007 г. – 12,43 на 1000 детей до 1 года, в среднем по республике 9,0 на 1000 (табл. 3). Наиболее часты врожденные пороки сердечной перегородки, которые занимают 74% из всего количества ВПС, в то же время число дефектов межжелудочковой перегородки за исследуемый период снизилось с 40 в 2003 г. до 24 в 2007 г., а количество дефектов межпредсердной и предсердножелудочковой перегородок повышается. Данный факт можно объяснить, скорее всего, улучшением ранней диагностики, а снижение дефектов межжелудочковой пере-

городки сложно объяснить при общем повышении частоты ВПС.

В анализ ВПС по республике не включено выявленное у новорожденных открытое овальное окно, которое составило: в 2003 г. – 90, 2004 г. – 110, 2005 г. – 151, 2006 г. – 133, 2007 г. – 107 случаев. Всего детей с ООО за 5 лет родилось 591. Частота ООО у новорожденных в республике составила 9,7 на 1000. Некоторые авторы ООО включают в число ВПС, но количество их в данных исследованиях не составляет такой большой частоты, как в нашей республике. С учетом ООО частота ВПС по республике в среднем будет составлять 17,3 на 1000. Сложные пороки сердца составили 4,5%.

Выявление ВПС на ранних сроках беременности (22–26 нед) находится на низком уровне, около 1–3% из всех ВПС. Прервано плодов по причине изолированных ВПС с 2003 по 2007 г.

всего 4 (большими дефектами межжелудочковой перегородки – 2, с транспозицией магистральных сосудов – 1, тетрадой Фалло – 1). Все беременные были консультированы детскими кардиологами, УЗ-специалистами. Решение о прерывании беременности принимали супруги. Все плоды с ВПС были верифицированы при патологоанатомическом вскрытии врачом-генетиком, специалистами по ультразвуковой диагностике, диагнозы совпали.

В республике нет программы по профилактике фолатазависимых ВПР, о приеме фолиевой кислоты в период беременности сведения в извещениях имеются менее чем у 10% женщин с детьми с ВПС. Тем не менее снижение частоты межжелудочковых дефектов, возможно, связано с более активным применением фолиевой кислоты в последние годы акушерами-гинекологами.

Заключение. Таким образом, количество ВПС у новорожденных в республике повысилось за последние 5 лет более чем в 2 раза. Это может быть связано и с ухудшением факторов (генетических, средовых), и с улучшением ранней диагностики;

- средние показатели врожденных пороков сердца у детей до 1 года 9,0 на 1000; с включением в число ВПС ООО превышают российские показатели: 17,3 на 1000;

- основной вклад в количество ВПС обусловлен дефектами перегородок;

- дородовая диагностика ВПС по республике на низком уровне;

- высокое число беременных страдают экстрагенитальными заболеваниями (анемии, заболевания почек и т.д.), которые могут явиться причиной ВПС плода;

- в данное время средовые факторы не оказывают влияния на частоту ВПС, возможно, решающее значение имеют генетические факторы, которые необходимо изучить;

- ухудшение экологической обстановки в регионе в совокупности с неблагоприятными генетическими факторами может в последующем усугубить частоту ВПС в некоторых улусах;

- остается недостаточным уровень мониторинга по ВПР в ЦУБ, который вообще отсутствует в детских поликлиниках;

- для полноценной реабилитации детей с ВПС необходимо дальше развивать детскую кардиологическую службу и кардиохирургическую помощь в республике;

Таблица 3

Структура врожденных пороков сердечно-сосудистой системы у новорожденных по годам в Республике Саха (Якутия)

Нозологические формы (код по МКБ-10)	2003	2004	2005	2006	2007*	Всего
Общий артериальный ствол (Q 20.0)	-	-	-	1	-	1
Транспозиция магистральных сосудов (Q 20.3)	2	2	1	3	2	10
Другие врожденные аномалии сердечных камер и соединений, в том числе неуточненные (Q 20.8 Q 20.9)	11	16	23	17	26	93
Дефект межжелудочковой перегородки (Q 21.0)	40	34	43	28	25	170
Дефект межпредсердной перегородки (Q 21.1)	14	27	46	45	96	228
Дефект предсердножелудочковой перегородки (Q 21.2)	7	10	12	12	30	71
Тетрада Фалло (Q 21.3)	1	3	3	-	4	11
Другие врожденные аномалии сердечной перегородки, в том числе неуточненные (Q 21.8, Q 21.9)	-	-	-	-	1	1
Врожденные пороки клапанов легочной артерии, в том числе неуточненные (Q 22.1, Q 22.2, Q 22.3)	2	-	1	3	-	6
Аномалия Эбштейна (Q 22.5)	1	-	-	-	-	1
Синдром правосторонней гипоплазии сердца (Q 22.6)	1	-	-	1	-	2
Врожденный стеноз аортального клапана (Q 23.0)	1	-	-	-	-	1
Синдром левосторонней гипоплазии сердца (Q 23.4)	-	-	1	-	-	1
Дестракардия (Q 24.0)	-	-	1	-	2	3
Врожденный субаортальный стеноз (Q 24.4)	-	-	-	-	-	-
Другие уточненные врожденные аномалии сердца (Q 24.8)	-	4	-	3	-	7
Открытый артериальный проток (Q 25.0)	3	6	1	5	-	15
Коарктация аорты (Q 25.1)	-	1	2	1	1	5
Стеноз легочной артерии (Q 25.6)	2	2	-	2	1	7
Другие врожденные аномалии легочной артерии (Q 25.7)	-	1	-	-	-	1
Другие врожденные аномалии крупных артерий (Q 25.8)	-	1	2	-	-	3
Тотальная аномалия соединения легочных вен (Q 26.2)	-	-	1	-	1	2
Врожденное отсутствие и гипоплазия пупочной артерии (Q 27.0)	2	-	-	1	-	3
Пентада Фалло	-	1	-	-	-	1
Всего:	87	109	137	122	189	644
Сведения о родах по данным ТО ФС Госкомстатистики по РС(Я)	14224	14716	13591	13713	15199	71 443
Частота ВПС по годам на 1000 родов.	6,1	7,4	10,0	8,8	12,43	9,0

* Предварительные данные.

– с целью снижения частоты ВПС необходимо принятие в республике целевых профилактических программ врожденных пороков развития.

Благодарим врачей, принимающих участие в республиканском мониторинге врожденных пороков развития.

Литература

- Белозеров Ю.М., Леонтьева И.В., Школьникова М.А. [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 1998. – №1. – С.18-23.
- Бурцева Е.И. Геоэкологические аспекты развития Якутии / Е.И. Бурцева. – Новосибирск: Наука, 2006. – 267с.
- Жученко Л.А. Распространенность и структура врожденных пороков сердечно-сосудистой системы у детей в возрасте до 1 года / Л.А. Жученко, Е.А. Шестопалова, Н.П. Бочков // Медицинская генетика. – 2006. – №1(43). – С.20-22.
- Красильников В.В. Аномалии разви-
- тия: пособие для врачей / В.В. Красильников. – СПб., 2007. – 162 с.
- Колесникова В.А. Структура врожденных пороков сердца у новорожденных Алтайского края / В.А. Колесникова [и др.] // Сборник материалов XII Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии». – М., 2008. – С. 157-158.
- Усольцева Т.А. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у подростков / Т.А. Усольцева, Н.К. Перовошикова // Там же. – С. 342-343.



УДК 616-089 617.5

А.В. Тобохов, Д.Н. Семенов, П.А. Неустроев, В.Н. Николаев,
А.И. Протопопова

СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ИШЕМИИ У БОЛЬНЫХ С АНОМАЛИЯМИ ФИКСАЦИИ И РАЗВИТИЯ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Авторами обследовано 22 пациента, из них у 12 диагностирован висцероптоз, подтвержденный рентгенологически, и 10 человек без патологии толстого кишечника. При этом данные ультразвуковой доплерографии у больных с висцероптозом выявили, что снижение скорости кровотока в брюшной аорте и верхней брыжеечной артерии в положении стоя происходит быстрее на 33,5 см/с (39,7%) и на 29,99 см/сек (30,8%) соответственно, чем в контрольной группе. Эти данные указывают на то, что больные с висцероптозом испытывают хроническую абдоминальную ишемию, связанную с нарушением кровотока в мезентериальных сосудах, вследствие девиации ободочной кишки с формированием участков патологической ангуляции артерий.

Authors research of 22 patients, 12 patients with visceroptosis, confirmed by X-ray examination and 10 person without a pathology of thick intestines are characteristic is surveyed. Thus, the data Doppler ultrasonic researches at patients with visceroptosis, have revealed decrease in speed of a blood-groove in a belly aorta and top mesenteric arteries in standing position on 16,6 sm/sec. and 20,1 sm/sec accordingly, it is more than. than in control group. These data specify that patients with visceroptosis test chronic abdominal ischemia connected to infringement of a blood-groove in mesenteric vessels, owing to deviation small guts with formation of sites pathological angulations of arteries.

Нами проведено обследование 22 больных в возрасте от 21 до 70 лет, находившихся на амбулаторном и стационарном лечении по поводу висцероптоза в РБ№1-НЦМ в 2006-2007 гг.

Как видно из табл.1, 14 (61,9%) пациентов находились в наиболее трудоспособном возрасте – от 21 до 50 лет. Мужчин – 7 (31,8%) чел., женщин – 15 (98,2%). По национальности пациенты распределились следующим образом: 17 (77,2%) чел. – коренные жители (якуты, эвены, эвенки), остальные 5 (22,8%) – некоренные (русский, белорус, украинец, татарин, армянин).

По результатам ирригоскопии пациенты разделены на 2 группы: 1-я – 12 (54,5%) чел. с подтвержденным висцероптозом, 2-я – 10 (45,5%) пациентов, у которых висцероптоз не выявлен. Вторая группа была выбрана как контрольная.

Изменения ободочной кишки имеют множество вариантов. В рентгенемииотике аномалий развития ободочной кишки у больных в первой группе с висцероптозом мы придерживались классификации А.И. Иванова (1996).

По данным ирригоскопии (табл.2), нарушение фиксации толстой кишки в виде правостороннего колоноптоза выявлено у 4 больных (33,3%), а левостороннего – у 2 (16,6%). Тоталь-

Кафедра госпитальной хирургии МИ ЯГУ: **ТОБОХОВ Александр Васильевич** – д.м.н. зав. кафедрой, **СЕМЕНОВ Дмитрий Николаевич** – врач-хирург, аспирант, **НЕУСТРОЕВ Петр Афанасьевич** – к.м.н. доцент, **НИКОЛАЕВ Владимир Николаевич** – к.м.н., доцент, **ПРОТОПОПОВА Анна Ивановна** – аспирант.

Таблица 1

Распределение больных с висцероптозом по возрасту и полу

Пол	Возраст										Всего	
	21-30		31-40		41-50		51-60		61-70		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Мужчины	2	9,09	1	4,54	2	9,09	1	4,54	1	4,54	7	31,8
Женщины	2	9,09	3	13,64	4	18,18	3	13,64	3	13,64	15	68,2
Всего	4	18,18	4	18,18	6	27,27	4	18,18	4	18,18	22	100

ный колоноптоз выявлен у 1 (8,3%) пациента. Выявлены сегментарные удлинения ободочной кишки, такие как долихотрансверзоколон – 2 (16,6%) случая, долихоколон – 1 (8,3%). Из обследованных больных у двоих ранее проведена операция в объеме гемиколэктомии с двусторонней колонопексией.

Во второй группе ирригоскопия изменений ободочной кишки не выявила.

Всем 22 больным проведено доплерографическое исследование кровотока на ультразвуковом аппарате фирмы «Siemens» Sonolain G60S. Методика исследования: исходно исследование проводится в горизонтальном положении. При этом доплерографически изучают скорость кровотока БА и ВБА в эпигастральной области живота. Затем переводят исследуемого в вертикальное положение и в тех же точках оценивают кровоток на брюшной аорте и на верхней брыжеечной артерии. Причем кровоток в ВБА оценивают в 1 см от устья самой артерии.

Как видно из табл.3, разница между средними показателями кровотока в брюшной аорте в горизонтальном и вертикальном положениях в первой группе составляет: 33,5 см/с (39,7%),

Таблица 2

Результаты ирригоскопии у больных с висцероптозом, осложненным ХТС

Патологические изменения	Кол-во больных
Правосторонний колоноптоз	4
Левосторонний колоноптоз	2
Тотальный колоноптоз	1
Долихоколон	1
Долихотрансверзоколон	2
Состояние после операции резекции толстой кишки, колонопексии	2
Всего	12

во второй – 16,9 см/с (24,4%). При этом в первой группе максимальная разница – 51,5 см/с (44,8%), минимальная – 22,1 см/с (30,1%). Во второй группе максимальная разница – 25,2 см/с (36,6%), минимальная – 7,2 см/с (8,6%).

В верхней брыжеечной артерии (ВБА) средняя разница между показателями кровотока в положении лежа и стоя в первой группе составила 29,99 см/с (30,8%), в контрольной – 9,18 см/с (11,06%) (табл.4). При этом в первой группе максимальная разница – 36 см/с (29,4%), минимальная – 13,4 (12,6%). Во второй группе максимальная разница – 24 см/с (26,3%), минимальная – 1 см/с (2,04%).

Таблица 3

Параметры кровотока в брюшной аорте у исследуемых больных по данным УЗИ, см/с (%)

1-я группа			2-я группа		
ЛСК		Разница кровотока	ЛСК		Разница кровотока
Лежа	Стоя		Лежа	Стоя	
83,1	47,3	35,8(43)	59,1	39,8	19,3(32,6)
103,5	61,9	41,6(40,1)	70	46	24(26,6)
88,5	50,6	37,9(42,8)	89,9	81,3	8,6(9,5)
75,1	32,8	42,3(56,3)	83,5	76,3	7,2(8,6)
79	53	26(29,9)	68,8	43,6	25,2(36,6)
109,9	74,6	35,3(38,4)	52,2	37,5	14,7(28,1)
91,8	58,5	32,5(35,4)	63,4	48,6	14,8(23,3)
103,9	71,7	32,8(31,5)	60,0	49,2	10,8(18)
80,6	46,8	33,8(41,9)	75,6	53,8	21,8(28,8)
73,4	41,7	31,7(43,1)	70	47,4	22,6(32,2)
73,3	51,2	22,1(30,1)			
114,7	63,2	51,5(44,8)			
Средняя разница кровотока		33,5(39,7)	Средняя разница кровотока		16,9(24,4)

Таблица 4

Параметры кровотока в верхней брыжеечной артерии у исследуемых больных по данным УЗИ, см/с (%)

1-я группа			2-я группа		
ЛСК		Разница кровотока	ЛСК		Разница кровотока
Лежа	Стоя		Лежа	Стоя	
99,7	64,4	35,3(35,4)	49,0	48,0	1(2,04)
107,9	75,7	32,2(29,8)	91	67	24(26,3)
95,1	63,7	31,4(33)	108,7	92,3	16,4(15,8)
91,2	68,1	23,1(25,3)	68,6	55,6	13(18,9)
100	61,6	38,4(38,4)	78,3	74,5	3,8(4,8)
105,6	92,2	13,4(12,6)	77,0	69,2	7,8(10,1)
113,5	82,2	31,3(27,5)	74,7	67,0	7,7(10,3)
62,6	42,9	19,7(31,4)	81,8	75,1	6,7(8,1)
101,5	64,5	37(36,4)	80,5	73,3	7,2(8,9)
92,7	63,8	28,9(31,1)	81,9	77,4	4,5(5,4)
84,4	51,2	33,2(39,3)			
122,3	86,3	36(29,4)			
Средняя разница кровотока		29,99(30,8)	Средняя разница кровотока		9,18(11,06)

Необходимо отметить, что на уровне ВБА разница между скоростью кровотока в горизонтальном и вертикальном положении меньше, чем на уровне брюшной аорты (БА). Причем если в первой группе больных раз-

ница между средними показателями составляла около 30,8%, то во второй группе разница уменьшается почти в 2 раза – 11,06%. По нашему мнению, общее снижение колебаний в зависимости от положения тела связано с из-

менениями в диаметре сосудов. Тем не менее важно, что в первой группе больных высокие цифры разницы скорости кровотока на уровне БА и на уровне ВБА сохраняются, тогда как в контрольной группе эти изменения значительно ниже.

Таким образом, полученные результаты по разнице скорости кровотока в брюшной аорте и верхней брыжеечной артерии показывают, что у больных с аномалиями развития и фиксации ободочной кишки в вертикальном положении, по нашему мнению, происходит смещение внутренних органов вниз, это приводит к сдавлению сосудов брыжейки, развитию патологических ангиуляций ВБА. Снижение скорости кровотока может привести к хронической абдоминальной ишемии, которая клинически проявляется болевым синдромом.

Литература

Ахмедов М. Сочетанные одномоментные операции при заболеваниях толстой кишки и других органов брюшной полости / М. Ахмедов // Акт. вопросы колопроктологии.- Нижний Новгород, 1995.- С. 170- 172.

Иванов А.И. Хронический толстокишечный стаз, обусловленный аномалиями развития, фиксации ободочной и прямой кишок (этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика и хирургическое лечение): дис... д-ра мед. наук / А.И. Иванов. – М., 1996.

Оперативное лечение пациентов с ХТС в сочетании с хроническим желчным рефлюкс-гастритом / В.В. Плотников [и др.]. // Сб. мат. XXV юбил. конф. врачей Курганской обл. – Курган, 1992.- С. 109-111.

Романов П.А. Клиническая анатомия вариантов и аномалий толстой кишки / П.А. Романов. – М., Медицина, 1987.

Тобохов А.В. Диагностика и хирургическое лечение висцероптоза: дис... д-ра мед. наук / А.В. Тобохов. – М., 2003.

Ус В.Г. Висцероптоз (Клиника, диагностика, лечение): автореф. дис... д-ра мед. наук / В.Г. Ус. – М., 1987.- 38с.

Glenard F.H. Les ptosis vesceralis / F.H. Glenard. - Paris, 1883.

УДК 616.37- 002.4-002- 089

М.М. Винокуров, А.А. Яковлев

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ВЫБОРЕ ОПЕРАТИВНОЙ ТАКТИКИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

Данная работа основана на результатах ультразвукового исследования 213 больных с острым холециститом в условиях центральной районной больницы. В основе исследования лежит новый метод ультразвуковой диагностики с применением доплерографии. В результате улучшен прогноз при выборе оперативной тактики больных с острым холециститом.

This work is based on results of ultrasonic research of 213 patients with an acute cholecystitis in conditions of the central regional hospital. The base of research is new method of ultrasonic diagnostics with using dopplerography. In result improved forecast in choosing operating tactics of patients with acute cholecystitis.

Новые перспективы в радикальном хирургическом лечении пациентов с острым холециститом появились благодаря внедрению в клиническую практику таких малотравматичных операций, как лапароскопическая холецистэктомия и холецистэктомия из мини-доступа. Эти операции стали популярными среди врачей и среди пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖБК). Однако при остром холецистите к миниинвазивным вмешательствам прибегают значительно реже, что связано со значительными трудностями их выполнения при остром воспалении желчного пузыря и частым переходом к лапаротомии [1,5,7].

Первое сообщение об использовании ультразвукового метода в выявлении заболеваний желчного пузыря появилось в 1950г. (Ludwig J. et al). Ультразвуковое исследование признано методом скрининга при ЖБК и ее осложнениях. Большинство авторов отмечают особую ценность эхографии при механической желтухе и остром холецистите. Эхография не только позволяет с высокой степенью точности поставить правильный диагноз, но и сокращает время обследования и пребывания больного в стационаре. При помощи ультразвука хирург до операции получает полное представление о морфологических изменениях органов гепатодуоденальной зоны (ГПДЗ), а также о наличии патологических образований (конкрементов, кист) [4,6]. Применение ультразвукового исследова-

ния является обязательным в диагностике желчнокаменной болезни. Точность диагностики камней в желчном пузыре и протоках при этом исследовании достигает 92,4-98,5% [3,6]. Возможности ультразвукового метода исследования позволяют оптимизировать диагностический процесс у больных с острым холециститом и полностью, практически, отказаться от проведения диагностической лапароскопии [2].

Материалы и методы. Клиническим материалом для исследования послужили 213 (37,8%) больных с острыми формами желчнокаменной болезни, из числа прошедших лечение по поводу острого холецистита в период с 1998 по 2007 г. в хирургическом отделении центральной районной больницы г. Вилюйска Республики Саха (Якутия). Применявшиеся лечебные тактики обусловили выделение двух периодов исследования. В первый период – с 1998 по 2002 г. – находились на лечении 103 больных с острыми формами желчнокаменной болезни. Клинический материал этого периода наблюдений послужил основанием для анализа лечебной тактики и поиска путей улучшения лечебно-диагностической тактики. В течение

второго периода наблюдения – 2002 – 2007 гг. – хирургическая помощь оказана 110 больным. Использовалась усовершенствованная лечебно-диагностическая тактика, базирующаяся на балльной оценке физиологического состояния больных и прогнозирования тяжести течения заболевания. Применяли новый метод УЗИ-диагностики, внедренный в клиническую практику Н.А. Кузнецовым.

Возраст больных с острыми формами желчнокаменной болезни варьировал от 18 лет до 81 года, при этом преобладали лица трудоспособного возраста от 18 до 55 лет – 165 (77,4%) пациентов, что соответствует общероссийским статистическим данным. Мужчин было 22 (10,3%), женщин – 191 (89,6%), подтверждая данные многих авторов (табл.1).

Результаты и обсуждения. Для обследования применяли аппарат сложного сканирования с получением изображения в оттенках серого цвета “SSD-650” фирмы “Алока” (Япония) с линейным и конвексным датчиком 3,5 МГц. Серая шкала монитора давала изображение от 1 до 64 оттенков серого цвета, которые соответствовали определенному диапазону эхосигналов. Наиболее полные и объективные

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту в исследуемых группах

Возраст, лет	Мужчины	Женщины	Итого
18-25	-	3 (1,4 %)	3 (1,4 %)
26-35	1 (0,4 %)	43 (20,2 %)	44 (20,6 %)
36-45	4 (1,9 %)	53 (24,9 %)	57 (26,8 %)
46-55	4 (1,9 %)	51 (24 %)	55 (28,1 %)
56-70	9 (4,2 %)	29 (13,6 %)	38 (17,8 %)
70 и старше	4 (1,9 %)	12 (5,6 %)	16 (7,5 %)
Всего	22 (10,3 %)	191 (89,7 %)	213 (100%)

ВИНОКУРОВ Михаил Михайлович – д.м.н., проф., зав. кафедрой МИ ЯГУ; **ЯКОВЛЕВ Антон Антонович** – зав. хирургическим отделением Вилюйской центральной районной больницы.

Таблица 2

Сравнительный анализ УЗИ-обследования и клинико-морфологической формы воспаления желчного пузыря, абс. число (%)

Методы исследования	Форма воспаления желчного пузыря			Всего больных
	ката- ральная	флегмо- нозная или гангренозная	деструктивная, ослож- ненная распростра- ненным перитонитом	
Первый период наблюдения				
УЗИ	66(64,0)	32(31,2)	5(4,8)	103(100)
Клинико-морфоло- гическая картина желчного пузыря	40(38,8)	20(19,4)	5(4,8)	65(63,1)
Второй период наблюдения				
УЗИ	46(41,8)	48(43,7)	6(5,4)	100(90,9)
Клинико- морфоло- гическая картина желчного пузыря	51(46,4)	53(48,2)	6(5,4)	110(100)

данные получают при стандартной системе исследования с оценкой состояния желчного пузыря (размеры, формы, внутреннее содержимое, состояние шейки желчного пузыря); гепатикохоледох (толщина и структура стенок, внутренний диаметр, наличие холедохолитиаза, длина визуализируемой части протока) и окружающих данные анатомические структуры тканей (наличие патологических образований, включений, не характерных для нормальной ультразвуковой картины данной области, степень четкости контурирования и визуализации вне печеночных желчных протоков).

В большинстве случаев ультразвуковая диагностика камней не представляет каких-либо трудностей, особенно если четко выявляется желчный пузырь. К диагностическим признакам, указывающим на наличие камней в желчном пузыре, относятся: выявление гиперэхогенного образования в его полости, появление акустической тени и перемещение указанного образования в связи с изменением положения тела больного. Современная ультразвуковая аппаратура позволяет выявить камни толщиной около 1мм. Ультразвуковое исследование при выборе метода оперативного лечения острого холецистита имеет прогностическое значение. Так, при выявлении инфильтрата, абсцесса околопузырной области, деструктивных форм острого холецистита при проведении УЗИ следует считать неблагоприятными прогностическими признаками.

С целью диагностики ультразвуковое исследование выполнено у всех больных. Оно производилось у преобладающего большинства больных первые 24 часа с момента госпитализации. В случаях отрицательной информации ультразвуковое исследо-

вание повторяли на следующий день после соответствующей подготовки больного.

Для определения прогноза течения патологического процесса при осложнениях желчнокаменной болезни и выбора метода его лечения все пациенты были разделены на группы в зависимости от варианта ультразвуковой картины и доплерографии.

1 группа: ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит без признаков деструкции стенки желчного пузыря. Данная группа характеризуется увеличением желчного пузыря. В просвете желчного пузыря определяются единичные конкременты. Стенка пузыря однородная с ровным контуром, утолщена до 4 мм.

2 группа: ЖКБ с признаками деструкции стенки желчного пузыря. В данном случае толщина стенки желчного пузыря превышает 4 мм, становится неоднородной, внутренний контур неровный.

3 группа: Острый деструктивный холецистит с признаками местных перивезикальных изменений. Визуализируются в виде гиперэхогенных зон с неровными контурами вокруг желчного пузыря и анэхогенными зонами при выраженном воспалении.

4 группа: Острый деструктивный холецистит с местным или распространенным перитонитом. У этих больных свободная жидкость визуализируется в подпеченочном пространстве и других отделах брюшной полости.

При сравнительном анализе результатов УЗИ-исследования и клинико-морфологической форме воспаления желчного пузыря больных первого периода наблюдения (1998- 2002г.г.) достоверность точной постановки клинического диагноза составила 63,1% (табл. 2), что говорит о малой ин-

формативности метода для выбора оперативной тактики в предстоящих оперативных вмешательствах на гепатодуоденальной зоне.

Во втором периоде исследования (2003 – 2007г.г.) нами использована усовершенствованная методика ультразвукового исследования. Все пациенты распределены на 4 группы с учетом ультразвуковой картины и доплерографии.

1 группа: 5 (40,9%) - ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит без признаков деструкции стенки желчного пузыря. Данная группа характеризуется увеличением желчного пузыря. В просвете желчного пузыря определяются единичные конкременты. Стенка пузыря однородная с ровным контуром, утолщена до 4 мм. 2 группа: 41(37,2%) - ЖКБ с признаками деструкции стенки желчного пузыря. В данном случае толщина стенки желчного пузыря превышает 4 мм, становится неоднородной, внутренний контур неровный. 3 группа: 48 (10,9%) - Острый деструктивный холецистит с признаками местных перивезикальных изменений. Визуализируются в виде гиперэхогенных зон с неровными контурами вокруг желчного пузыря и анэхогенных зон при выраженном воспалении. 4 группа: 6(5,4%) - Острый деструктивный холецистит с местным или распространенным перитонитом. У этих больных свободная жидкость визуализируется в подпеченочном пространстве и других отделах брюшной полости. В 10 случаях не удалось поставить точный диагноз, что связано со случаями недостаточной визуализации правого подпеченочного пространства вследствие анатомических или функциональных причин. Достоверность постановки клинического диагноза УЗИ-исследования в сравнении с клинико-морфологической формой воспаления желчного пузыря составила 90,9% (табл. 2), что само собой показывает эффективность усовершенствованного метода ультрасонографии. Анализ 12 эхосимптомов показал, что такие признаки, как плохая визуализация шейки желчного пузыря, укорочение видимой части общего желчного протока, желчный пузырь малых размеров и симптомов «сплошной акустической тени», свидетельствуют о выраженных изменениях в перивезикальном пространстве. Эти признаки указывают на высокую вероятность трудностей при выполнении холецистэктомии.

Таким образом, комплексное ультразвуковое исследование с использованием доплерографии дает воз-

возможность определить форму острого холецистита, выбрать адекватную тактику лечения, прогнозировать технические сложности во время холецистэктомии.

Литература

1. **Винокуров М.М.** Острый холецистит: пути улучшения результатов хирургического лечения / М.М. Винокуров. – Новосибирск: Наука, 2002. – 147 с.

2. **Выбор** тактики, сроков и метода проведения операции при остром холецистите / Н.А. Кузнецов [и др.] // Хирургия. – 2003. – №5. – С.35-40.

3. **Ермолов А.С.** Хирургия желчнокаменной болезни: от пройденного к настоящему / А.С. Ермолов, А.В. Упырев, П.А. Иванов // Там же. – 2004. – № 5. – С.5-9.

4. **Нахинсон Р.А.** Ультразвуковая эхолокация в диагностике острого холецистита / Р.А.

Нахинсон, Е.М. Васильева // Сов. медицина. – 1990.-№10.-С.88-90.

5. **Савельев В.С.** Эндоскопическая хирургия: практическое руководство для врачей / В.С. Савельев. – М., 1998. – С.149-208.

6. **УЗ-семиотика** и диагностика острого холецистита / П.М. Постолюк [и др.] // Хирургия. – 1990. – №2. – С. 21-23.

7. **A new** minimally invasive technique for cholecystectomy / N.S. Tyagi [et al.] // Ann Surg. – 1994. – 220. – P.617-625.

М.И. Соловьёва, Л.Н. Игнатъева

К ВОПРОСУ О МЕДИКАМЕНТОЗНОМ ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Цель исследования. Изучение эффективности и безопасности фармакологического аборта.

Материалы и методы. Обследовано 200 пациенток, выбравших медикаментозный метод прерывания нежелательной беременности ранних сроков, и 50 женщин репродуктивного возраста, выбравших вакуум-аспирацию.

Результаты. Данные исследования подтверждают, что медикаментозный аборт является альтернативой хирургическому методу прерывания беременности. К преимуществам данного метода относятся: эффективность, достигшая 95 % при ранних сроках беременности; безопасность, хорошая переносимость пациентками.

Ключевые слова: медикаментозный аборт, вакуум-аспирация, прерывание беременности.

The purpose of research. Studying of efficiency and safety of pharmacological abortion.

Materials and methods. 200 patients who have chosen a medicamentous method of interruption of undesirable pregnancy of early terms and 50 women of reproductive age, chosen vacuum-aspiration were surveyed.

Results. The given researches confirm that medicamentous abortion is alternative to a surgical method of interruption of pregnancy. Advantages of the given method are: the efficiency which has reached of 95 % at early terms of pregnancy; safety, good tolerance by patients.

Keywords: medicamentous abortion, vacuum-aspiration, pregnancy interruption.

Известно, что прерывание беременности представляет собой значительный риск для жизни вообще и для репродуктивного здоровья женщин в частности. В настоящее время, благодаря успехам, достигнутым учеными и исследователями, одним из наиболее безопасных методов искусственного прерывания беременности ранних сроков является медикаментозный аборт. В мировую медицинскую практику данный метод был внедрён с 1988 г., в Российской Федерации с 1999 г. [2, 3, 4, 5].

По данным ВОЗ, фармакологический аборт позволяет избежать следующих осложнений, связанных с операцией, таких как: травма, инфекция, негативное влияние наркоза. Метод не требует пребывания в стационаре, является более щадящим для организма и лучше переносится психологически [1].

Целью данного исследования явилось изучение эффективности и безопасности медикаментозного аборта.

Материал и методы исследования

Для решения поставленной цели были обследованы 2 группы пациен-

ток репродуктивного возраста. Первую группу составили 200 женщин, выбравших медикаментозный метод, вторую – 50 пациенток, выбравших вакуум-аспирацию как метод прерывания нежелательной беременности ранних сроков. Включение пациенток в исследуемые группы осуществлялось при наличии нежелательной маточной беременности до шестинедельного срока гестации, при медикаментозном аборте и до четырёхнедельного срока гестации при вакуум-аспирации. Средний возраст женщин 1-й группы составил 29, 4 года, 2-й – 31, 8 года. Массо-ростовые показатели пациенток обеих групп, вошедших в исследование, не различались. Среди них были пациентки с ожирением и избыточной массой тела, но они не доминировали. Средний возраст менархе также не имел достоверных различий у пациенток обеих групп (12,6, и 13,2 соответственно).

Комплексное исследование включало: клинические анализы (мазок на степень чистоты влагалища, цервикального канала и уретры; анализы крови на сифилис, ВИЧ-инфекцию, гепатиты В и С, кал на яйца глистов, ФЛГ), методы прерывания беременности, УЗИ – контроль через 2 недели после проведенного аборта, как медикаментозного, так и вакуум-аспирации. Вакуум-аспирация проводилась

с использованием аппарата «Отсасыватель медицинский» ОМ -1, ТУ 1-720-0033-92 с созданием отрицательного давления 1 кгс/см². Применялся стандартный набор хирургических инструментов. Для медикаментозного прерывания беременности использовался препарат Мифепристон, разрешённый приказом МЗ РФ №280 от 14 июля 1999 г. в сочетании с простагландинами Мизопростол (Миролют). Метод медикаментозного аборта включает в себя 3 визита пациентки к врачу.

Ультразвуковое обследование органов малого таза проводилось на аппарате «Алока – 1100», с помощью конвексного абдоминального и вагинального датчиков.

Результаты и обсуждение

Проведённый анализ показал, что большинство женщин 1-й и 2-й групп были первобеременными (88,9 и 84,5% соответственно).

Средний срок аменореи с первого дня последней менструации до прерывания беременности составил в группах 42,4 и 42,7 дней соответственно, что достоверно не различалось.

Анализ контрацептивного поведения показал, что частота использования методов контрацепции не различалась у женщин в обследуемых группах. Большинство пациенток предпочитали барьерный метод контрацепции, частота использования оральных

СОЛОВЬЕВА Марианна Иннокентьевна – к.м.н., отличник профессионального образования РС(Я), доцент кафедры МИ ЯГУ, ; **ИГНАТЬЕВА Людмила Николаевна** – врач акушер-гинеколог высшей квалиф. категории, зав. отделением ГУ РБ№2-ЦЭМП.

гормональных контрацептивных методов была совсем невелика.

По данным УЗИ-исследования, передне-задний размер и объём матки, а также средний диаметр плодного яйца в обеих группах не различался (10,4 и 0,9 мм соответственно).

Анализ клинического течения медикаментозного аборта показал, что прерывание беременности протекает по типу менструальноподобной реакции или выкидыша в зависимости от сроков беременности. При этом клиническая эффективность прерывания беременности ранних сроков препаратом Мифепристон составила 95 %.

Большинство женщин отмечали, что интенсивность кровянистых выделений была подобна таковой при обычной менструации или чуть более обильной, в частности кровянистые выделения продолжались от 5 до 8 дней.

При оценке состояния эндометрия после наступления менструации у 98 % женщин, по данным УЗИ, визуализировался однородный эндометрий. Побочные реакции в виде тошноты, рвоты, диареи, слабости, головокружения и болей внизу живота схваткообразного характера отмечены у 3 % женщин, что согласуется с литературными данными. Как правило, их проявления были незначительными и быстро проходили без врачебного вмешательства. В 4 случаях тошноту связывали с наличием самой бе-

ременности. В 5 случаях применяли симптоматическую терапию, в виде обезболивания при болях в животе схваткообразного характера. У 2 женщин выявлена неэффективность препарата Мифепристон – была выявлена прогрессирующая беременность, при индивидуальном анализе данных случаев было обнаружено, что у пациенток имелся загиб тела матки кзади. В обоих случаях проведено хирургическое вмешательство.

Согласно литературным данным [3, 4], в случае нечёткой ультразвуковой картины и отсутствия клинических явлений задержки остатков плодного яйца, таких как боли внизу живота, повышение температуры, интенсивные кровяные выделения, а также при гинекологическом обследовании: мягкость, болезненность матки, применяли «гормональный юретаж». Назначали Дюфастон по 10 мг 2 раза в сутки с 16-го по 25-й день от начала кровянистых выделений.

Эффективность метода вакуум-аспирации составила 94 %, что достоверно не отличалось от таковой при аборте препаратом Мифепристон. Но при этом частота осложнений вакуум-аспирации составила 8,2%, что достоверно больше, чем после фармакологического аборта. Чаще встречались такие осложнения, как обострение хронических воспалительных заболеваний внутренних половых органов, появление тазовых болей, с потерей

трудоспособности, прогрессирующая маточная беременность. По сравнению с медикаментозным абортом при изучении данных УЗИ достоверно большими были передне-задний, поперечный размеры матки (39,4 и 53,8 мм соответственно).

При наличии в анамнезе хронических воспалительных заболеваний с целью профилактики постабортных осложнений назначали всем пациенткам антибактериальную и общеукрепляющую терапию.

Таким образом, для первобеременных медикаментозный аборт является альтернативой хирургическому методу прерывания беременности. Полученные результаты позволяют улучшить лечебный процесс в амбулаторно-поликлинических учреждениях и гинекологических стационарах г. Якутска.

Литература

1. **ВОЗ.** Безопасный аборт: Рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики. – 2004.
2. **Городничева Ж.А.** Медикаментозный аборт / Ж.А. Городничева, И.С. Савельева // Вопр. гин., акуш. и перинатол. – 2005. – Т.4. №2.
3. **Медикаментозный аборт:** пособие для врачей акушеров-гинекологов. – М, 2006. – 28с.
4. **Применение «Мифепристона»** для прерывания беременности на ранних сроках. – М, 2003. – 19 с.
5. **Тихомиров А.Л.** Медикаментозное прерывание беременности при малом сроке / А.Л. Тихомиров, Д.М. Лубнин // Вопр. гин., акуш. и перинатол. – 2006. – Т. 5, №1.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

И.Н. Секов, Д.Н. Афанасьева, Р.В. Яковлев, М.И. Томский ИНДЕКС СООТНОШЕНИЯ МОЩНОСТЕЙ ТЭТА/БЕТА-РИТМОВ ПРИ БЕТА-СТИМУЛИРУЮЩЕМ БИОУПРАВЛЕНИИ У ДЕТЕЙ С СДВГ

1. Общие соображения и задачи исследования

Синдром дефицита внимания с/без гиперактивности (СДВГ) – очень распространенное явление в детском возрасте. В специализированной литературе говорится, что такая проблема существует у 30% детей младше 4 лет, однако в большинстве случаев она исчезает к 5-6 годам. Есть сведения,

СЕКОВ Иван Николаевич – н.с. ЯНЦ СО РАМН; **АФАНАСЬЕВА Дария Николаевна** – врач-невролог высшей квалиф. категории городской поликлиники №1; **ЯКОВЛЕВ Роман Васильевич** – к.м.н., зам. директора ЯНЦ СО РАМН; **ТОМСКИЙ Михаил Иннокентьевич** – д.м.н., директор ЯНЦ СО РАМН.

что среди детей с диагнозом СДВГ он (диагноз) сохраняется в школьном возрасте у 48%. Потому так важны диагностические и оценочные критерии, основанные на математическом анализе электроэнцефалографии (ЭЭГ), позволяющие дифференцировать схожие состояния, корректно выбирать лечебно-реабилитационную тактику с последующей оценкой ее результатов.

Количественная (математическая) оценка ЭЭГ у пациентов с СДВГ в настоящее время изучена недостаточно, накопленные данные разноречивы. Многие авторы полагают, что ЭЭГ-показатели детей и подростков с СДВГ характеризуются значительным по-

лиморфизмом [1,2]. Во всех работах, посвященных исследованию биоэлектрической активности головного мозга при СДВГ, обнаружены отклонения при количественной оценке ЭЭГ [3,6]. Однако большинством авторов признано, что доминирующим частотным спектром для анализа при диагностике, а также при организации лечебно-реабилитационной стратегии являются бета- и тэта-ритмы ЭЭГ [4].

В связи с этим естественно возникает необходимость оценить место, роль, динамику и диагностическую значимость соотношений мощностей бета- и тэта-ритмов ЭЭГ (индекс тэта/бета), в условиях, когда церебральный

Статистический расчет суммарной мощности бета-ритма до и после тренинга

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum	Percentiles		
						25th	50th (Median)	75th
beta-power before training	13	2,2231	,59882	1,40	3,20	1,7000	2,2000	2,8000
beta-power after training	13	3,9538	1,79379	1,70	7,30	2,6500	3,6000	5,4500

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
beta-power after training - beta-power before training	Negative Ranks	1 a	2,00
	Positive Ranks	12 b	89,00
	Ties	0 c	
	Total	13	

- a. beta-power after training < beta-power before training
 b. beta-power after training > beta-power before training
 c. beta-power after training = beta-power before training

Test Statistics(b)

	beta-power after training - beta-power before training
Z	-3,043(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	,002

- a Based on negative ranks.
 b Wilcoxon Signed Ranks Test

электрогенез претерпевает существенные изменения. Одним из таких условий является нейробиоправление.

Биоуправление – это комплекс идей, методов и технологий, базирующихся на принципах биологической обратной связи (БОС), направленных на совершенствование механизмов саморегуляции физиологических функций при различных патологических состояниях, а также в целях личностного роста. Это достаточно новая лечебно-реабилитационная технология, в рамках которой пациент (ученик, испытуемый) из обычно пассивного объекта врачебных вмешательств, эффективность которых во многом определяется интуитивным и профессиональным потенциалом врача

(психолога, тренера), неизбежно и ненасильственно трансформируется в активного субъекта всего лечебно-восстановительного процесса. Таким образом, выделяется терапевтический альянс врач-пациент – одна из главных составляющих процесса излечения и восстановления.

В настоящее время метод биоуправления достаточно прочно закрепился в различных областях медицины, спорта и образования. Существенно расширился радиус использования – от традиционных форм поведенческой медицины до серьезных по своим последствиям состояний: патологические пристрастия (аддикции), нарушения внимания и памяти, глубокие депрессии, последствия мозговых катастроф

и т.п.

Электроэнцефалографическое нейробиоправление вызывает особый интерес у клиницистов и исследователей, связанных с изучением патологии нервной системы.

Итак, динамика индекса тэта/бета, его место в процессе нейробиоправления, его чувствительность к процедурам нейробиоправления составляют содержание статьи.

2. Материал и методики

2.1. Структура курса нейробиоправления.

Группа исследуемых – дети в возрасте от 7 до 10 лет с диагнозом синдром дефицита внимания с/или без гиперактивности. Курс нейробиоправления проводился по протоколу стимуляция бета/подавление тэта, разработанному ГУ НИИ МББ СО РАМН (г.Новосибирск) на программно-аппаратном комплексе «БОСЛАБ» БИ-012.

Первые реабилитационные сеансы состоят преимущественно из игровых релаксирующих сессий. Это вызвано необходимостью установления контакта с ребенком, вселения в него уверенности, что он может выигрывать, изменяя свое состояние в оптимальном направлении. По мере того, как пациент адаптировался к обстановке и приобретал навыки релаксации, начиная с 5-го–6-го сеанса параллельно с сессией бета-стимулирующего тренинга, ориентированного на динамику тэта/бета коэффициента [4], применялась дополнительная нагрузка (когнитивные задачи, устный счет, пересказ текстов, тест Шульца и т.д.). Весь курс тренинга не превышал 12 сеансов.

Во всех случаях сеансы проводились ежедневно или через день, длительность каждого не превышала 30 минут. До, в середине и после тренинга производилась всеобъемлющая оценка и количественный анализ



Рис.1. Пациент М. Динамика индекса тэта/бета в ходе тренинга



Рис.2. Пациент М. Динамика суммарной мощности бета-ритма в ходе тренинга

параметров ЭЭГ (стандарт 10:20, 21 канал, монополярный монтаж) в программном пакете ЭЭГ-2000, разработанном ООО «Мицар», (С-Петербург).

2.2. Анализ индекса тэта/бета.

В качестве данных для анализа ЭЭГ-динамики тренинга были взяты измерения ЭЭГ [открытые глаза], которые проводились для каждого из испытуемых. Анализировалась динамика тэта/бета-тренинга: использовались характеристики 3-минутных отрезков ЭЭГ, амплитуда, мощность и асимметрия в тэта- и бета-диапазонах, а также их отношения.

Перед анализом исходная ЭЭГ фильтровалась в тэта- и бета-диапазонах с последующим вычислением суммарной мощности в левой и правой долях и определением индекса соотношений мощностей.

По начальному (стартовому) индексу тэта/бета выделялась так называемая «группа риска», у которой выше-названный индекс превышал 4,8 мкВ.

Для оценки динамики мониторируемого параметра [индекс тэта/бета, θ/β соотношение] в ходе тренингов применялась процедура непараметрического анализа в программном пакете SPSS v.11.5.

2.3 Расчет спектральной мощности бета-ритма.

Расчет суммарной спектральной мощности бета-ритма проводился встроенными средствами спектрального анализа программного пакета ЭЭГ-2000.

3. Результаты и их обсуждения

3.1. Курсовая динамика индекса тэта/бета.

При анализе динамики индекса тэта/бета обращает на себя внимание существенное изменение характеристик данного параметра, что, возможно, связано с влиянием неучтенных в данном случае внешних параметров разной направленности (физическое и психологическое состояние пациента на момент тренинга, установки врача-исследователя, ряд других внешних факторов).

Тем не менее при оценке каждого курса нейробиоуправления в отдельности и сравнении их между собой обращает внимание очевидная динамика параметров в направлении от первого к последнему (десятому-двенадцатому) сеансу тренинга. Причем, как правило, «финишные» характеристики превышают значения таковых на «старте» коррекционного курса. У большинства испытуемых при сравнении результатов анализа участков ЭЭГ, записанных в условиях спокойного бодрствования

при открытых глазах, можно заметить тенденцию к увеличению суммарной мощности бета-ритма (таблица), мощность же тэта-ритма примерно в половине случаев уменьшалась или оставалась неизменной. Кроме этого, после окончания курса отмечается некоторое смещение источника бета активности [$p=0,0475$], что, по мнению некоторых авторов, может быть связано с вовлечением большего числа нейронных элементов. Также наблюдается некая «локализация» источника, что, возможно, свидетельствует об увеличении ансамблевой синхронизации и может служить одним из показателей роста эффективности вновь возникшей нейронной сети [1,4].

Особо выделяются варианты успешного тренинга [рис.1, 2] с изначально высоким индексом тэта/бета («группа риска»). После проведенного курса тренингов у пациентов наблюдается заметное уменьшение индекса.

Однако отсутствие стабильной динамики увеличения активности в бета-диапазоне не является признаком неуспешности курса тренинга, так как уровень внимания (бета-активность) зависит от множества факторов (утомление, респираторные вирусные заболевания, плохой сон накануне и т.д.). Принципиальным является возникающая в результате тренинга способность удерживать внимание на определенном уровне в течение длительного времени. Возникновение такого навыка является одним из критериев успешности курса тренинга. Оптимальным режимом тэта/бета-биоуправления является работа с ребенком не менее 3 раз в неделю.

Заключение

1. «Группа риска», выделенная нами на стартовом этапе из числа испытуемых, как правило, характеризуется высоким тэта/бета коэффициентом [больше 5] за счет доминирования в ЭЭГ медленных 4-7 колебаний тэта-диапазона и дефицита бета₁-активности [18-20 Гц], что является наряду с характеристиками психологического тестирования прямым показанием для бета-стимулирующего нейробиоуправления. Игровой бета-стимулирующий тренинг, организованный по протоколу *стимулирование бета/подавление тэта*, приводит после 10-12 сессий к устойчивому снижению значения тэта/бета индекса.

2. Возникновение в результате тренинга способности удерживать внимание на определенном уровне в течение длительного времени, сохранение такого навыка, отсутствующего на «старте»

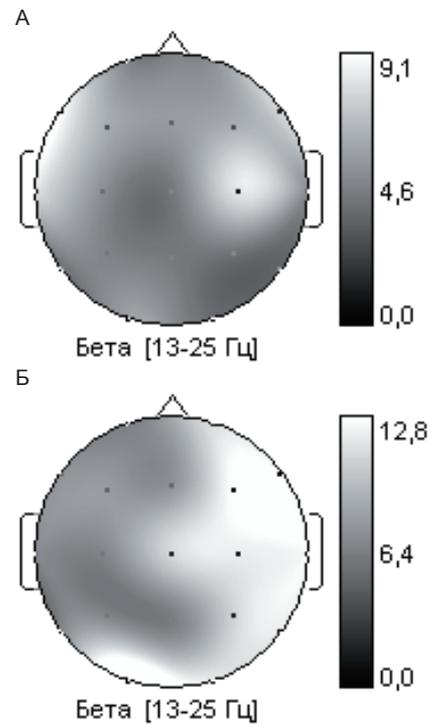


Рис.3. Пациентка С. Спектральная плотность мощности бета-ритма до (А) и после (Б) проведенного курса тренинга

коррекции, является одним из основных критериев успешности курса.

3. Анализ динамики индекса тэта/бета показывает, что он весьма чувствителен и может рассматриваться как необходимый «непрямой» управляемый параметр, обеспечивающий, в конце концов, оптимальное функционирование механизма коррекции в целом.

Литература

1. Анализ сегментной структуры альфа-активности ЭЭГ человека / А.Я. Каплан [и др.] // Российский физиологический журнал им. И.М. Сеченова. - 2002. - Т. 88, №4. - С. 432-442.
2. Кропотов Ю.Д. Современная диагностика и коррекция синдрома нарушения внимания. Нейрометрика, электро-магнитная томография и нейротерапия / Ю.Д. Кропотов. - СПб: ЭЛБИ-СПб., 2005.
3. Мамаева Ю.В. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью / Ю.В. Мамаева, Г.О. Саввина, М.В. Сухоленцева // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2006. - №4 (43). - С.86-94.
4. Фазическая структура альфа-ритма при бета-стимулирующем биоуправлении у детей с СДВГ / М.Б.Штарк [и др.].
5. Электроэнцефалографическое биоуправление при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью [add/hd синдром – предвестник аддиктивных расстройств] / М.Б. Штарк [и др.] // Наркология. - 2004. - С.56-62.
6. Monastra V.J. The Development of a Quantitative Electroencephalographic Scanning Process for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: Reliability and Validity Studies // V.J. Monastra, J.F. Lubar, M. Linden. Биоуправление-4: теория и практика [ред. М. Шварц, США, М. Штарк, Россия], 2002. - Новосибирск. - С. 97-108.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ

М.И. Томский, В.П. Николаев, Р.В. Яковлев, Д.Г. Тихонов,
А.С. Гольдерова, Н.С. Архипова, З.Н. Кривошапкина,
С.Д. Ефремова

ПРОБЛЕМЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА НА СЕВЕРЕ И ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОСПЕКТИВНЫХ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ НА БАЗЕ ЯНЦ СО РАМН

За последние годы в Республике Саха (Якутия) интенсивно растет заболеваемость и смертность населения от проявлений атеросклероза: ишемической болезни сердца (инфаркта миокарда), острых нарушений мозгового кровообращения. По данным секционных исследований, увеличилось количество тяжелых проявлений атеросклероза, его омоложение. В структуре патологоанатомических вскрытий удельный вес заболеваний вырос за последние десять лет в два раза. Так, удельный вес нарушений мозгового кровообращения в общей структуре летальных исходов вырос от 6,1% в 1980-82 гг. до 11,1% в 1999-2000 гг. [1]. При этом среди коренного населения ишемический инсульт увеличился в 1,87 раза, а внутримозговое кровоизлияние – в 2,18 раза. Отмечено увеличение смертности коренного населения и инфарктом миокарда [3]. Отмечается рост заболеваемости и смертности коренного населения Якутии от ишемической болезни сердца и инсульта с тенденцией к омоложению [5]. Прогнозируется ухудшение эпидемиологической ситуации в ближайшее время [6].

Высокая заболеваемость ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией со второй половины XX в. во всем мире сопровождается значительным ростом инвалидизации и смертности от данных патологий. Прогнозы показывают, что в мировом масштабе в период с 1990 по 2020 г.

смертность от ишемической болезни сердца среди мужчин увеличится в два раза, а среди женщин – на 80%, причем основная доля смертности населения будет наблюдаться в развивающихся странах [9].

В Республике Саха (Якутия) в структуре причин смерти мужского населения трудоспособного возраста сердечно-сосудистые заболевания занимают первое ранговое место и составляют 43,3%. При этом половину сердечно-сосудистой смертности составляет ишемическая болезнь сердца. Артериальная гипертензия среди взрослого населения Якутии наблюдается почти у одной трети мужчин и женщин [2].

Вплоть до настоящего времени распространенность атеросклероза среди населения Крайнего Севера изучена недостаточно. Также недостаточно изучена распространенность атеросклероза и его проявлений среди различных контингентов населения и определенных профессиональных групп. Достаточно сведений имеется относительно различных этнических групп Севера, но и они не дают полного представления об уровне заболеваемости и смертности населения по сравнению с другими регионами страны и мира.

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

Недостаточно изучена распространенность метаболического синдрома среди населения Севера. Мы не знаем, какими темпами эта патология распространяется среди населения региона и каковы его отличия.

Четкое знание уровня распространенности атеросклероза, особенностей его этиопатогенеза и факторов риска на Севере поможет разработать эффективные методы профилактики

заболеваний и, следовательно, замедлить темпы его интенсивного роста на Севере.

Успехи в борьбе с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и атеросклерозом связаны с Фремингемским исследованием (Framingham Heart Study), начатым в г. Фремингем, штат Массачусетс, в 1948 г. под эгидой Национального Института Сердца США. В первоначальное наблюдение были включены 5209 чел., в 1971 г. было включено в исследование второе поколение жителей города – 5124 чел., а в настоящее время в исследование включается уже третье поколение жителей этого небольшого американского города. Результаты этих исследований позволили выявить основные факторы риска, ведущие к заболеваниям сердечно-сосудистой системы: повышенное давление, повышенный уровень холестерина в крови, курение, ожирение, диабет и т.д.

Несмотря на усилия международных организаций, вплоть до настоящего времени в мире высок уровень заболеваемости и смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний. Так, доля болезней сердечно-сосудистых заболеваний среди всех причин заболеваемости составляет 23%, а в структуре смертности населения – 52% [10]. Данное обстоятельство может объясняться наличием региональных особенностей факторов риска заболеваний сердечно-сосудистой системы. Наглядным примером является территория Республики Саха (Якутия), где в последние годы наблюдается интенсивный рост заболеваемости болезнями сердечно-сосудистой системы.

Нами предпринята попытка организации мониторинга заболеваемости населения Республики Саха (Якутия) заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Вплоть до настоящего времени на территории Якутии не удалось организовать такие исследования с

ТИХОНОВ Дмитрий Гаврильевич – д.м.н., проф., ген. директор объединения «Якуткурорт». Сотрудники ЯНЦ СО РАМН: **ТОМСКИЙ Михаил Иннокентьевич** – д.м.н., проф., директор; **НИКОЛАЕВ Валериан Парфеньевич** – д.м.н., зам. директора; **ЯКОВЛЕВ Роман Васильевич** – к.м.н., зам. директора; **ГОЛЬДЕРОВА АЙТАЛИНА СЕМЕНОВНА** – к.м.н., зав. лаб.; **АРХИПОВА Наталья Спартаковна** – м.н.с.; **КРИВОШАПКИНА Зоя Николаевна** – с.н.с.; **ЕФРЕМОВА Светлана Дмитриевна** – м.н.с.

длительным сроком наблюдения. Так, нами разработаны анкета с 13 разделами, включающими 283 вопроса, и форма медицинского обследования состоящая из 73 пунктов. Анкета разработана в соответствии с рекомендациями ВОЗ [7,8]. В настоящее время под наблюдением взято 100 человек пожилого возраста, пациенты водогрязелечебницы «Хоту» АНО ОСКУ «Якуткурорт». Всем больным проведены определение полного спектра фракций холестерина, общеклинические анализы, электрокардиография сердца в стандартных отведениях, антропометрические методы исследования. Больные будут прослежены длительное время, для этого с определенной кратностью будет запрашена информация с мест их медицинского наблюдения, а при необходимости будут проводиться контрольные исследования. Длительный мониторинг за состоянием здоровья позволит выявить влияние особенностей питания, физической активности и других факторов Севера на развитие заболеваний сердечно-сосудистой системы и разработать специфические меры профилактики. В настоящее время в мире уделяется серьезное внимание к генетическим маркерам предрасположенности к заболеваниям сердечно-сосудистой системы [4,10]. В перспективе нами планируется проследить судьбу пациентов с различными аллелями генов – кандидатов сердечно-сосудистых заболеваний.

В настоящее время формируется банк данных, и начата работа по автоматизации сбора, обработки и хранения данных мониторинга заболеваний сердечно-сосудистой системы. С этой целью будет разработана компьютерная программа. Данная работа проводится по теме НИР: «Атеросклероз: эпидемиология, этиопатогенез и разработка мер профилактики, диагностики и лечения у жителей Крайнего Севера на примере населения Якутии».

В связи с этим Якутским научным центром СО РАМН программа НИР «Атеросклероз: эпидемиология, этиопатогенез и разработка мер профилактики, диагностики и лечения у жителей Крайнего Севера на примере населения Якутии», утвержденная Президиумом СО РАМН 20.06.07 г. (прот. № 5, п. 20), пролонгирована и подана в президиум СО РАМН на

2009-2012 г. в рамках выполнения «Плана фундаментальных научных исследований РАМН на 2008-2012 гг. и ассигнования из федерального бюджета на его реализацию», утвержденного Распоряжением Правительства РФ от 27.02.08 г. № 233-р, по следующему направлению фундаментальных исследований:

– п. 11. Изучение закономерностей и механизмов влияния окружающей и производственной среды (климато-географические, территориальные, экологические, антропогенные, производственные факторы) и условий жизнедеятельности на состояние здоровья и качества жизни населения России и разработка основ государственной политики в целях профилактики, сохранения и укрепления здоровья населения;

– п.п. 8. Разработка научных основ профилактики социально значимых заболеваний человека с учетом региональных особенностей.

Соисполнителями программы являются ГУ НИИ терапии СО РАМН, ГУ НИИ клинической иммунологии СО РАМН, ГУ НИИ физиологии СО РАМН, ГОУ ВПО Якутский госуниверситет им. М.К. Аммосова.

Научными консультантами программы выступают: академики РАМН Труфакин В.А. и Козлов В.А., член-корр. РАМН Воевода М.И., д.б.н., профессор Хуснутдинова Э.К., д.м.н., профессор Николаева Т.Я.

Подтверждением того, что для Якутского научного центра СО РАМН проблема сердечно-сосудистой патологии является одной из приоритетных, стало проведение 20 июня 2008 г. в г. Якутске в соответствии с «Планом основных мероприятий СО РАМН на 2008 г.» межрегиональной научно-практической конференции «Сердечно-сосудистая патология в Арктическом регионе: фундаментальные и прикладные аспекты». Более того, на I научной сессии Общего собрания ЯНЦ СО РАМН «Научно-организационная деятельность Якутского научного центра СО РАМН на этапе становления», которая состоялась 21 июня 2008 г. с участием руководства президиума СО РАМН был обсужден ход выполнения программы НИР «Атеросклероз: эпидемиология, этиопатогенез и разработка мер профилактики, диагностики и лечения у жителей Крайнего Севера на примере населения Якутии» и намечен план ее выполнения в 2009-2012 гг. в рамках федеральных фундаментальных программ НИР.

Таим образом, в связи с тем, что атеросклероз и связанные с ним сердечно-сосудистые заболевания стали глобальной медико-социальной проблемой начала XXI века, изучение их эпидемиологии требует однозначно комплексного подхода на основе разработки и внедрения системы многолетнего мониторинга.

Литература

1. **Аргунов В.А.** Атеросклероз сонных артерий и цереброваскулярная патология / В.А. Аргунов, С.А. Винничук // Якутский мед. журнал, – 2003, № 4. – С. 6-10.
2. **Иванов К.И.** Клинико-эпидемиологическая ситуация сердечно-сосудистых заболеваний в Республике Саха (Якутия) / К.И. Иванов // Там же. – 2007. – № 4 (20) – С. 4-10.
3. **О работе** регистра инфаркта миокарда в г. Якутске / В.А. Аргунов [и др.] // Современные проблемы сердечно-сосудистой патологии на Крайнем Севере: материалы науч.-практ. конф. (Якутск, октябрь, 2004 г.). – Якутск, 2004. – С. 16-17.
4. **Распределение** частот генотипов и аллелей полиморфных локусов генов кандидатов сердечно-сосудистых заболеваний в якутской популяции и анализ ассоциаций с инфарктом миокарда / Л.В. Григорьева [и др.] // Якутский медицинский журнал. – 2006, №2. – С. 6-16.
5. **Романова А.Н.** Атеросклероз коронарных артерий и частота основных факторов риска у мужчин якутской национальности с ишемической болезнью сердца / А.Н. Романова // Там же. – 2006. – № 3. – С. 6-9.
6. **Эпидемиология** ИБС и особенности атеросклероза у мужчин Якутска / В.П. Алексеев [и др.] // Тер. Архив. – 2001. – № 1. – С. 12-17.
7. **Эпидемиологические** методы исследования сердечно-сосудистых заболеваний. – 1984.
8. **EUROHIS.** Разработка общего инструментария для опросов о состоянии здоровья. – 2005.
9. **Murray CJL** The Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020 / C.J.L. Murray, A.D. Lopez. – Cambridge, MA: Harvard School of Public Health, 1996. – P. 247 – 293.
10. **Preventing** chronic diseases: a vital investment. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf, по состоянию на 30 августа 2006 г.).
11. **Shiffman D.** Identification of Four Gene Variants Associated with Myocardial Infarction / D. Shiffman [et al.] // Am. J. Hum. Genet. – 2005. 77:596–605.

Т.Я. Николаева

ОКАЗАНИЕ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИНСУЛЬТА И ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ) (по материалам коллегии МЗ РС(Я))

Инсульты и черепно-мозговые травмы (ЧМТ) являются одной из важнейших медико-социальных проблем ввиду значительной распространенности и тяжести медицинских, социальных и экономических последствий. 30 мая 2008г. на коллегии Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия) обсуждались вопросы оказания нейрореабилитационной помощи больным с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы в Республике Саха (Якутия).

Основной доклад о состоянии оказания нейрореабилитационной помощи больным с последствиями инсульта и ЧМТ был представлен главным внештатным неврологом МЗ РС(Я) З.М. Кузьминой. О положении дел с оказанием нейрореабилитационной помощи в Российской Федерации сообщила в своем докладе заведующая кафедрой неврологии и психиатрии проф. Т.Я. Николаева. В обсуждении приняли участие главный невролог г.Якутска Е.Ю. Афонина и невролог из г.Покровска Т.И. Голокова.

В России ежегодно регистрируется около 450 тыс. инсультов в год. По данным регистра, в г. Якутске ежегодно инсульт переносят свыше 500 чел. Черепно-мозговые травмы (ЧМТ) составляют 30-60% от всех травм. С острой ЧМТ в нейрохирургическом отделении РБ№2-ЦЭМП проходят стационарное лечение более тысячи человек.

Первичный выход на инвалидность после перенесенного инсульта и других форм ЦВЗ в России занимает I место, составляя 3,2 на 10000 населения. В РС (Я) эта цифра значительно выше: в 2005 г. – 10,6, в 2006 – 10,0, в 2007 – 8,1 на 10000 населения, и также занимает I место по первичному выходу на инвалидность среди всех заболеваний. Число инвалидов после ЧМТ составило по РС(Я) 1,5-1,6 на 10000 населения. Потери от одного больного, получившего инвалидность по инсульту и черепно-мозговой травме, вместе с пособием по утрате тру-

доспособности и отрывом родственников по уходу составляют в среднем 1 247 000 руб. в год (по данным ВОЗ, 2005).

Известно, что правильно организованная система реабилитации позволяет вернуть к труду или к иному виду активной деятельности до 60% постинсультных больных трудоспособного возраста, по сравнению с 20% больных, не прошедших систему реабилитационных мероприятий.

С 1968 г. в России под руководством акад. Е.В.Шмидта началась работа по организации специализированной нейрореабилитационной службы. В 1987 г. был организован Московский Центр патологии речи, в 1992 г. преобразованный в самостоятельное учреждение – Центр патологии речи и нейрореабилитации (директор центра проф. Шкловский В.М.). Ныне только в Москве специализированную помощь больным с поражениями головного мозга оказывают 108 лечебно-профилактических учреждений и 368 тыс. сотрудников. Всего в России 1120 учреждений, занимающихся нейрореабилитацией (43 центра, 660 больниц и поликлиники).

Основными принципами реабилитации больных после инсульта и ЧМТ являются:

– раннее начало реабилитационных мероприятий;

– систематичность и длительность;

– комплектность;

– активное участие в реабилитационном процессе больного, его близких и родных.

Все принципы реабилитации могут быть осуществлены только с помощью правильно организованной системы этапной реабилитации. Согласно приказу МЗ СССР №25 от 1977г. «О мерах по улучшению неврологической помощи населению СССР» должны быть организованы реабилитационные отделения для больных, не нуждающихся в лечении в специализированных неврологических отделениях с максимальным использованием комплекса лечебно-восстановительной терапии, по которому в каждом неврологическом стационаре лечились больные после инсультов, ЧМТ.

В 1996г. приняты положения о реабилитационных учреждениях Министерства труда и социальной защиты, МЗ от 23.12.1996г., которые сформировали задачи и функции реабилитационных учреждений, не сопровождаемая введением новых нормативов. В ряде улусов были организованы реабилитационные центры (Абыйский, Амгинский, Хангаласский и др.).

Вопросы реабилитации неоднократно обсуждались в МЗ РС(Я), в комитете здравоохранения г.Якутска, на научно-практических конференциях.



Выездной сертификационный цикл РГМУ. Неврологи с проф. А.Н. Никифоровым и Е.И. Чукановой (в центре), сентябрь 2006 г.



Участники НПК "Расеянный склероз" с проф. Н.А. Малковой (в центре)



На заседании СНО "Невролог"

Так, в 2001г. в г.Якутске была проведена совместная конференция нейрохирургов и неврологов по реабилитации больных после нейрохирургических вмешательств.

В 2001г. была проведена коллегия МЗ РС(Я) №7 по организации реабилитационной помощи неврологическим больным, было принято решение, из 8 пунктов которого выполнены 2, в частности об увеличении коек неврологического отделения до 40 (вместо имевшихся 30).

В 2001г. появился приказ МЗ РФ №190/355 «О долечивании больных в условиях санатория» за счет средств ФСС. С 2003г. по 2006г. из нейрососудистого отделения РБ№2-ЦЭМП переведено на долечивание в водогрязелечебницу «Хоту» 348 больных с инсультом. С 2007г. они переводятся в ООО «Реамед» - к 22 апреля пролечено 149 больных.

В настоящее время в городе имеется 159 неврологических коек для взрослого населения, где оказывается как экстренная, так и плановая помощь преимущественно городскому населению, а также больным из улусов.

В структуре ЛПУ Комитета здравоохранения г.Якутска нет неврологических коек. Имеется 16 коек в составе терапевтического отделения больницы ЯНЦ СО РАН и 25 коек в ДВОМЦ.

В больницу ЯНЦ на восстановительное лечение после инсульта поступило в 2005г. – 8, 2006г.- 12, 2007г. – 10 больных; после ЧМТ: 2005г. – 9, 2006г. – 10, 2007г. – 7 больных.

В 40-коечном неврологическом отделении РБ№2-ЦЭМП оказывается экстренная и плановая помощь больным с неврологической патологией (кроме ЦВЗ) как из г. Якутска, так и улусов РС(Я), обследуются призывники.

В неврологическое отделение на реабилитацию после ЧМТ поступило: 2005г. – 218, 2006г. – 214, 2007г. – 213

больных.

Нейрососудистое отделение на 45 коек оказывает преимущественно экстренную помощь больным с ОНМК из г. Якутска. Госпитализация больных с ОНМК составила в 2005г. – 78%, 2006г. – 80%, 2007г. – 89%. Кроме того, на обследования из улусов и одновременно на реабилитационное лечение поступило в 2005г. – 283 (Якутск – 110, улусы – 173), 2006г. – 293 (Якутск – 145, улусы – 148), 2007г. – 291 больных (Якутск – 116, улусы – 175).

Неврологическое отделение Гериатрического центра на 33 койки предназначено для лечения ветеранов и инвалидов ВОВ, в том числе и с последствиями инсульта и ЧМТ. После инсульта поступило: в 2005г.- 97, 2006г. – 104, 2007г. – 110; после ЧМТ: 2005г. – 1, 2006г. – 4, 2007г. – 4 больных.

Таким образом, восстановительное лечение проводится всеми неврологическими стационарами, но без учета современных подходов к нейрореабилитации, без соблюдения преемственности, этапности и только ограниченному количеству больных, т.е. в настоящее время в РС (Я) отсутствует полноценная система оказания квалифицированной реабилитационной помощи больным после инсульта и ЧМТ.

В 2005г. вышел приказ Министерства здравоохранения и социального развития России №534 «О мерах по совершенствованию нейрореабилитационной помощи больным с последствиями инсульта и ЧМТ», который регламентирует порядок оказания нейрореабилитационной помощи больным с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы. Выполнения положений этого Приказа даст реальную возможность повысить эффективность нейрореабилитации.

После заинтересованного обсуждения докладов, прозвучавших на коллегии, было отмечено, что в Республике Саха (Якутия):

– имеет место высокая заболеваемость цереброваскулярной патологией и инсультами;

– остается высокий уровень черепно-мозговых травм в структуре травматизма;

– инсульты и ЧМТ являются основной причиной первичного выхода на инвалидность;

– реабилитация больных с последствиями инсульта проводится неврологическими стационарами, но без учета современных подходов к нейрореабилитации, без соблюдения преемственности, этапности и только ограниченному количеству больных,

– в настоящее время в РС(Я) отсутствует полноценная система оказания квалифицированной реабилитационной помощи больным после инсульта и ЧМТ как в стационаре, так и в амбулаторно-поликлиническом звене.

Существующая система нейрореабилитации не отвечает требованиям времени, являясь недостаточно эффективной, что ведет к повышению инвалидизации, ухудшению качества жизни и требует принятия конкретных решений по организации и улучшению этой помощи. В целях совершенствования оказания специализированной помощи больным с инсультами и черепно-мозговыми травмами внедряются ФЦП «Снижение смертности от инсульта и инфаркта миокарда в РФ 2008-2010» и ФЦП «Повышение безопасности дорожного движения 2006-2012», где одним из важных элементов является повышение качества реабилитационной помощи.

Коллегия решает:

1. Признать нейрореабилитационную помощь больным, перенесшим инсульт и черепно-мозговую травму, одним из приоритетных направлений здравоохранения РС(Я).

2. Министерству здравоохранения РС(Я) (Александров В.Л.):

2.1. Организовать отделение патологии речи и нейрореабилитации в составе одного из лечебно-профилактических учреждений, согласно Приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ «О мерах по совершенствованию организации нейрореабилитационной помощи больным с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы» №534 от 22.08.2005 г.

2.2. Определить базу для организации данного отделения с соответствующим оборудованием, кадровым обеспечением и финансовыми ресурсами, согласно Приложению №4 Приказа МЗ и социального развития РФ №534 от 22.08.2005

Срок: IV квартал 2008г.

2.3. Инициировать включение в инвестиционную программу РС(Я) на 2012-2013 годы строительство Центра восстановительного лечения и реабилитации на 300 коек.

3. Республиканской больнице №2-ЦЭМП (Андреев Б.В.) организовать палату ранней реабилитации, укомплектованную оборудованием и штатами в соответствии с Приложением №5 Приказа МЗ и социального развития РФ №534 от 22.08.2005.

Срок: IV квартал 2008г.

4. Главным врачам ЦРБ, председателю Комитета здравоохранения г.Якутска, начальникам управления здравоохранения г.Мирного и г.Нерюнгри организовать кабинеты восстановительного лечения с выделением дополнительных штатных единиц и табельного оборудования в амбулаторно-поликлинических условиях.

Срок: I квартал 2009г.

5. Главному врачу Республиканского центра лечебной физкультуры и спортивной медицины (Шарин Д.И.) разработать план мероприятий по нейроре-

абилитации больных с последствиями черепно-мозговых травм.

Срок: IV квартал 2008г.

6. Медицинскому институту Якутского государственного университета (Петрова П.Г.) рекомендовать ввести в программу последипломного обучения врачей курс реабилитации и восстановительного лечения.

7. Контроль исполнения настоящего решения возложить на I заместителя министра здравоохранения РС(Я) Г.А.Егорову.

Принятые на коллегии МЗ РС(Я) решения при их неукоснительном исполнении должны не только улучшить реабилитационную помощь больным с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы, но и значительно снизить смертность и инвалидизацию от этих заболеваний.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ. ПРОФИЛАКТИКА

А.М. Пальшина, М.И. Томский, Г.А. Пальшин, И.Ф. Баннаев, С.Г. Пальшина

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ОСТЕОПОРОЗА И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ

«Совершенно мудрый лечит недуг, пока еще он не проявился, и приводит свой организм в порядок до того, как он приходит в расстройство. Если же принимать лекарства, когда болезнь уже проявилась, и наводить порядок, когда здоровье расшатано, это все равно, что начинать рыть колодезь, почувствовав жажду».

Внутренний канон Желтого Владыки. I век до н.э.

По данным ВОЗ, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), остеопороз (ОП) и хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) наряду с онкологическими заболеваниями и сахарным диабетом по распространенности, заболеваемости и смертности входят в

ПАЛЬШИНА Аида Михайловна – к.м.н. доцент МИ ЯГУ; **ТОМСКИЙ Михаил Иннокентьевич** – д.м.н., проф., директор ЯНЦ СО РАМН; **ПАЛЬШИН Геннадий Анатольевич** – д.м.н., проф., зав. кафедрой МИ ЯГУ; **БАННАЕВ Имраддин Фаррух оглы** – врач терапевт РБ №2-ЦЭМП, аспирант МИ ЯГУ; **ПАЛЬШИНА Светлана Геннадьевна** – клинический ординатор.

число первых 5 заболеваний во всех странах мира.

Среди ССЗ по распространенности и количеству осложнений ведущее место занимает артериальная гипертензия (АГ). Распространенность АГ среди взрослого населения колеблется от 25 до 55%. Повышенное артериальное давление среди лиц старше 60 лет обнаруживается более чем в 50%, а среди лиц старше 70 лет – в 66% случаев [8]. По результатам проведенного в 2002 г. анализа стоимости стационарного лечения АГ в России прямые и не прямые затраты составили 7,5 и 4,7 млрд. руб. в год, а затра-

ты на лечение осложнений АГ – 35,1 и 8,9 млрд. руб. соответственно. Таким образом, стоимость лечения АГ и ее осложнений (острый инфаркт миокарда, стенокардия, инсульт и др.) составила 1,3% от внутреннего валового продукта Российской Федерации [3].

ВОЗ ставит проблему остеопороза по его медицинской и социально экономической значимости на 4-е место. По прогнозам ВОЗ, число больных с остеопорозом будет возрастать с каждым десятилетием и число патологических переломов через 50 лет увеличится с 1,7 до 6,3 млн. [7]. В настоящее время остеопороз при-

обретает все большее значение не только в экономически развитых, но и в развивающихся странах, в связи с увеличением продолжительности жизни населения [12]. Переломы, возникающие на фоне ОП, становятся социально-экономической проблемой. По данным Национального фонда остеопороза США, в 1995 г. расходы на медицинское обслуживание больных с переломами, обусловленными ОП, составили 13,8 млрд. дол. Из них 8,7 млрд. дол. были потрачены на лечение перелома шейки бедренной кости [13]. Ожидаемые к 2025 и 2050 г. затраты в мире на лечение переломов шейки бедренной кости составят 82,7 и 131,5 млрд. дол. соответственно [10]. В России больные с переломами шейки бедренной кости занимают 20% ортопедических коек. Около 20% больных с переломами шейки бедренной кости умирают в течение 6 мес. после перелома, а из оставшихся 50% становятся инвалидами [4]. Только у 15% больных уровень здоровья после восстановления соответствует уровню, имеющемуся до получения травмы.

Среди хронических заболеваний легочной системы самым распространенным и имеющим тенденцию к росту является ХОБЛ, которая занимает 5-е место среди основных причин смерти в мире и, по прогнозам специалистов, в ближайшие 10-15 лет выйдет на 3-е место [5]. Также стало известно, что значительная обструкция дыхательных путей при ХОБЛ способствует усилению резорбции кости, приводит к развитию остеопороза. Больные, страдающие ХОБЛ, по данным исследований, в 60% случаев имеют остеопороз.

По современным представлениям, развитию АГ, ОП, атеросклероза способствуют дефицит кальция и витамина D [2,6,15]. Эти патологии предложено определять как кальцийдефицитные [11]. При данных состояниях ослабление активности трансмембранных кальциевых каналов способствует понижению содержания ионизированного кальция во внеклеточной среде и повышению во внутриклеточной среде. Такой дисбаланс приводит к кальцификации сосудов, клапанов сердца, нарушению костного метаболизма [1,9].

Ограниченность ресурсов здравоохранения определяет необходимость проведения профилактических и терапевтических вмешательств, обеспечивающих максимально выгодные результаты при минимальном использовании материальных ресурсов здравоохранения. Поэтому профилактика

и лечение распространенных заболеваний, таких как АГ, ХОБЛ и ОП, становятся важной социально-экономической проблемой.

АГ, ХОБЛ и ОП относятся к заболеваниям разных систем. Лечение и профилактикой этих заболеваний занимаются врачи разных специальностей (кардиологи, терапевты, семейные врачи, ортопеды-травматологи). Однако при рассмотрении факторов риска можно заметить, что эти заболевания имеют ряд общих корригируемых факторов риска, таких как курение, сниженная физическая активность, несбалансированное питание, злоупотребление алкоголем, которые являются основными составляющими здорового образа жизни.

Лечение АГ, ХОБЛ, ОП сводится к снижению скорости развития дегенеративных процессов (при лечении ОП также и к увеличению минеральной плотности костной ткани) и профилактике жизненно опасных осложнений. Так как лечение этих хронических заболеваний требует значительных материальных ресурсов, проведение профилактических мероприятий становится социально значимой проблемой.

Успешное лечение больного зависит как от квалификации врача, так и от приверженности больного к лечению, и профилактике осложнений. Низкая приверженность к профилактике и лечению увеличивает заболеваемость, повышает риск развития осложнений, приводящих к инвалидности и смерти больных. В последние годы исследователи рассматривают приверженность как независимый фактор риска развития осложнений сердечно-сосудистых заболеваний. Приверженность к профилактике и лечению ОП и ХОБЛ также можно рассмотреть как независимый фактор развития осложнений, так как без изменения образа жизни, отказа от вредных привычек и регулярного приема лекарственных средств эффективное лечение и профилактика осложнений ОП и ХОБЛ невозможны.

Цель исследования. Изучение осведомленности пациентов травматологического отделения РБ №2-ЦЭМП об осложнениях артериальной гипертензии, остеопороза и хронической обструктивной болезни лёгких; изучение степени приверженности больных к профилактике и лечению заболеваний; определение ведущих причин, влияющих на степень приверженности пациентов.

Материалы и методы исследования. В исследование был включен 171

больной в возрасте старше 40 лет, находящийся на стационарном лечении в травматологическом отделении РБ №2. Больные заполняли опросник, отвечая на вопросы, касающиеся: осведомленности об осложнениях АГ, ОП, ХОБЛ, наследственности, соблюдения профилактических мер, регулярности приема ранее назначенных препаратов в амбулаторных условиях, занятий спортом или регулярными физическими упражнениями, вредных привычек, сбалансированного питания, причин невыполнения советов и назначений врачей, регулярного приема лекарственных средств и изменения образа жизни. В зависимости от возраста и пола больных разделили на 4 группы:

I – мужчины в возрасте 40-59 лет (средний возраст 48,4±5,7 лет) – 60 чел.,

II – женщины в возрасте 40-59 лет (средний возраст 54,3,4±3,7 лет) – 43,

III – мужчины в возрасте 60 лет и старше (средний возраст 69,8±7,3лет) – 18,

IV – женщины в возрасте 60 лет и старше (средний возраст 73,5±6,2 лет) – 50 чел.

Степень приверженности (комплаентности) определяли по опроснику Мориски – Грина, состоящему из 4 вопросов [14]:

1) забывали ли Вы когда-либо принять препараты?

2) не относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема лекарств?

3) не пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо?

4) если Вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли Вы следующий прием?

Согласно данному тесту, приверженными к лечению (комплаентными) считали больных, набравших 4 балла.

При определении степени приверженности также использовали отношение количества дней с корректным приемом лекарственных препаратов к количеству дней назначенного курса лечения. Недостаточно приверженными к лечению считали больных при показателях ниже 80% от должного.

Результаты и обсуждение. Осведомленность об осложнениях АГ, ОП и ХОБЛ среди обследованных больных составила: в I группе – 14 чел.(23,3%), во II – 29(67%), в III – 11(61,1%), в IV – 25(50%) чел. Больные лучше осведомлены об осложнениях АГ, так как в жизни сталкивались (в семье, у знакомых) со случаями инсульта на фоне АГ. Осведомленность среди больных обоих полов в возрасте до 60 лет достоверно ниже, чем у больных старше

60 лет. Такая разница объясняется большей частотой заболеваемости среди лиц старше 60 лет, что способствует повышению интереса больных к получению информации о болезни и ее последствиях.

На вопросы о целесообразности проведения первичной и вторичной профилактики заболеваний положительно ответили: в I группе – 4 чел.(6,7%), во II – 11(25,6%), в III – 5(27,8%), в IV – 9(18%) чел. Частичное и нерегулярное выполнение профилактических мероприятий отметили: в I группе – 2 чел.(3,3%), во II – 14(32,5%), в III – 1(5,6%), в IV – 13(26%) чел. Низкую приверженность к профилактике заболеваний можно объяснить отсутствием мотивации, особенно среди лиц в возрасте до 60 лет. На вопрос о причине непроведения профилактических мероприятий в 74% случаев больные ответили - «нет необходимости», что объясняется отсутствием и/или невыраженностью клинической симптоматики при начальных стадиях АГ, ОП и ХОБЛ. Снижение работоспособности из-за болей в позвоночнике (ОП) и одышки при физической нагрузке (ХОБЛ, сердечная недостаточность) больные объясняли наличием «остеохондроза» и «возрастными изменениями». Женщины до 60 лет чаще (32,5%) отмечали нерегулярный прием препаратов кальция с целью профилактики постменопаузального остеопороза.

Регулярно физической культурой занимались: в I группе – 13 чел.(21,7%), во II – 10(23,3%), в III – 2(11%), в IV – 3(6%) чел. Нерегулярное занятие физическими упражнениями отметили: в I группе – 11 чел.(18,3%); во II – 19(44,2%), в III – 4(22,2%), в IV – 8(6%) чел. Количество занимающихся регулярными физическими упражнениями или спортом среди больных до 60 лет выше как у мужчин, так и у женщин. На вопросы, касающиеся необходимости регулярного занятия спортом, положительно отвечали работающие пациенты со среднеспециальным или высшим образованием, что объясняется нарастанием заинтересованности к укреплению своего здоровья с целью сохранения хорошо оплачиваемого рабочего места.

Так как на развитие ОП важную роль играет недостаточный прием кальция с пищей, в опросник были включены вопросы, касающиеся регулярного приема молочных продуктов как основного источника кальция. Регулярный прием молочных продуктов отметили: в I группе – 5 чел.(8,3%), во II – 16(37,2%), в III – 3(16,7%), в IV

– 17(34%) чел. Молочные продукты нерегулярно принимали: в I группе – 5 чел.(8,3%), во II – 17(39,5%), в III – 8(44,4%), в IV – 25(50%) чел. Женщины обеих возрастных групп чаще употребляют молочные продукты.

Курение является основным фактором риска ХОБЛ и корригируемым фактором риска развития АГ, ОП. При опросе курение преобладало среди мужчин в обеих возрастных группах: I группа – 41 чел.(68,3%), III – 6(33,3%); Среди женщин до 60 лет количество курящих – 16 чел.(37,2%), что в 3 раза больше, чем в IV группе – 6(12%). После госпитализации перестали курить 2 (3,3%) мужчин в возрасте до 60 и 2 (4%) женщины старше 60 лет.

Злоупотребление спиртными напитками признали: 1(2,3%) женщина в возрасте до 60 и 2(4%) – старше 60 лет. Умеренный прием алкогольных напитков отметили: в I группе – 48 чел.(80%), во II – 21(48,8%), в III – 13(72%), в IV – 13(26%) чел.

При исследовании степени приверженности по опроснику Мориски – Грина были получены следующие результаты: в I группе 10 чел.(16,7%), во II – 13(30,2%), в III – 6(33,3%), в IV – 16(32%) чел. были привержены к лечению заболевания и к профилактике осложнений.

Основные причины низкой приверженности в возрасте 40-59 лет были: удовлетворительное самочувствие (74%), побочные эффекты лекарственных препаратов (10%), неуверенность в выздоровлении (8%), забывчивость (8%).

В возрасте 60 лет и старше низкая приверженность была связана с удовлетворительным самочувствием (37,5%), забывчивостью (32,5%), побочными эффектами лекарственных препаратов (12,5%), высокой стоимостью лекарственных препаратов (12,5%), с неуверенностью в результатах лечения (5%).

Выводы. Во всех возрастных группах осведомленность и приверженность к лечению, профилактике артериальной гипертензии, остеопороза и ХОБЛ у женщин выше, чем у мужчин.

Больные в возрасте до 60 лет менее привержены к профилактике и лечению заболеваний, основными причинами чего являются неосведомленность и отсутствие мотивации.

У больных старше 60 лет основными причинами плохой приверженности являются удовлетворительное самочувствие, забывчивость, побочные эффекты лекарственных препаратов и высокая стоимость.

Более высокая осведомленность и приверженность к лечению наблюда-

ется у лиц со среднеспециальным и высшим образованием.

Литература

1. **Глезер М.Г.** Пожилой возраст: сердечно-сосудистые заболевания и диабет. Липидснижающая терапия у лиц пожилого возраста, страдающих сахарным диабетом / М.Г. Глезер // Клиническая геронтология. – 2000. – №11 – С. 43-64.
2. **Иммунпатология** застойной сердечной недостаточности: роль цитокинов / Е. Л. Насонов [и др.] // Кардиология. – 1999. – №3 – С. 66-73.
3. **Клинико-эпидемиологические** аспекты профилактики нарушения мозгового кровообращения: по данным исследования ELSA / Белоусов Ю.Б // Качественная клиническая практика. – 2002. – №3 – С. 76-88.
4. **Копировский К.М.** Восстановительные меры при переломе бедренной кости в старческом возрасте / К.М. Копировский // Клиническая геронтология. – 2007. – №2 – С. 59-62.
5. **Кочеткова Е.А.** Функциональное состояние костной ткани у курящих некурящих больных хронической обструктивной болезнью легких / Е.А. Кочеткова, М.В. Волкова // Терапевтический архив. – 2005. – Т. 77, №3. С. 14-18.
6. **Маличенко С.Б.** Роль кальция и витамина D в развитии патологии сердечно-сосудистой системы у пожилых / С.Б. Маличенко // Лечащий врач. – 2002. – №5-6. С. 66-73.
7. **Остеопороз:** эпидемиология, диагностика. Кальцитонин в лечении остеопороза: методические рекомендации для врачей / Л.И. Беневоленская [и др.]. – М, 1997. – 32с.
8. **Преображенский Д.В.** Артериальная гипертензия у пожилых: особенности патогенеза и лечения / Д.В. Преображенский // Клиническая геронтология. – 2006. – №10. – С. 3-13.
9. **Bonemineral density and atherosclerosis: the study of osteoporotic fractures / M.T. Vogt [et al.] // J. Am. Geriatr. Soc. – 1997. – 45. – P.140-145**
10. **Cooper C.** Hip fracture in the elderly: world wide projections / C. Cooper, C. Campion, L.J. Melton // Osteoporos. Int. – 1992. – 2. – P. 285–289.
11. **Demer L.L.** Role of inflammation in atherosclerotic calcification, metaplasia and osteoporosis / L.L. Demer, I.V. Tintut, M. Abedin. 19-th Int., Symp/ Atheroscler. Int. Congr. Ser. – 2004. – 1262. – P. 570-573.
12. **Genant H.K.** Interim report and recommendations of the World Health Organization task-force for osteoporosis / H.K. Genant [et al.] // Osteoporos. Int. – 1999; 10: 259-264.
13. **Medical expenditures** for the treatment of osteoporotic fractures in the United States in 1995: report from the National Osteoporosis Foundation / N.F. Ray [et al.] // J. Bone Miner. Res. – 1997. – 12. – P.24-35.
14. **Morisky DE.** Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence / D.E. Morisky, L.W. Green, D.M. Levine // Med Care. 1986. – 24. P. 67–73.
15. **Watts N.** Bisphosphonates. Statins. Osteoporosis and atherosclerosis / N. Watts // Southern Med.J. – 2002. – 86. – P.147-150.

Н.А. Тимофеева, И.Д. Ушницкий

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОГЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ г. ЯКУТСКА

В настоящее время кариес зубов остается актуальной проблемой клинической стоматологии и медицины в целом [1-4, 10]. Это связано с тем, что эта патология широко распространена среди различных возрастных групп населения. При высоком уровне интенсивности поражения кариес в значительных случаях заканчивается развитием его осложнений, что нередко способствует потере зубов. А это в свою очередь приводит к нарушению функциональной деятельности зубочелюстной системы, а также формирует развитие очагово-обусловленных заболеваний в организме человека [9]. В связи с этим профилактика кариеса зубов является важной общемедицинской задачей.

Условия Севера характеризуются суровыми природно-климатическими условиями в течение длительного годового периода, резкими перепадами атмосферного давления, недостаточностью ультрафиолетового облучения, низким уровнем минерализованности основных источников питьевой воды и т.д. Данные факторы в комплексе с другими известными местными и общими факторами риска оказывают негативное воздействие на состояние органов и тканей полости рта. Это подтверждает тот факт, что при проведении первичной профилактики кариеса зубов необходимо учитывать региональные средовые и биологические факторы риска с целью повышения эффективности проводимых мероприятий [5].

Цель работы. Определить эффективность эндогенной профилактики кариеса зубов у детей школьного возраста г. Якутска.

Материалы и методы. Для изучения кариесстатической эффективности фторида натрия нами было обследовано 67 детей общеобразовательной средней школы № 7 г. Якутска в возрасте 7 лет. Обследованные дети были подразделены на контрольную (35 детей) и опытную группы (32 ре-

бенка). На первом этапе наблюдения у детей обеих групп определялись распространенность, интенсивность кариеса и концентрация фтора в моче по методике, рекомендованной ВОЗ (1996). В опытной группе в качестве первичной профилактики кариеса постоянных зубов назначались таблетки фторида натрия по 2,2 мг 1 раз в день в течение учебного года с перерывами на летние месяцы. Динамический контроль проводился через годичный период наблюдения.

Результаты исследования. Известно, что эпидемиологическая характеристика кариеса зубов у жителей высоких широт, как правило, интерпретируется как высокий уровень. В нашем случае это не стало исключением, что подтверждается полученными нами данными. Так, на начальном этапе исследования у детей контрольной и опытной групп распространенность поражений твердых тканей зубов кариесом составила 100% в обеих группах. При этом выраженность патологических процессов тканей зубов деминерализующего характера в обеих группах варьировала в различных пределах. И среднестатистические показатели интенсивности кариеса постоянных зубов у детей контрольной группы составили $1,4 \pm 0,15$, опытной – $0,68 \pm 0,05$.

Следует отметить, что выбор препарата профилактического действия был осознанным и обоснованным. Прежде всего это связано с тем, что основные источники питьевой воды Республики Саха (Якутия) характеризуются крайне низким содержанием фтора и низким уровнем минерализованности. Многими исследованиями был доказан выбор препаратов фтора как альтернативное средство при его низком содержании в воде и как оптимальное средство, влияющее на структурную резистентность твердых тканей зубов [6-8, 11]. Таблетки фторида натрия в качестве профилактического средства назначались детям по одной таблетке ежедневно в течение учебного года с перерывами на летние месяцы.

Необходимо отметить, что проведенные мероприятия, направленные на предупреждение дефектов твердых

тканей зубов кариозного происхождения дали определенные клинические результаты, которые подтверждаются полученными нами данными. Так, через год исследования уровень интенсивности кариеса постоянных зубов у детей контрольной группы составил $2,35 \pm 0,08$, опытной – $0,79 \pm 0,05$ ($P < 0,05$). Аналогичные динамические изменения были выявлены в показателях прироста кариеса зубов за период наблюдения у детей представленных групп. Так, среднестатистический показатель прироста кариеса в группах соответственно составил $0,95 \pm 0,02$ и $0,11 \pm 0,01$ ($P < 0,05$). Полученные достоверно значимые результаты интенсивности поражения и прироста кариеса зубов у детей младшего школьного возраста контрольной и опытной групп свидетельствуют о выраженной клинической эффективности проведенных профилактических мероприятий.

Известно, что эффективность первичной профилактики кариеса зубов можно определить по некоторым показателям обменных процессов в организме. Например, показатели экскреции фтора с уриной позволяют определить его усвоение и взаимосвязь с кариесстатическим эффектом профилактических средств эндогенного действия. В связи с этим нами было проведено изучение показателей выведения фтора с мочой у обследованных детей контрольной и опытной групп. При этом были выявлены некоторые особенности метаболизма фтора в организме на этапах динамического контроля. Так, в начале лабораторного анализа концентрация фтора в моче у детей контрольной и опытной групп колебалась в пределах $0,20 - 0,98$ ppm, а средние значения в группах соответственно составили $0,42$ и $0,50$ ppm ($P > 0,05$).

Через год после проведения первичной профилактики кариеса зубов препаратом натрия фторида у детей опытной группы наблюдаются выраженные изменения в показателях концентрации фтора в моче. И он, соответственно, выражается достоверным увеличением содержания фтора в урине у детей опытной группы. Так, после годового мониторинга этот пока-

затель у группы детей, принимающих профилактическое средство, находился на уровне 1,13 ppm ($P < 0,05$). Полученные фактические данные показателей экскреции фтора с мочой при проведении мероприятий, направленных на предупреждение кариеса постоянных зубов у детей, характеризуют оптимальную усвояемость активных ионов фтора в их организме. Данный факт также подтверждается значительным кариесстатическим эффектом препарата фторида натрия у детей опытной группы по сравнению с детьми контрольной группы.

Заключение

Таким образом, клинически апробированный в условиях г. Якутска метод эндогенной профилактики кариеса зубов у детей младшего школьного возраста в практическом плане выявил положительные моменты. Они выражаются оптимальной усвояемостью препарата фторида натрия в организме и его значительным кариесстатическим эффектом, приводящим

к повышению резистентности твердых тканей постоянных зубов к воздействию агрессивных факторов внешней и внутренней среды. Полученные факты диктуют необходимость активизации и оптимизации первичной профилактики кариеса зубов у детского населения Республики Саха (Якутия) с использованием препаратов фтора, за исключением территорий, относящихся к эндемическим районам по отношению к флюорозу.

Литература

1. Антонова А.А. Кариес зубов у детей в условиях микроэлементозов 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. Боровский Е.В. Биология полости рта / Е.В. Боровский, В.К. Леонтьев. – М., 1991. – 304 с.
5. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний / Э.М. Кузьмина // Клиническая стоматология. – 2001. – №5. – С. 23-25.
6. Лукиных Л.М. Лечение и профилактика кариеса зубов / Л.М. Лукиных. – Н.Новгород: Изд-во НГМА, 1998. – 168 с.
7. Луцкая И.В. Влияние фторсодержащих зубных паст на кислотоустойчивость эмали / И.В. Луцкая // Клиническая имплантология и стоматология (электронная версия). – 1997. – №3.
8. Стоматологическая профилактика у детей / В.Г. Сунцов [и др.]. – Омск, 2005. – 343 с.
9. 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.
10. Lussi A. Erosive potential of oral care products / A. Lussi, E. Hellwig // Caries Res. – 2001, № 35, Suppl. 1. – P. 52-56.
11. Petzold M. The influence of different fluoride compounds and treatment conditions on dental enamel: a descriptive in vitro study of the CaF₂ precipitation and microstructure / M. Petzold // Caries Res. – 2001. – №35. – P. 45-51.

В.Г. Часнык, Т.Е. Бурцева, С.Я. Яковлева, Л.А. Николаева, С.Л. Аврусин, А.Я. Яковлев, К.М. Степанов, В.Д. Батюшкин ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ ГРУДНОГО МОЛОКА У ЖЕНЩИН (на примере Республики Саха (Якутия) и Ямало-Ненецкого автономного округа)

Введение. Самым сбалансированным продуктом для детей раннего возраста является грудное молоко, которое рассматривается как «золотой стандарт» оптимального питания, отработанного многотысячной эволюцией млекопитающих и человека. Перевод на искусственное вскармливание, по образному выражению И.М. Воронцова, следует рассматривать как «экологическую катастрофу для ребенка». В связи с этим в настоящее время в большинстве развитых стран

произошла очередная революция в сфере детского питания — массовый возврат к грудному вскармливанию. Например, в Соединенных Штатах Америки более 55% матерей кормят младенцев грудью. В России, к сожалению, распространенность грудного вскармливания заметно снизилась, составляя не более 40-50% детей в возрасте до 4 месяцев [7]. По результатам экспедиционной работы ЯНЦ СО РАМН, показатель естественного вскармливания широко варьирует от 13 до 95% в населенных пунктах Арктического побережья Якутии.

Рациональное вскармливание детей раннего возраста оказывает существенное влияние на нервно-психическое и физическое развитие детей. Грудное молоко содержит все необходимые пищевые вещества, биологически активные соединения, защитные факторы, необходимые для ребенка первого года жизни. К сожалению, в нашей стране, несмотря на наметившуюся тенденцию и государственную поддержку, грудное вскармливание все

еще не имеет широкого распространения. До сих пор на территории России встречаются случаи вскармливания грудных детей цельным коровьим, козьим молоком, неадаптированными молочными смесями [1-6,8,10].

И.М. Воронцов с соавт. [1] отметили, что при вскармливании детей неадаптированными молочными смесями могут наблюдаться: ускорение темпов физического развития, увеличение мышечной ткани, замедление темпов развития психомоторного развития на фоне отставания темпов миелинизации нервных волокон. Эту точку зрения поддерживает Ф. Pohlandt [9], отмечая неблагоприятное воздействие чрезмерной нагрузки белком, аминокислотами на созревание головного мозга. Для новорожденных детей наиболее значимым является избыток таких аминокислот, как фенилаланин или тирозин. Их повышенная концентрация, связанная с избыточным поступлением с пищей, может иметь отрицательное влияние на формирование и функционирование ЦНС из-за

ЧАСНЫК Вячеслав Григорьевич – д.м.н., зав. кафедрой СПбГПМА; **БУРЦЕВА Татьяна Егоровна** – к.м.н., зав. лаб. ЯНЦ СО РАМН; **ЯКОВЛЕВА Светлана Яновна** – зав. КП ПЦ РБ №1-НЦМ; **НИКОЛАЕВА Людмила Алексеевна** – директор ПЦ РБ №1-НЦМ; **АВРУСИН Сергей Львович** – к.м.н., докторант СПбГПМА; **ЯКОВЛЕВ Артур Янович** – директор Якутского республиканского ревизионного союза с/х кооперативов; **СТЕПАНОВ Константин Максимович** – к.вет.н., зав. лаб. ЯНИИСХ; **БАТЮШКИН Владимир Дмитриевич** – ст. инженер ЯНИИСХ.

Таблица 1

Показатели химического состава грудного молока в зависимости от периода лактации

Состав грудного молока	Период лактации			
	0-3 мес. n=39	3-6 мес. n=22	6-9 мес. n=5	9 мес. и более n=17
Белки	2,81±0,57	2,59±0,77	2,98±0,30	2,46±0,80
Жиры	5,23±0,83	4,66±1,09	3,89±0,84	5,02±1,21
Углеводы	5,41±0,25	5,38±0,25	5,58±0,30	5,37±0,28

достаточно продолжительной гиперминаоцидемии [1].

Таким образом, приоритетом при вскармливании детей до года является и остается вскармливание детей женским грудным молоком.

Цель исследования. Сравнительный анализ химического состава грудного молока у женщин разных этнических групп Республики Саха (Якутия) (РС (Я)) и Ямало-Ненецкого автономного округа (ЯНАО).

Материалы и методы. В экспедиционных условиях в районах РС (Я) и ЯНАО и в отделениях ПЦ РБ№1-НЦМ проводился забор грудного молока у женщин в стерильные пробирки объемом 10 мл. Набранный материал в условиях экспедиции замораживался при t=-20С и транспортировался в холодильнике. Грудное молоко набрано у женщин разных этнических групп: саха – 44 чел., эвены – 20, ханты – 15, русские – 8, ненцы – 7, эвенки – 5, чукчи 5, всего 104 чел.

Анализ проведен на базе лаборатории ЯНИИСХ на инфракрасном анализаторе NIR SCANNER model 4250. Оценены содержание белка, жиров, углеводов в г/100мл. Следует отметить, что ЯНИИСХ любезно предоставил возможность проведения данного исследования, в связи с чем ЯНЦ СО РАМН выражает огромную признательность и готовность к дальнейшему сотрудничеству.

Результаты. Полученные результаты (табл.1) свидетельствуют, что содержание белка в исследованном

нами грудном молоке выше норм РФ (1,59 г/100мл) и ВОЗ (до 2,0 г/100мл) [9]. Не исключено, что это связано с особенностями питания (преобладание белковых продуктов) женщин в РС (Я) и ЯНАО. Содержание жиров – в пределах допустимых норм. Содержание углеводов чуть ниже нормы, как по нормативам РФ, так и ВОЗ (норма содержания углеводов составляет 6-7г/100мл) [9].

Анализ зависимости показателей химического состава грудного молока от периода лактации выявил достоверные различия между следующими возрастными группами: от 0 до 3 месяцев и от 3 до 6 месяцев. Достоверные различия получены и в содержании жиров (табл.2).

При сравнительном анализе химического состава грудного молока кормящих женщин разных этнических групп (табл.3), достоверные различия показателей получены у женщин саха и чукчей: соответственно белки – 2,87 г/100мл > 2,13 г/100мл (p<0,05), жиры – 4,71 г/100мл < 5,9 г/100мл (p<0,05), и у женщин саха и хантов: белки – 2,87 г/100мл > 2,18 г/100мл (p<0,05), жиры – 4,71 г/100мл < 5,49 г/100мл (p<0,05). Таким образом, полученные нами результаты подтверждают, что грудное молоко женщин коренных малочисленных народов Севера (ханты и чукчи), исторически ведущих кочевой образ жизни и сохранивших традиционный уклад, более жирное. Сравнительный анализ показателей химического состава грудного молока у других

Таблица 3

Сравнительные показатели химического состава грудного молока у кормящих женщин разных этнических групп РС (Я) и ЯНАО

Этническая группа	Белки	Жиры	Углеводы
Саха, n=44	2,87±0,58	4,71±1,11	5,37±0,27
Эвены, n=20	2,46±0,59	4,80±1,07	5,35±0,26
Ханты, n=15	2,18±0,59	5,49±1,51	5,48±0,30
Русские, n=8	2,96±0,71	4,44±1,01	5,26±0,31
Ненцы, n=7	2,72±0,71	5,2±0,70	5,6±0,28
Эвенки, n=5	2,38±0,98	4,41±0,88	5,84±0,35
Чукчи, n=5	2,13±1,26	5,9±1,60	5,38±0,38

Таблица 2

Сравнительные данные показателей химического состава грудного молока от возраста лактации

Состав грудного молока	0-3 мес.	3-6 мес.	p
Белки	2,8108	2,5913	p=0,152
Жиры	5,2176	4,6677	p=0,039
Углеводы	5,4173	5,3804	p=0,471

этнических групп не выявил достоверного различия.

Выводы. В работе удалось провести сравнительный анализ химического состава грудного молока у женщин разных этнических групп, который подтвердил достоверные отличия между грудным молоком урбанизированных женщин (саха) и женщин коренных малочисленных народов Севера (чукчи, ханты), сохранивших традиционный уклад жизни, в том числе особенности питания.

Литература

1. **Воронцов И.М.** Вскармливание детей первого года жизни / И.М. Воронцов, А.В. Мазурин // Справочник по детской диететике. – Л.: Медицина, 1980. – С.23–123.
2. **Изменение** политики педиатрической службы здравоохранения в отношении практики грудного вскармливания / В.И. Фурцев [и др.] // Педиатрия. – 2002. – №1. – С. 69–71.
3. **Йип Р.** Естественное вскармливание детей / Р. Йип // 4-й Международный симпозиум по проблемам правильного питания матери и ребенка. – М., 1995. – с.6–22.
4. **Нетребенко О.К.** Практика вскармливания детей первого года жизни в России / О.К. Нетребенко // Детская больница. – 2001. – №3. – С. 52–54.
5. **Оценка** влияния кефира и «последующей» смеси на развитие диапедезных кровотечений у детей второго полугодия жизни / И.Я. Конь [и др.] // Педиатрия. – 2002. – №3. – С.55–59.
6. **Palma D.** Питание в первый год жизни: неприемлемость коровьего молока / Palma D. // Гнездо. – 2003. – №14. – С.5–6.
7. **Царегородцева Л.В.** Современные подходы к вскармливанию детей первого года жизни / Л.В. Царегородцева, Г.А. Самсыгина. – М. – 1997. – 20с.
8. **Plasma** amino acids of infants fed modified whey formulas with protein-energy ratio of 1,8g/100kcal / E. Haschke-Becker [et al.] // World Congress Pediatr. Gastroenterol. Hepatol. Nutritiol. Boston, 2000.
9. **Pohlandt F.** Plasma amino acid concentrations in newborn infants breast-fed ad libitum / F. Pohlandt // J. Pediatr. – 1978. – V.92, N4. – P.614–616.
10. **Zoppi G., Zamboni G.** Mechanism of diet-induced uraemia and acidosis in infants / G. Zoppi, G. Zamboni // Europ. J. Pediatr. – 1977. – V.125, N3. – P.197–204.

ГИГИЕНА, САНИТАРИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ЭКОЛОГИЯ

В.Ф. Чернявский, С.С. Теленков, З.С. Никифорова,
Н.А. Антонов, Т.Н. Шопяк

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ОЦЕНКИ РИСКОВ МЕНЕДЖМЕНТА САНИТАРНО- ГИГИЕНИЧЕСКИХ УСЛУГ В ОБЛАСТИ ИММИГРАЦИОННОЙ ПОЛИТИКИ В ЯКУТИИ

Основной задачей санитарно-эпидемиологической службы является обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия, интегральным критерием которого является здоровье населения, в том числе иностранных граждан, находящихся на территории страны и её субъектов. На современном этапе развития здравоохранения России охрана здоровья граждан — необходимое условие жизни общества, за уровень которого государство несет ответственность.

При этом здоровье населения определяется как совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение, укрепление здоровья каждого человека, предоставление ему медицинских услуг и медицинской помощи в случае его утраты, поддержание его долгодельной активной жизни. Обозначенный подход, с нашей точки зрения, подчеркивает зависимость здоровья населения не только от социальной и биологической сущности человека, но и в значительной мере от санитарно-гигиенического состояния среды обитания, которое и может обуславливать риск возникновения не только инфекционных, но и массовых неинфекционных заболеваний человека и населения в целом. Обозначенные моменты тесно связаны с миграционными процессами. Известно, что 17,2% опрошенных одним из наиболее перспективных и требующих дальнейшего развития направлений профилактической деятельности определили со-

вершенствование системы оценки санитарно-эпидемиологических рисков, куда входят миграционные потоки [2], с которыми может быть связан завоз инфекционных болезней и инотерриториальных штаммов (ВИЧ-инфекция, туберкулез, вирусные гепатиты и др.).

Спецификация оценки риска [3,5] в настоящее время с успехом используется для целей социально-гигиенического мониторинга, экологической и санитарно-эпидемиологических экспертиз, экологического аудита, определения зон экологического бедствия и чрезвычайной экологической ситуации, государственного экологического контроля, обоснования планов действий по охране окружающей среды и здоровья населения, а также санитарной охраны границ и территории от завоза и распространения инфекционных болезней.

В отношении Якутии риск для здоровья населения, связанный с миграционными процессами, существует, и порой не в меньшей степени, чем от воздействия комплекса факторов окружающей среды, от осуществляемой юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями хозяйственной и иной деятельности, представляющей потенциальную опасность для населения. Сюда относятся практически все виды деятельности, осуществляемой в миграционной политике, производимые работы и оказываемые населению (мигрантам) услуги: медицинские, коммунально-бытовое обслуживание, общественное питание и другие.

Поэтому необходимо обоснование внедрения и осуществления оценки санитарно-эпидемиологического риска при реализации миграционной политики (оформлении свидетельств — актов об отсутствии инфекционных заболеваний), представляющей потенциальную опасность для страны и региона, в практическую деятельность учреждений, осуществляющих Госсанэпиднадзор, и организаций, аккредитованных в установленном порядке на право проведения сани-

тарно-эпидемиологических экспертиз (ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РС(Я)»), обследований, исследований, испытаний, токсикологических, гигиенических и иных видов оценок (клинико-лабораторное, санитарно-гигиеническое и эпидемиологическое обследование).

Анализ материалов ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РС(Я)» свидетельствует, что субъекты миграционной деятельности не в полном объеме соблюдают требования государственных санитарно-эпидемиологических правил и нормативов, недостаточно эффективно разрабатывают и проводят санитарно-противоэпидемические (профилактические) и природоохранные мероприятия, способствующие сокращению риска для здоровья населения от осуществляемой работы в области миграции. Материалы оперативно-профилактического мероприятия «Нелегал» показывают, что при проверке 604 мест компактного проживания иностранных граждан и 1595 иностранных работников, более половины из них — 821 (51,5%) — нарушили миграционное законодательство. Кроме того, выявлены 20–40% поддельных документов эпидемиологического характера, всё это усугубляется антисанитарными условиями мест проживания мигрантов.

Главное, определяется вероятность наступления нежелательных эффектов (возникновение распространение заносных инфекций), которые могут иметь место при несоответствии осуществляемой указанной деятельности требованиям государственных санитарно-эпидемиологических правил и нормативов. Достоверно, что превентивные действия с помощью оценки ожидаемого риска, представляющего потенциальную опасность для населения, в практике единой системы Госсанэпиднадзора в Якутии высоко эффективны. Это позволяет получать количественные характеристики, оценивать степень потенциального и реального ущерба здоровью населения и среде его обитания от воздействия

Сотрудники ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РС(Я)»: **ЧЕРНЯВСКИЙ Виктор Федорович** — к.м.н., засл. врач РФ, врач-эпидемиолог высшей категории; **ТЕЛЕНКОВ Сергей Семенович** — почетный работник санэпидслужбы РС(Я), гл. врач; **АНТОНОВ Ньургун Анатольевич** — специалист-стажер; **ШОПЯК Татьяна Николаевна** — засл. врач РС(Я), зам. гл. врача; **НИКИФОРОВА Зинаида Степановна** — начальник отдела защиты прав потребителей Управления Роспотребнадзора по РС(Я).

миграционной деятельности, при осуществлении которой не в полной мере соблюдаются требования санитарно-эпидемиологического законодательства, и предлагать мероприятия, в наибольшей степени обеспечивающие сохранение здоровья населения, среды его обитания и санитарно-эпидемиологического благополучия территорий.

В связи с вышеизложенным единой системой Госсанэпиднадзора разработан пакет документов о «Порядке проведения санитарно-эпидемиологической оценки риска для населения и среды его обитания, осуществляемой миграционной политики и услуг, представляющих потенциальную опасность для человека».

Учитывая, что практически все нормативные правовые акты содержат формулировки основных понятий, то в общем разделе дается определение понятия «санитарно-эпидемиологический риск». Это необходимо было сделать в связи с тем, что данное понятие вводится впервые.

Согласно англо-русскому глоссарию «Оценка риска воздействия факторов окружающей среды на здоровье человека», под санитарно-эпидемиологическим риском следует понимать ожидаемую частоту или вероятность нежелательных эффектов, возникающих от воздействия представляющих потенциальную опасность хозяйственных или иных видов деятельности (санитарно-эпидемиологических услуг), при осуществлении которых не в полной мере соблюдаются требования санитарного законодательства.

Федеральный закон РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» определил Госсанэпиднадзор как «деятельность по предупреждению, обнаружению, пресечению нарушений законодательства Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения». Несмотря на то, что санитарные правонарушения являются одной из важных категорий Госсанэпиднадзора, их правовая природа исследована [1] недостаточно, наименее изучена объективная сторона санитарных правонарушений. Основу объективной стороны санитарных правонарушений составляет неправомерное действие и пассивное поведение (бездействие), что может иметь место и при соблюдении санитарного законодательства иностранными гражданами на территории РС(Я).

Целью санитарно-эпидемиологической оценки риска является полу-

чение достоверной информации о потенциальном и реальном ущербе здоровью населения и среде обитания при осуществлении какого-либо, представляющего потенциальную опасность для человека, вида миграционной деятельности, работы, услуги, ранжирование этой оценки по степени выраженности воздействия, разработка плана санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, при выполнении которого обеспечивается безопасность осуществления хозяйственной и иной деятельности, работ, услуг, оценка уровня риска, который сохранился после применения мер по его снижению.

Результаты санитарно-эпидемиологической оценки риска прилагаются к акту санитарно-эпидемиологической экспертизы и являются документированным подтверждением вероятности наступления страхового случая и значимости (выраженности) последствий при конкретной степени несоответствия требованиям государственных санитарно-эпидемиологических правил и нормативов осуществляемого вида деятельности, работы, услуги, а также основанием для дифференцированного расчета страховых тарифов.

Последствия санитарных правонарушений могут носить материальный и моральный характер, подрывать престиж власти и государства. Материальный характер санитарных правонарушений выражается в причинении вреда среде обитания и здоровью человека определенной степени тяжести. Моральный вред выражается в подрыве репутации, чести и достоинства лица. Последствия, носящие характер, ослабляющий или подрывающий престиж власти и государственного аппарата, предусмотрены ст. 53 Федерального закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» и связаны с ненадлежащим исполнением своих служебных обязанностей и сокрытием фактов и обстоятельств, создающих угрозу санитарно-эпидемиологическому благополучию должностными лицами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор, то есть лицами, являющимися представителями исполнительной власти.

Последствия санитарных правонарушений могут причинять вред одному объекту (человеку), либо множеству объектов (людей), и даже государству.

Нарушение санитарного законо-

дательства всегда сопряжено с нанесением ущерба определенным общественным отношениям в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Поэтому государство при помощи санкций старается восстановить нарушенные общественные отношения и социальную справедливость.

Санитарное правонарушение как противоправное деяние создает реальную угрозу наступления закономерных материальных последствий, производит определенные изменения в среде обитания человека. В этих случаях для правовой ответственности недостаточно установить только факт совершения предусмотренного законом действия или бездействия, необходимо установить наличие причинной связи между действием (бездействием) и возможностью наступления вредных последствий.

Последствия санитарных правонарушений всегда существуют и предельно, хотя иногда не носят материального характера. Противоправные последствия санитарных правонарушений влияют на объем ответственности (моральные, политические и др.) и на классификацию их по степени тяжести.

При посягательствах на собственность закон использует понятия: «значительный ущерб» (ч. 2 ст. 158 УК), «крупный размер» (ч. 3 ст. 158 УК), «крупный ущерб» (ч. 1 ст. 203 УК). В ряде случаев закон точно указывает последствия: заражение ВИЧ-инфекцией (ст. 122), причинение вреда здоровью (ст. 143, 219, 263), массовая гибель животных (ч. 2 ст. 247), распространение эпидемий (ст. 248 УК РФ) и др.

Причинная связь между нарушением санитарного законодательства и общественно опасными последствиями является одним из важнейших институтов правовой ответственности. Причинная связь в области миграционной политики устанавливает чисто объективный (факторы риска-причина) предел ответственности: нельзя ставить вопрос об общественной опасности и виновности лица, если действие лица не содействовало наступлению последствия.

Причина – факторы риска – порождает, вызывает другое явление – следствие.

Наряду с причинами следует различать и условия (многофакторность), то есть такие явления, которые сами не могут (например – отсутствие вакцинации) породить непосредственно

данное явление-следствие, но, сопутствуя причинам в пространстве и времени и влияя на них, обеспечивают определенное их развитие, необходимое для возникновения следствия (инфекционного заболевания).

Причина может породить конкретное следствие только при наличии определенных условий. Условия могут облегчить действие причины, способствовать наступлению следствия, но могут и тормозить или вовсе прекратить развитие причинной связи.

В практике Госсанэпиднадзора нередки случаи, в которых причинение вреда было вызвано различными действиями нескольких лиц, в большей или меньшей степени способствовавших наступлению отрицательного, ущербного результата.

Следует согласиться с мнением В. Н. Кудрявцева [4], что для признания причинной связи между конкретными противоправными действиями человека и наступившими вредными последствиями прежде всего требуется выяснить, являются ли эти действия таким условием наступления последствий, без которого данные последствия не наступили бы, т.е. нарушение санитарно-эпидемиологического благополучия населения или отдельных групп людей.

В случаях, когда определенное действие (бездействие) не было тем необходимым условием, без которого вредные последствия не наступили бы, причинная связь отсутствует. Поскольку задача состоит в определении объективных предпосылок ответственности, важно выяснить, при каких условиях причинная связь совершенного противоправного действия или бездействия с наступившим вредным результатом в санитарно-эпидемиологическом благополучии достаточна для вменения в вину субъекту указанных последствий. При решении этого вопроса следует учитывать различие между необходимыми и случайными связями. Необходимость – это сущность явления, случайность – только

форма проявления необходимости. Необходимость опережающих профилактических действий со стороны санитарно-эпидемиологической службы в большинстве случаев исключает проявление случайности.

Устанавливая причинную связь с достаточными для вменения субъекту в вину последствиями, наступившими в результате его общественно опасного действия или бездействия, необходимо выявить три основных обстоятельства:

– общественно опасное действие или бездействие должно быть совершено ранее наступления общественно опасных последствий;

– общественно опасное действие или бездействие должно быть обязательным условием наступления общественно опасных последствий, при отсутствии которого последствия не могли бы наступить;

– общественно опасное действие или бездействие должно создавать реальную возможность наступления общественно опасных последствий или обуславливать превращение реальной возможности этих последствий в действительность. Указанные критерии имеют место в практике обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия в области миграционных потоков (индикация факторов риска).

Таким образом, объективная сторона санитарно-эпидемиологических правонарушений как сложная правовая категория предполагает исследование и оценку действий (бездействия) участников правоотношений (иностранцев граждан и принимающих сторон), последствий этих действий, наличия и силы причинной (казуальной) связи между действием (бездействием) и вредными последствиями, а также ряда других факторов.

Выводы.

1. Профессиональная культура и юридическая дисциплина в предупреждении санитарно-эпидемиологических правонарушений являются важным правовым институтом обеспе-

чения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в миграционной политике.

2. Санитарно-эпидемиологические правонарушения характеризуются рядом признаков, определяющих их правовую природу.

3. Объективная сторона санитарно-эпидемиологических правонарушений представляет совокупность фактических признаков и обстоятельств, которые необходимо учитывать при осуществлении госсанэпиднадзора.

4. Основным элементом объективной стороны санитарно-эпидемиологических правонарушений является общественно опасное действие или бездействие.

5. При оценке санитарно-эпидемиологических правонарушений необходимо учитывать их последствия (реальные и возможные), заноса интeрриториальных форм инфекций.

6. Наиболее сложным в оценке санитарно-эпидемиологических правонарушений является установление причинной связи между противоправным действием (бездействием) и его результатом при реализации миграционной политики.

Литература

1. **Зельдин А.Л.** Объективная сторона санитарных правонарушений / А.Л. Зельдин, В.И. Курчанов, А.И. Долицкий // Вестник Санкт-Петербургской ГМА им. И.И. Мечникова.
2. **Иваненко А.В.** Система санитарно-эпидемиологической оценки риска деятельности, представляющей потенциальную опасность для населения / А.В. Иваненко [и др.] // Здоровье население и среда обитания. – М., 2005. – № 11. – С.1-5.
3. **Иванов А.А.** Теоретические и правовые аспекты организации производственного контроля / А.А. Иванов // Вестник Санкт-Петербургской Государственной медицинской академии им. И. И. Мечникова. – 2002.- № 1-2. – С.25-30.
4. **Кудрявцев В.Н.** Объективная сторона преступления / В.Н. Кудрявцев. – М., 1996. – С.23.
5. **Шестапалов Н.В.** О законодательном обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения / Н.В. Шестапалов // Санитарно-гигиенический вестник. – 2001. - № 1. – С.3-4.

Л.М. Кокколова, Т.А. Платонов, Л.А. Верховцева
**РОЛЬ ПАРАЗИТАРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ
 В ПАТОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА**

Сравнительно небольшое число паразитарных болезней способно вызывать острое заболевание с выраженными характерными клиническими проявлениями: малярия, трихинеллез, амебиаз, лейшманиозы. Особенностью большинства паразитарных болезней является их хроническое течение, связанное с длительным, иногда многолетним, присутствием возбудителя в организме больного (при отсутствии специфического лечения), что определяется продолжительностью жизни паразита или частыми реинвазиями.

Вызывая у человека преимущественно хронические заболевания, гельминты оказывают многообразное выраженное патологическое воздействие на состояние здоровья. Патологическое воздействие гельминтов на человека дополнительно связано еще и с тем, что в процессе развития многие виды этих паразитов совершают в организме сложные миграции, последовательно проходя через различные органы и ткани.

В настоящее время известно около 250 видов гельминтов, паразитирующих у человека, причем 98 видов распространены на территории России и сопредельных стран. В структуре паразитарной заболеваемости населения России на группу гельминтов приходится свыше 90%. Контагиозные гельминтозы, заражение которыми происходит непосредственно от человека к человеку, энтеробиоз – гельминтоз, вызываемый острицами, регистрируются наиболее часто.

Энтеробиоз отличается резко выраженным участием детей в формировании высоких показателей заболеваемости. При этом основная масса инвазированных приходится на возрастную группу от 3 до 6 лет. Причиной распространения энтеробиоза у детей является ослабление внимания со стороны родителей к привитию гигиенических навыков.

Показатели заболеваемости геогельминтозами (аскаридозом, трихоцефалезом) и биогельминтозом (описторхозом) в республике связаны

с миграцией населения, т.к. эти гельминты чаще всего завозятся лицами, возвращающимися из отпусков и переселенцами из стран ближнего зарубежья (Таджикистана, Киргизии, Узбекистана, Молдовы, Украины). Прибытие лиц, инвазированных этими гельминтозами, может способствовать возникновению новых очагов инвазии и заболеванию местного населения. Из других геогельминтозов пристального внимания заслуживает токсокароз. В связи с резким увеличением поголовья собак в городах и сельских местностях, числа бродячих собак токсокароз следует рассматривать как новую острую гигиеническую проблему охраны почвы от загрязнения опасным патогеном паразитарной природы. В современных условиях токсокароз становится наиболее значимым геогельминтозом с необычно высоким риском заражения в городах, несвойственным для остальных видов геогельминтов.

Очень опасны и биогельминтозы, возбудители которых развиваются с участием промежуточных хозяев и передаются человеку через их ткани и другие факторы. Из этой группы болезней у нас встречаются дифиллоботриоз, тениаринхоз, эхинококкоз, трихинеллез.

Дифиллоботриоз – вызывается одним из самых крупных паразитических червей – лентецом широким. Он может достигать в длину 2–10 м и более. В половозрелом состоянии паразитирует в тонком кишечнике человека, собаки, хищных плотоядных животных (волка, песца, лисицы) (рис.1). Человек заражается, употребляя в пищу сырую или недостаточно термически обработанную рыбу (щука, ерш, окунь, тугунок и др.). Изменение социально-экономических условий привело к увеличению количества рыбаков-любителей и браконьеров, неконтролируемому вывозу и реализации рыб из очагов дифиллоботриоза. Заболевания людей этими болезнями связано с употреблением традиционного блюда – сырой, быстроприготовляемой малосольной или свежемороженой рыбы. В республике дифиллоботриоз является природно-эндемичным паразитом. Очаги сосредоточены в бассейне р. Лена. Больные дифиллоботриозом зарегистрированы по всей территории республики, про-

слеживается тенденция роста заболеваемости населения, показатель инвазированности составляет от 138,8 до 347,1 случая на 100 т.н. Накопление непролеченных больных ухудшает санитарное состояние водоемов. Поддерживается интенсивная циркуляция возбудителя и увеличивается зараженность рыбы за счет поступления большого количества неочищенных стоков, проблема обостряется также постоянными весенними паводками, затопляющими населенные пункты.

В Якутии в последние десять лет тениаринхоз у населения республики встречается редко, но ежегодно, по статистическим данным Роспотребнадзора РС (Я) и аналитическим материалам наших исследований, регистрируется от 7 до 9 чел., пораженных тениаринхозом, в среднем показатель инвазированности составляет 10,1 на 100 т.н. Источником заражения тениаринхозом является пораженное финнами мясо крупного рогатого скота, употребленное в пищу без проведения должной термической, кулинарной обработки, способствующей его обеззараживанию. Ветеринарно-испытательные лаборатории районов и рынков республики ежегодно обнаруживают от 2 до 10 пораженных финнами туш.

Проблема эхинококкоза в настоящее время приобретает особое значение в связи с ухудшением эпидемической и эпизоотической обстановки. Заражение людей происходит при заглатывании онкосфер эхинококков, находящихся во внешней среде, на шерсти собак, пушных зверей, при снятии и обработке меха (рис.2). Основной



Рис.1. Дифиллоботриид из кишечника собаки (фото Платонова Т.А)

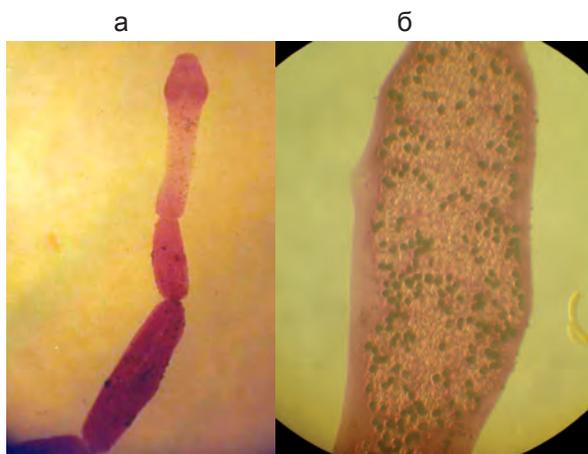


Рис.2. Эхинококк: а – головка, шейка и незрелый членик; б – зрелый членик с маткой, наполненной яйцами (фото Коколовой Л.М.)



Рис.3. Эхинококковый пузырь, обнаруженный в легких лося (фото Коколовой Л.М.)



Рис.4. Протосколекс эхинококка из содержимого эхинококкового пузыря (фото Коколовой Л.М.)

мерой предупреждения заражения однокамерным и многокамерным эхинококкозом является соблюдение правил личной гигиены: уменьшение контактов с собаками, мытье рук после контакта с животными и объектами окружающей среды, предварительное кипячение воды, употребляемой для питья, недопустимость разделки шкур в жилом помещении. Больные эхинококкозом регистрируются преимущественно среди сельских жителей, показатель заболеваемости составляет 0,8 на 100 т.н. Цистный эхинококкоз у промысловых диких животных регистрируется часто, нами была выявлена пораженность до 76,2% лосей, 17,2% диких оленей и 1,21% косуль из числа

исследованных, количество эхинококковых пузырей в паренхиматозных органах колебалось от 2 до 57, во всех цистах обнаруживали протосколексы эхинококка (рис.3-4).

По характеру локализации эхинококкоз печени составлял 35%, эхинококкоз легких – 65% [3]. У диких плотоядных животных половозрелые эхинококки были обнаружены у 61,08% волков, из домашних – у 1,7% собак, альвеококки – у 98,1% белых песцов из числа исследованных нами животных (рис.5,6).

Собака занимает особое, привилегированное место в семье охотника или оленевода, где обычно содержат по 2-3 и более собак. В зимнее время хозяева содержат их в своем жилище, находятся с ними в постоянном контакте, собаки обнюхивают предметы обихода, облизывают руки хозяев и членов семьи. В результате этого яйца эхинококков могут быть занесены в рот не только руками при непосредственном контакте с собаками, но и с загрязненными продуктами питания и посредством предметов обихода. В городах и сельских местностях увеличивается число бродячих собак.

В жаркое время года во время сенокосных работ местное население употребляет сырую воду из любых водоемов, вплоть до вырытых мелких канавок в целях накопления воды. Нередко люди купаются в речках и водоемах вместе с собаками. Население ежегодно собирает и употребляет в немывтом виде дикорастущие ягоды (брусника, голубика, красная и черная смородина, охта, земляника и др.) и травы (лук, чеснок, щавель и др.), возможно и с яйцами гельминтов, рассеянными собаками или дикими плотоядными. Сельские жители, и особенно дети, не соблюдают правил личной гигиены, часто не моют рук и могут занести яйца гельминтов в рот. Возможна также передача инвазии через молоко и кумыс, так как яйца эхинококка могут попасть на вымя коров и кобылиц во время лежания их на земле. Кошки нередко лежат на подстилках собак, их шерсть может загрязняться яйцами эхинококков и они могут служить механическими переносчиками. Часто регистрируются случаи заболевания охотников и членов их семей, заготовителей шкур промысловых живот-

ных, людей, связанных с сельским хозяйством, работой на пушных базах, охотничьих хозяйствах, мастерских по пошиву меховых изделий, где преобладает ручной труд и недостаточные санитарные условия для охраны здоровья человека [6].

В природном биоценозе Якутии эхинококкоз и альвеококкоз приобрели постоянство, сохраняются благодаря трофическим связям восприимчивых животных и особенностям природно-климатических условий региона [2]. При этом роль отдельных хищников и грызунов в поддержании природных очагов зоонозов ярко выражена. Следует отметить, что фактическая добыча промысловых животных за сезон охоты значительно выше, чем предусмотрено по выделенным на охоту лицензиям. С учетом браконьерства и низким уровнем профессиональной культуры охотников при отстреле животных возможно большее число подранков, среди которых могут быть животные, пораженные эхинококкозом, которые затем погибают и становятся добычей хищных плотоядных, что увеличивает риск распространения гельминтоза.

Основной причиной высокого уровня заболеваемости человека и зараженности домашних животных эхинококкозом является недостаточная обеспеченность населения питьевой водой. Аласно-таежная зона Якутии, к которой относятся районы центральной и западной частей республики, является самым густонаселенным регионом, при наличии таких больших рек, как Лена, Вилюй, Алдан и Амга, эта зона очень слабо обеспечена качественной питьевой водой.

Основной мерой предупреждения заражения однокамерным и многокамерным эхинококкозом является соблюдение правил личной гигиены: уменьшение контактов с собаками, мытье рук после контакта с животными и объектами окружающей среды, предварительное кипячение воды, употребляемой для питья, недопусти-



Рис.5. Половозрелый альвеококк с шарообразной маткой, наполненной яйцами из кишечника белого песца (фото Коколовой Л.М.)

мость разделки шкур в жилом помещении. Важны периодические гельминтологические обследования собак и лечение выявленных зараженных животных.

Человек заражается трихинеллезом при поедании зараженного личинками мяса диких и домашних животных (свиныны, конины, медвежатины и др.) [4].

Основными симптомами трихинеллеза являются лихорадка, боли в голени, бедрах, икроножных, межреберных и шейных мышцах. Отек век и всего лица настолько характерен для трихинеллеза, что в народе эта болезнь получила название «одутловатка», «большая голова», «лягушачье лицо». Отек может распространяться на шею, туловище и конечности. Иногда по всему телу появляется сыпь. В России заболеваемость населения трихинеллезом связана с забоем свиней и заготовкой мясных продуктов, в том числе из мясных охотничьих трофеев (кабана, барсука, медведя). В Якутии человек заражается от мяса бурых медведей и собак. Основной причиной служит употребление в пищу без достаточной термической обработки мяса промысловых животных, особенно в копченном виде мяса бурого медведя, сала или мяса собаки и волка, употребляемых в лечебных целях. Более 40% бурых медведей из числа исследованных нами животных были поражены личинками трихинелл. Личинки трихинелл устойчивы не только к пониженным (они длительное время не гибнут в мышцах при температуре до -38°), но и повышенным температурам, при кратковременном кипячении не погибают благодаря толщине тканей хозяина и окружающей личинку капсуле, необходимо хорошая проварка в течение 2-3 часов.

Личинки капсульных трихинелл обнаруживали по всей территории республики почти у всех промысловых

плотоядных – волка, песца, россомахи, рыся, соболя и др., из домашних у собаки (рис.7). Бескапсульные личинки трихинелл впервые в Арктической зоне Якутии обнаружила у белых медведей Коколова Л.М [5,7] (рис.8).

Интересно, что при заболевании людей реакция на трихинеллез происходит на следующий день после употребления зараженного мяса [1]. По наблюдениям врачей, клинические признаки трихинеллеза проявляются очень четко. Хотя из литературных данных известно, что первые симптомы инвазированности личинками трихинелл проявляются через 1,5-2 месяца. Результаты наших лабораторных опытов по заражению лабораторных животных показали, что при заражении личинками трихинелл в количестве более 16, мыши погибали в первые часы после заражения. При заражении в количестве 8-9 личинок изменения общего состояния подопытных животных не наблюдали, при заражении от 10 до 14 личинок в течение первого часа у мышей наблюдали угнетенное состояние, тремор, синюшность носового зеркала и конечностей, затем в течение суток состояние животных нормализовалось. Инкапсулированные личинки трихинелл в мышцах находили после 18 дней заражения.

Аскаридоз (гельминтоз, вызываемый аскаридами, обитающими в тонком отделе кишечника и питающимися его содержимым и поверхностными слоями слизистой оболочки) и трихоцефалез (гельминтоз, возбудителем которого является власоглав) являются эндемичными гельминтозами на территории России. В Республике Саха (Якутия) является завозимым гельминтозом. Чаще завозится торговцами рынков, вынужденными переселенцами из Украины, Белоруссии, Молдовы, Таджикистана, Киргизии и других регионов России (Республики Дагестан, Ингушетия, Чеченская, Краснодарский и Ставропольский края, Амурская область), а также возвращающимися из отпусков жителями республики. Яйца аскариды выживают в почве от 4 до 7 лет, яйца власоглава – до 3-4 лет. Пристального внимания заслуживает токсокароз, такое положение является следствием высокой численности собак при абсолютном несоблюдении правил их содержания в городе и сельских населенных пунктах. В связи с резким увеличением численности собак

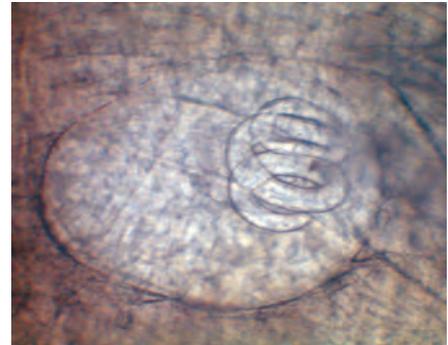


Рис.7. Инкапсулированные личинки трихинелл в мышцах у волка (фото Коколовой Л.М.)

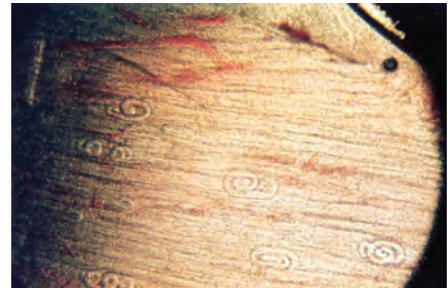


Рис.8. Бескапсульные личинки трихинелл в мышцах у белого медведя (фото Коколовой Л.М.)

токсокароз следует рассматривать как новую острую гигиеническую проблему охраны почвы от загрязнения опасным патогеном паразитарной природы. Яйца токсокар выживают в почве более 4 лет.

В последнее время все большее значение приобретают протозойные болезни, возбудителями которых являются одноклеточные простейшие (лямблии, токсоплазмозы, криптоспоридии и др.). Основными симптомами этих заболеваний является водянистая диарея. В различных регионах планеты отмечены многочисленные вспышки заболеваний населения, связанные с содержанием в питьевой воде возбудителей паразитарных заболеваний протозойной этиологии, и в первую очередь лямблиоза и криптоспоридиоза. Следует отметить, что цисты лямблий и ооцисты криптоспоридий обладают более выраженной, по сравнению с бактериями и вирусами, устойчивостью к действию дезинфектантов (хлор, озон), используемых на водопроводных станциях.

Лямблиоз – заболевание, вызываемое паразитированием в желудочно-кишечном тракте человека простейших – лямблий, одноклеточных животных микроорганизмов из класса жгутиковых. Заражение человека происходит при заглатывании цист лямблий, чаще всего с водой. Для кишечной формы лямблиоза характерны боли в животе,

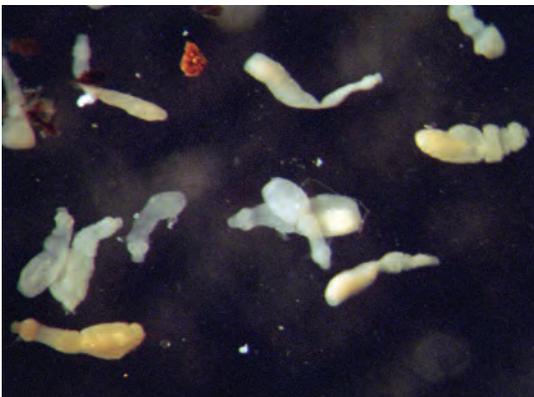


Рис.6. Альвеоокисты из кишечника белого песца (фото Коколовой Л.М.)

вздутие кишечника, жидкий стул. Для печеночной формы лямблиоза характерны приступообразные боли в правой половине живота, изжога, отрыжка, тошнота, рвота, желтушное окрашивание склер, увеличение печени. Цисты лямблий остаются жизнеспособными в кале в различные месяцы 2-24 суток, в воде 15-70 суток, в моче – 3-4 суток. В водопроводной воде при температуре 16-22°C они выживают от 28 суток до 3 месяцев. В почве в летнее время цисты лямблий сохраняют жизнеспособность в течение 2 месяцев.

Криптоспориоз – малоизученное паразитарное заболевание животных и человека протозойной этиологии (кокцидиоз), вызываемое криптоспоридиями (внутриклеточный паразит). Основным местом обитания паразитов является проксимальный отдел тонкой кишки, хотя инфекция может распространяться по всей длине пищеварительного тракта от миндалин до прямой кишки. Проявляется частым до 25 раз в сутки обильным поносом, с потерей до 20 л жидкости. Болезнь сопровождается лихорадкой, спастическими болями в верхних отделах живота, продолжительность диареи может составлять несколько недель, месяцев и даже лет. За последние годы принципиально изменилась сама концепция криптоспориоза от интерпретации его как редкой и бессимптомной инфекции до признания этой инвазии важной причиной диареи более чем у 30 видов животных (телят, ягнят, поросят и др.), а также у людей.

АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА

Выяснение причин смерти является важным инструментом демографического анализа процессов смертности. Разложение общего уровня на компоненты дает возможность прогнозировать весь процесс, основываясь на динамике смертности по отдельным причинам смерти.

У трудоспособного населения Республики Саха (Якутия) первое место среди причин смерти занимают причи-

ноксоплазмоз – протозойная инфекция с природной очаговостью, протекающей в подавляющем числе случаев бессимптомно; встречается в различных странах мира. Источником распространения ооцист токсоплазм является кошка, окончательный хозяин, в кишечнике которой формируются ооцисты и выделяются с фекальными массами.

По мере освоения человеком природы оттеснялись дикие млекопитающие, возникали новые экологические системы, структура которых всецело зависела от хозяйственной деятельности человека. В современной практике мы имеем дело с инвазией, активно циркулирующей в природных биоценозах, при этом обширная территория Якутии не исключение. Вечная мерзлота в Якутии, казалось бы, должна способствовать гибели инвазионного начала, но тем не менее, многие виды паразитов сохраняются в активном состоянии, имеют выраженную тенденцию к распространению и формированию обширных природных очагов. В чем же причина широкого распространения паразитарных болезней? Здесь уместно процитировать слова нашего мудрого соотечественника, врача И.А. Блументаля, опубликованные в «Московской медицинской газете» в 1865 г.: «Если дело идет о том, чтобы найти истинную причину широкого распространения болезней или некоторых зараз, опустошающих целые селения, то конеч-

но, качество воды, употребляемой для питья, качество пищи, пренебрежение к чистоте улиц, отводных труб и отхожих мест, нездоровое жилье и т.п. – гораздо чаще должны быть обвиняемы, чем ветер и непогода». Эти слова, как видно, были актуальны в XIX, XX и, наверное, не утратят своего значения и в XXI веке.

Литература

1. **Айыы Уола-Айан.** Трихинеллез в Якутии / Айыы Уола-Айан // Наука и образование. – Якутск, 2002. – №1 (25). – С.122-123.
2. **Исаков С.И.** Эхинококкоз и альвеококкоз животных в Якутии / С.И. Исаков, М.Г. Сафронов //Перспективы ликвидации потерь от эхинококкоза в животноводстве: тез. докл. науч.-практ. семинара г. Фрунзе, 14-16 окт.1987. – М., 1987. – С.23.
3. **Исаков С.И.** Лось – промежуточный хозяин *E.granulosus* в Якутии / С.И. Исаков // Мед. паразитология. – 1990. – №2. – С.50.
4. **Кокколова Л.М.** Трихинеллез человека и животных в Якутии / Л.М. Кокколова, С.И. Исаков, Л.А. Верховцева //Материалы докл. 7-й науч. конф. по трихинеллезу человека и животных, 2-3 октября 1996. – М., 1996. – С.31-33.
5. **Кокколова Л.М.** Ситуация по трихинеллезу в Якутии / Л.М. Кокколова, С.И. Исаков, Л.А. Верховцева //Науч. практ. конф., посв. 70-летию аграрной науки РС (Я) «Совершенствование научного обеспечения агропромышленного комплекса Республики Саха (Якутия)». – Якутск, 1997. – С.54.
6. **Кокколова Л.М.** Особенности распространения зоонозных гельминтозов на Крайнем Севере / Л.М. Кокколова //Тр. Всерос. ин-та гельминтологии. – М., 2006. – Т.41. – С.91-96.
7. **Кокколова Л.М.** Эпизоотическая и эпидемиологическая ситуация по трихинеллезу в Республике Саха (Якутия) / Л.М. Кокколова // Там же. – С.96-101.

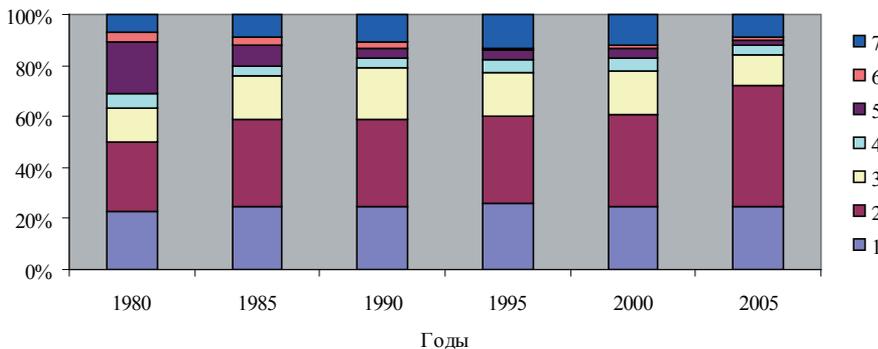
Егорова А.Г.

СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ): ДИНАМИКА, ПРИЧИНЫ И СТРУКТУРА

ны экзогенного характера (несчастные случаи, отравления, травмы, убийства и самоубийства), а также эндогенные болезни – болезни органов кровообращения и дыхания, злокачественные новообразования (рисунок). Они определяют общую структуру причин смерти населения республики. Кризисные явления 1990-х гг. не внесли в нее каких-либо существенных коррективов.

Структурное распределение причин смерти в целом по населению республики также в общих чертах соответствует российскому. Как и в целом по России, в РС(Я) преобладают болез-

ни системы кровообращения. Смертность по этому классу причин в расчете на 100 тыс. чел. составила в 2005 г. 466,8 случая для всего населения, 486,4 – для сельского и 455,9 – для городского населения (таблица). На втором месте находится смертность от несчастных случаев, отравлений и травм – 230 случаев на 100 тыс. чел. Специфика смертности от травм и отравлений заключается в их почти полной зависимости от социальных факторов. Кроме того, этот класс причин характеризуется высокой сверхсмертностью мужчин.



Динамика структуры смертности населения Республики Саха (Якутия) в 1980-2005 гг.: 1 - несчастные случаи, отравления, травмы; 2 – болезни системы кровообращения; 3 – новообразования; 4 – болезни органов пищеварения; 5 – болезни органов дыхания; 6 – инфекционные и паразитарные болезни, 7 – прочие причины

Структура смертности населения Республики Саха (Якутия) по годам, на 100 тыс. чел.

Причина	1960	1965	1980	1985	1990	2000	2005
Все население							
Всего	901,5	821,1	859,2	726,7	676,8	956,3	1020,3
В том числе:							
Инфекционные и паразитарные болезни		87,3	44,9	27,6	14,1	15	15,4
Новообразования	138,4	151,2	103,2	114	123,3	130,6	126,3
Болезни системы кровообращения	112,1	129	268,5	244,9	231,3	375,8	466,8
Болезни органов дыхания	108,3	86,2	98,5	65,7	41,2	42,7	36,4
Болезни органов пищеварения	45,2	30,9	31,3	33,4	26,4	45,1	46,3
Несчастные случаи, отравления, травмы	150,3	180,2	251,7	178,4	166,3	240,1	230,0
Городское население							
Всего	706,7	640,7	745,4	636,2	611,4	970,7	1014,2
В том числе:							
Инфекционные и паразитарные болезни	75	37,8	30,6	22,6	11	16,8	16,9
Новообразования	115,4	107,4	83,1	91,8	109,1	138,6	128,2
Болезни системы кровообращения	114,6	106,5	220,4	202,1	216,2	386,4	455,9
Болезни органов дыхания	60,5	43,4	71,2	48,6	29,4	45,2	44,0
Болезни органов пищеварения	26,6	18,9	39,5	31,9	22,4	50,6	48,9
Несчастные случаи, отравления, травмы	192,8	197,1	245,3	178,5	162,2	240,3	217,1
Сельское население							
Всего	1091,2	178,9	1042,8	901,1	807,7	930,8	1031,2
В том числе:							
Инфекционные и паразитарные болезни	224,8	91,1	67,9	37,2	20,3	11,7	12,7
Новообразования	204,8	156,4	135,6	156,9	151,7	116,2	122,9
Болезни системы кровообращения	99,1	327,4	346	327,5	261,3	356,8	486,4
Болезни органов дыхания	154,9	128,6	142,5	98,6	64,8	38,2	22,7
Болезни органов пищеварения	63,3	33,4	17,9	36,3	34,2	35,3	41,5
Несчастные случаи, отравления, травмы	108,9	261	261,9	178,2	174,5	239,7	253,4

Во всех экономически развитых странах эти причины находятся на 3-м месте после болезней органов системы кровообращения и онкологических заболеваний. В Якутии они занимают 2-е место, а у мужчин в последние три года – даже 1-е. Каждый четвертый умерший в республике – это результат несчастных случаев, отравлений или травм (у мужчин – каждый третий, у женщин – каждая десятая). Особенно высоки показатели насильственной смерти у молодых мужчин – в возрастных группах 15-19, 20-24 и 25-29 лет. В этих возрастных интервалах преждевременная насильственная смертность составляет свыше 80% всех случаев смерти. Третье место занимает смертность от новообразований, от которых умирает 126,3 из каждых 100 тыс. чел. Смертность от новообразований в республике значительно превышает среднероссийский уровень, особенно среди женщин. Смертность от рака женщин в сельской местности, например, практически в 2 раза превосходит средний уровень по РФ.

Болезни органов пищеварения и дыхания занимают 4-ю и 5-ю позиции в общей структуре смертности. На 6-м месте – инфекционные и паразитарные заболевания, в результате которых население региона теряет 15,4 чел. из каждых 100 тыс. населения. До 1999 г. в сельской местности от них умирало почти в 1,4 раза больше людей, чем в городах, но с 2000 г. тенденция сменилась и наблюдается обратная картина: 12,7 случаев в сельской местности и 16,9 – в городской в расчете на 100 тыс. населения.

Средний возраст умерших почти по всем классам причин смерти увеличился. Особенно существенным был рост среднего возраста умерших от инфекционных заболеваний и болезней органов дыхания, как у мужчин, так и у женщин. Кроме того, сельские женщины стали умирать позже, в том числе и по причинам, связанным с несчастными случаями, отравлениями и травмами. «Помолодел» средний возраст умерших от болезней органов кровообращения и пищеварения (в последнем случае – исключительно за счет сельских женщин). Это может свидетельствовать только о том, что на селе медицинское обслуживание почти не улучшается.

Таким образом, в Республике Саха (Якутия), как и в России в целом, на смену таким «традиционным» причинам смерти, как инфекционные болез-

ни, пришли новые, главным образом болезни кровообращения. Эти причины смерти у нас преодолеваются гораздо медленнее, чем в экономически развитых странах.

Сверхсмертность от несчастных случаев, травм, отравлений и прочих экзогенных причин смерти – другой важный фактор низкой продолжительности предстоящей жизни населения региона, особенно у городских мужчин. В Якутии он второй по важности в снижении общей продолжительности жизни, происшедшем между 1988-1989 и 1995-1996 гг.

Низкий уровень продолжительности жизни населения региона по сравнению с уровнем РФ и его продолжающееся снижение связаны с двумя основными факторами высокой смер-

тности – это смертность от болезней системы кровообращения, показатели которой в отличие от развитых стран не снижаются, а, наоборот, возрастают, и сверхсмертность от несчастных случаев, отравлений, травм, убийств и самоубийств, особенно в трудоспособном возрасте и у мужчин, которая также имеет тенденцию к росту и является ведущей причиной снижения продолжительности жизни. Третьим по значению фактором стала смертность от новообразований. Кроме того, сравнительно высокой остается и смертность от болезней органов дыхания и пищеварения.

В связи с вышеизложенным, приоритетным направлением демографической политики должно стать снижение смертности населения трудоспособ-

ного возраста. Меры государственного воздействия на процессы смертности должны заключать в себе не только и не столько улучшение работы системы здравоохранения, сколько профилактику заболеваемости, улучшение санитарно-эпидемиологической и экологической обстановки в республике. Важна также более широкая пропаганда здорового образа жизни, воспитание самосохранительного поведения и, главное, создание условий для его реализации. Реальность этих ожиданий вполне подтверждается снижением смертности в середине 1980-х гг., когда были предприняты решительные шаги в борьбе с алкоголизмом. В итоге это отразится и на качестве народонаселения в целом и трудовых ресурсах как одной из его составляющих.

А.В. Павлов

ДИНАМИКА АВТОМОБИЛЬНОГО ТРАВМАТИЗМА И МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ЕГО СНИЖЕНИЯ

В Республике Саха (Якутия) динамика показателей смертности в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП), произошедших по вине нетрезвых водителей, имеет первое снижение в 1986 г., когда отметка достигла 29 случаев по сравнению с максимальной 65 в 1981 г. Действующий закон борьбы с пьянством и алкоголизмом и самогоноварением, принятый майским пленумом ЦК КПСС в 1985 г., имел незамедлительный эффект, потому что в конечном результате были заинтересованы все – от самого государства до его начальной ячейки – семьи. При распаде Советского Союза к 1990 г. показатели смертности от автотравм, допущенных по вине нетрезвых водителей, достигли 85 случаев, т.е. в 3 раза больше по сравнению с 1986 г. Таким образом, мнение о прямой зависимости общей алкоголизации населения и роста автотравм, допущенных по вине нетрезвых водителей, может быть правомерно, когда не принимаются никакие меры по их предупреждению. В настоящее время сокращения нарколологических заболеваний, достигнутого во второй половине 80-х гг. XX в., вероятно, не приходится ожидать, т.к. считается, что лечение алкоголизма должно проводиться только на доб-

ровольной основе (ст.2 Закона РС (Я) 3 №71-11 от 17 февраля 1999 г.).

В долгосрочной динамике аварийности на дорогах республики в периоды по десять лет в до- и постперестроечное время, начиная с 1981 г., нетрезвость водителей как одна из причин смертности составляет 30% от всех случаев гибели людей в ДТП, т.е. наркологический контроль при его эффективном исполнении может служить одним из заметных резервов снижения смертности людей на дорогах региона. Подъем автомобильного травматизма начала 1990-х гг. положительно снижается к 1998 г. и может характеризоваться как исчерпание себя поколения, имевшего аддиктивное (зависимостное) состояние. Появление нового поколения, страдающего аддиктивным состоянием и управляющего транспортом в нетрезвом состоянии, может проявиться в новых подъемах в динамике аварийности на дорогах республики. Так, увеличение раненых в 1999 и 2003 гг. – 323 и 286 случаев соответственно с тенденцией к новому росту травматизма, свидетельствует о сохранении напряженности в связи с продолжающимся употреблением алкогольных напитков находящимися за рулем. Хотя имеется в дальнейшем положительная тенденция к снижению смертности от автотравм путем усиления функции контролирующих органов, ос-

новная проблема употребления алкоголя (пьянства) населением остается нерешенной. Так, если за 2007 г. нетрезвость за рулем как одна из причин гибели людей в ДТП составляет 15% от всей смертности на дорогах региона, то это снижение требует изучения – или это появление признаков стабилизации социально-экономических условий существования северян, как и многих регионов РФ, после процессов распада советской системы в 90-е гг., или причиной является ужесточение закона об административной ответственности при вождении автомобиля в нетрезвом состоянии. Поэтому прогноз динамики несчастных случаев от ДТП станет зависимым от существующего уровня психического здоровья населения региона в целом.

Таким образом, при раскрытии эпидемиологической ситуации автомобильных травм в регионе косвенно возможно выявить уровень распространенности аддиктивного состояния употребляющих алкогольные напитки. Как известно, до наступления признаков заболевания употребляющие алкоголь люди проходят три ступеньки нарастающей зависимости: эпизодическое, ситуационное и систематическое употребление (Бехтель, 1986). Поэтому вопрос о ранней диагностике так же актуален, как и сама проблема профилактики алкоголизма в различных

половозрастных группах населения.

В последние годы отмечается тенденция повышения роста ДТП, соответственно – числа раненых (живых) и снижение числа погибших. Согласно отчетности УГИБДД МВД РС (Я), в 2007 г. число ДТП выросло на 31,1%, число раненых – на 36,1% и снизилось число погибших на 36,1% по сравнению с 2006 г. Наряду с происходящим отмечается усиление функции контроля со стороны Госавтоинспекции и ужесточение законодательной базы по обеспечению безопасности дорожного движения.

На 3-м Международном конгрессе по безопасности уличного движения приняты следующие шкалы: при содержании в крови водителя $0,3\%_{00}$ алкоголя вероятность аварий увеличивается в 7 раз, при $1-1,4\%_{00}$ – в 31 раз, при превышении $1,4\%_{00}$ – в 128 раз по сравнению с трезвым (И.С. Храпов с соавторами, 1970). В данное время аварии больше совершаются автомобилями из частного сектора, что требует новых форм организации безопасности дорожного движения в этом секторе. Согласно с ранее выполненной патоморфологами республики научной работой о происхождении автомобильных травм в Якутии и в г. Якутске, четко прослеживается сезонность их возникновения – в основном в летне-осеннее время – 61,4% от годового показателя со смертельным исходом, с наступлением холодов эта цифра снижается. По РФ смертельная автомобильная травма составляет 40-60% всего летального травматизма и занимает первое место среди всех случаев насильственной смертности. В Якутске – 10,9%. В плане распределения по дням недели – больше попадают в ДТП в понедельник – 17,2% и в субботу – 16,8%, причиной может быть повышение передвижения населения в данные дни недели. Погибают преимущественно в течение основного рабочего времени (до 18 ч – 59,8%). Больше страдают пешеходы – 72,4%, пассажиры – 15,3%, водители – 3,4%. Детско-подростковая смертность составляет 13,8% – выше, чем по РФ, в возрастной группе 18-55 лет – 75,8%. Мужчины получали смертельную травму в 76,6% случаев. Гибель пострадавших в основном наступала на месте происшествия в 82,8% всех случаев смертности от полученных автотравм. Главными причинами летального исхода являются черепно-мозговая травма, шок и кровотечение. Основной причиной возникновения ДТП яв-

лялось нарушение правил уличного движения водителями автомобилей (77,6%) и пешеходами (21,7%). В г. Якутске 48% погибших в ДТП имели алкогольное опьянение (Башарин К.Г., Попов В.Г., 1997).

По РФ летальные исходы при ДТП наступают у 9,5% пострадавших, причем в 52,3% случаев они умирают на месте происшествия, 2,5% случаев – в процессе транспортировки, 6% случаев – в приемных отделениях и в 38,8% случаев – в других отделениях стационаров (Мыльникова Л.А., 2003). Как видно, летальность на месте ДТП в РС (Я) высокая, обусловленная, вероятно, организационными причинами, удаленностью мест ДТП от населенных пунктов при низких качествах существующей дорожной сети и др. Известно, что при оказании помощи в течение первых 9 мин после получения травмы удается спасти жизнь 90% пострадавших, спустя 18 мин – только 15%. Другой аспект риска повышения смертности в ДТП – это отсутствие оказания специализированной помощи пострадавшим. При транспортировке пострадавших в лечебные учреждения попутным транспортом погибают 82,6% пациентов, фельдшерской бригадой – 66,3, специализированной бригадой – 17,4%. Практически нет оказания правильной первой помощи на месте, отсутствует система подготовки специалистов для медицинских формирований и для немедицинских служб, участвующих в ликвидации дорожно-транспортных происшествий. Сведения для слушателей по оказанию неотложной помощи при получении водительских прав имеют формальный и временный характер, на практике получается обратное, т.е. помощь не оказывается. Поэтому, чтобы снизить летальность на месте происшествия, необходимо создать законодательную базу, обеспечивающую обязательное оказание первой помощи участниками дорожного движения.

Приоритет, естественно, отдается профилактической направленности по части медицинского обеспечения безопасности на всех этапах ее проведения, в первую очередь на этапе отбора годности для получения водительских прав. Далее при случаях административного нарушения с фактом употребления алкоголя за рулем, тем более при повторных наказаниях, уже должно проводиться наркологическое освидетельствование, а при необходимости и оказание специализированной

помощи. Пока из всех предложений по части медицинского обеспечения безопасности дорожного движения в республике, представленных в межведомственную комиссию в Правительстве РС (Я) от 29 декабря 2007 г., Минздравом принят во внимание только пункт оказания специализированной неотложной помощи на месте ДТП, остальные пункты сочтены недопустимыми и неприемлемыми законом и прочими причинами, в т.ч. отвергнуты предложения научного изыскания путей решения травматизма на дорогах северного региона.

Известно, что чем больше доли валового национального продукта вложено в область предупреждения транспортного травматизма, тем разительнее результаты по сохранению жизней на дорогах. Так, страны с высоким уровнем дохода решают задачи по снижению ДТП и автотравм эффективнее, чем страны с низким и средним уровнем дохода, где при ограниченных кадровых и финансовых ресурсах для правительства затруднительно применять рекомендации в чистом виде. В таких случаях для осуществления задач по снижению ДТП в мировой практике предлагается сотрудничать с международными или неправительственными организациями или другими партнерами.

Таким образом, с учетом мировой практики для эффективного решения проблем, связанных с обеспечением безопасности дорожного движения, нужны следующие условия:

1. Определить ведущее учреждение в правительстве, которое будет направлять работу в области дорожной безопасности на национальном уровне.

2. Строить национальную стратегию дорожной безопасности минимум на 5-10 лет и иметь достаточные финансовые и кадровые ресурсы для ее решения.

3. Осуществлять конкретные мероприятия по предупреждению ДТП: больше пользоваться общественным транспортом; строить пешеходные переходы; ограничивать скорости; пользоваться ремнями безопасности; вести постоянный контроль над употреблением алкоголя и др.

4. Содействовать укреплению национального потенциала по снижению авто-, мото-, и других видов транспортных травм и придерживаться сотрудничества на всех уровнях, в т.ч. на международном.

Литература

- Энтин Г.М.** Лечение алкоголизма (Руководство для врачей / Г.М. Энтин. - М., 1990.
 2. **Закон РС (Я)** от 17 февраля 1999 г. №71-11 «О наркологической помощи в Республике Саха (Якутия)».
Ежегодный стат. отчет УГИБДД МВД РС (Я), 1981 - 2007 гг.

Павлов А.В. Автомобильный травматизм по вине нетрезвых водителей: проблемы и пути их решения / А.В. Павлов// Якут. мед. журнал. - 2007. - №1(17). - С.44-45.

Попов В.Г. Автомобильные травмы в Якутии / В.Г. Попов. - 1997.

Мыльникова Л.А. Медицинское обеспечение безопасности дорожного движения /

Л.А. Мыльникова. 2003 г. <http://healthroad.ru/php/content.php?id=233>

Дорожно-транспортный травматизм в Российской Федерации 1999-2003 гг. <http://healthroad.ru/php/content.php?id=261>

Всемирный доклад о предупреждении дорожно-транспортного травматизма: резюме. ВОЗ. - Женева, 2004 г.

И.А. Иванов

МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ (АФФЕКТИВНЫЙ) ПСИХОЗ

Маниакально-депрессивный психоз (МДП) – психическое заболевание, протекающее в форме депрессивных и маниакальных фаз (приступов), в промежутках между которыми человек практически здоров. Другими словами, он выходит из приступа с полным восстановлением критического отношения к перенесенному болезненному состоянию при полном исчезновении всей психопатологической симптоматики. Также в межфазном периоде отсутствуют изменения преморбидных (доблезненных) характерологических и личностных особенностей, сохраняются профессиональные знания и навыки. Отсутствие так называемого дефекта личности, что наблюдается при шизофренической болезни, даже после неоднократных приступов болезни – свидетельство благоприятного прогноза этого заболевания в целом. В американизированной МКБ-10, которой мы руководствуемся уже свыше 10 лет, маниакально-депрессивный психоз переименован на аффективный. Но в лексиконе нынешних российских психиатров нозологический термин «маниакально-депрессивный психоз» останется надолго, ибо длительно существовавший, ставший привычным и даже близким термин, не сразу исчезнет из нашего словарного запаса.

Маниакально-депрессивный психоз как самостоятельное заболевание было выделено в 1896 г. немецким психиатром Эмилем Крепелиным. Он объединил, основываясь на единстве клинических проявлений и характера течения, такие считавшиеся ранее самостоятельными заболеваниями формы, как мания, меланхолия и циркулярный психоз, с чередованием противоположных фаз или со двояными (без светлого промежутка) кон-

трастными фазами. Маниакально-депрессивный психоз относится к кругу эндогенных психозов, провоцируемых наследственными и конституциональными факторами. В семьях больных МДП много лиц, перенёсших как выраженные, так и стёртые приступы этой болезни, а также людей с повышенной аффективной лабильностью. Нередки случаи заболевания и родителей, и детей. Маниакально-депрессивный психоз часто возникает у лиц 15-30-летнего возраста. Частота его манифестации среди лиц среднего и более старшего возраста значительно уменьшается. Но, как свидетельствуют данные, в практике известны манифестации этого заболевания и у лиц старше 70 лет. Известный психиатр советского времени И.И. Лукомский (1968) отмечал, что частота появления данного психоза увеличивается у лиц старше 40 лет. Но при более тщательном изучении картины болезни в среднем и пожилом возрасте часто удаётся установить, что задолго до т.н. манифестации болезни наблюдались периодические фазовые колебания настроения – от кратковременных приступов беспричинной, как казалось, тоскливой подавленности, недомогания до повышения жизненного тонуса с немотивированным оптимизмом и воодушевлением. Однако такие изменения психики остаются вне психиатрической консультативной помощи, так как легко можно объяснить возможные правдоподобные причины их возникновения.

Первый приступ маниакально-депрессивного психоза обычно возникает в связи с воздействием каких-либо неблагоприятных факторов внешнего воздействия (травм, заболеваний внутренних органов, инфекций и интоксикаций), а также в кризисные периоды развития, в предменструальный и менструальный циклы. Кроме этого провоцирующую роль психических травм отмечали многие известные

психиатры В.П.Осипов (1931), В.А. Гиляровский (1954), А.И. Смоленский (1974). Многие исследователи едины во мнении, что по мере течения болезни роль внешних факторов уменьшается, а эндогенных (наследственных, конституциональных) – увеличивается. С депрессивной фазы МДП начинается в 60% случаев, а с его амбулаторной, непсихотической формы, называемой циклотимия – в 90%. По усреднённым данным, биполярный тип течения, характеризующийся чередованием депрессивных и маниакальных фаз, отмечается приблизительно в 30% случаев, монополярный депрессивный тип – в 60 и монополярный маниакальный – в 10%. Некоторые современные авторы приводят чуть иные данные: более чем у 50% больных заболевание протекает в виде одних депрессивных фаз и примерно у 5% – в виде только маниакальных (монополярное течение). Строго определённых закономерностей в течении маниакально-депрессивного психоза, частоте фаз, их последовательности и продолжительности и частоте межфазных выздоровлений (интермиссий) не установлено. В одних случаях наблюдается смена одной фазы другой без светлого промежутка, в других, что чаще, – со светлым промежутком от нескольких часов, дней до десятка лет. Следующий приступ может быть депрессивным или маниакальным, вне зависимости от типа первого или предыдущего приступа. Продолжительность фаз также различна, но чаще всего депрессивные фазы МДП протекают длительно, в течение нескольких месяцев, иногда до одного года и более, превышая в среднем продолжительность маниакальных фаз (А.Кеппинский, 1979). Выход из болезненного состояния бывает обычно постепенным, с равномерно затухающими суточными колебаниями настроения, реже – внезапный.

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

Современные исследователи, как правило, маниакально-депрессивный психоз относят к относительно редкой форме эндогенных психозов. Он встречается примерно в 7-8 раз реже, чем шизофрения. Так, частота болезненности лиц женского пола этим психозом составляет 0,86, мужчин – 0,7 на 1000 чел. (В.Г. Ротштейн, 1977). Многими исследователями установлено, что соотношение заболеваемости МДП лиц женского и мужского пола составляет 2-3:1. Маниакально-депрессивным психозом заболевают преимущественно лица трудоспособного возраста, хорошо адаптированные во многих отношениях. По данным эпидемиологических исследований, около 50% больных МДП имеют высшее и среднее образование, 75,8% трудоспособных больных заняты творческим и квалифицированным трудом (В. Г. Ротштейн, 1977). Этой психической болезни были подвержены многие знаменитые люди литературы, искусства и науки. Эрнест Хемингуэй, Вирджиния Вульф, художник Исаак Левитан, Марк Твен – страдали биполярным расстройством. Предполагают, что у Бетховена, Винсента Ван Гога и Густава Малера могла быть маниакальная депрессия. Известно, что знаменитый музыкант Владимир Горовиц страдал депрессией, вероятнее всего маниакальной.

Общественная опасность больных определяется тем, что они в маниакальном состоянии могут совершать правонарушения, а в депрессивном – самоубийства. Различные формы суицидальной активности, как показывают исследования разных авторов, проявляют 50–60% больных МДП и циклотимией, собственно суицидальные попытки –10–15%. В целом суицидальный риск при данной форме психоза в 48 раз выше, чем в общей популяции (А.Г. Амбрумова, В.А.Тихоненко, 1980). Недаром психиатрами 19-го в. маниакально-депрессивный психоз был назван «психозом самоубийц».

Встаёт вполне закономерный вопрос: А какова распространенность этой психической болезни в Якутии? Ответить на него несложно, есть статистика: общее число лиц, страдающих маниакально-депрессивным психозом, в 2005 г. достигло 250. Свыше 60% их составляют больные с депрессивным типом, в общей численности больных преобладают женщины. Показатель абсолютного числа больных МДП остаётся достаточно низким, он не отражает истинную картину рас-

пространённости этой психической болезни. При этом больных циклотимией, т.е. его амбулаторной, непсихотической формой, в республике, по статистике, крайне мало. Причина этого явления банальна: психиатры по ряду объективных и субъективных причин пока не могут хорошо выявлять это заболевание, ибо больные не стараются попасть в поле их зрения, считая себя психически здоровыми. А многие с лёгкой формой депрессии становятся объектом внимания и терапевтических усилий врачей психиатрического профиля под разными диагнозами. Не так уж и малое число больных попадает в поле зрения наркологов как лица, страдающие запоями при алкогольной болезни.

Маниакальная фаза. Маниакальная фаза проявляется 3 основными клиническими признаками: повышенным, радостным настроением, ускорением интеллектуальных процессов, речедвигательным возбуждением (маниакальная триада). Эти симптомы в типичных случаях и определяют течение всей маниакальной фазы. Больные находятся в превосходном расположении духа, ощущают необычайную бодрость, прилив сил. Всё окружающее воспринимается в привлекательных красках, внимание не задерживается на неприятных случаях, имеющих даже непосредственное отношение к больному. Больные не считают с мнением окружающих, поэтому нередко становятся бестактными, циничными, назойливыми со своими притязаниями и предложениями. Они бывают, как правило, многоречивы, веселы, могут быть довольно остроумны, но легко отвлекаются, принимают за всякие ненужные дела, находят несвойственные им занятия. Многочисленные идеи, возникающие в уме, не реализуются. Они переходят от одного занятия к другому, не доводя до конца ни одного. Повышенное настроение и снижение или отсутствие критической оценки сопровождается переоценкой собственной личности. Идеи величия сводятся к напоминающим хвастовство несистематизированным (отрывочным) и меняющимся по содержанию утверждениям о каком-либо своём таланте, остром уме, внешней привлекательности, большой физической силе и т.д. Может возникнуть повышение памяти на прошлое, сопровождающееся нарушением запоминания настоящего из-за повышенной отвлекаемости. В таком состоянии больные дают необоснованные и невыполнимые обещания, совершают

хищения, растраты для удовлетворения возникших многочисленных желаний. Часто больные предлагают свою кандидатуру на различные должности, не соответствующие их уровню знаний и квалификации, нередко открывают у себя незаурядные способности, начинают выдавать себя за актёров, поэтов, писателей, художников и т.д. Иногда они бросают работу, чтобы заняться творческим трудом или просто сменить профессию. Маниакальное состояние сопровождается расторможением и усилением влечений. Особое значение имеет сексуальное возбуждение, проявляющееся в виде половой распущенности. Сон непродолжительный (3–4 ч), но им кажется достаточным, «иначе проспишь всю жизнь». Больные никогда не ощущают чувства недосыпания, общей слабости. У больных прекрасный аппетит, однако они могут худеть из-за чрезмерно повышенной траты энергии. При выраженном маниакальном состоянии темп мышления настолько убыстряется, что принимает форму скачки идей, завихрения мыслей.

В случаях, если маниакальный синдром не очень выражен, говорят о гипоманиакальном состоянии. В гипомании больные бывают чрезвычайно продуктивны, так как у них ещё нет повышенной отвлекаемости, т.н. «скачки идей», расторможенности. Работоспособность повышенная, память прекрасная, настроение великолепное, никаких проблем – человек готов свернуть горы. Люди творческого труда – писатели, композиторы, художники, поэты, учёные – будучи в подобном состоянии, создавали шедевры в литературе, искусстве и выдающиеся труды в науке. Но, к сожалению, грань между гипоманиакальным и маниакальным состоянием очень нечёткая, она легко стирается, а за этой гранью тяжёлое болезненное состояние, приводящее нередко к трагической развязке. История знает много случаев, когда за взлёт творческого вдохновения люди расплачивались тяжёлым, крайне тягостным для них состоянием, глубокой депрессией и даже жизнью. К примеру, американский знаменитый писатель Эрнест Хемингуэй в 1961 г. оборвал свой жизненный путь выстрелом из охотничьего ружья и этот трагический случай долго преподносился, по вполне понятным причинам, как последствие неосторожного обращения с заряженным ружьём.

Если у больного отмечаются только

гипомании и субдепрессии, то такое заболевание называется циклотимией. Следует напомнить, что у циклотимии фазность преимущественно выступает в виде субдепрессии. Как известно, она контрастна гипомании. Обычно больные в состоянии гипомании не обращаются к врачам, так как такое состояние придаёт им ощущение физического, душевного комфорта. Их обычно принимают за весёлых, жизнерадостных, приятных в общении людей. В состоянии субдепрессии из-за отсутствия сознания психической болезни больные не попадают в поле зрения психиатров и обычно под различными диагнозами лечатся у врачей непсихиатрического профиля, хотя им требуется помощь врача-психиатра, хотя бы амбулаторная. Интеллектуальное возбуждение проявляется в резко ускоренном и облегчённом течении идей и представлений, замыслов, их быстрой смене. Темп мышления приобретает резко ускоренный характер, сочетание ассоциаций происходит по случайным, внешним признакам. Мышление становится поверхностным, с крайней отвлекаемостью. Любое слово собеседника, присутствующих, окружающая обстановка, поведение людей – всё вызывает моментальную реакцию больного. Замечания больных могут отличаться остроумием, образностью характеристик, пышностью эпитетов, свидетельствующими о повышенной наблюдательности. Характерно также обострение памяти (гипермнезия). Пример из практики: Больной К., 45 лет, страдающий биполярным маниакально-депрессивным психозом, покончил жизнь самоубийством, выстрелив в себя из дробового ружья. На приём к врачу приходил в состоянии неглубокой депрессии и достаточно чётко излагал переживаемое и пережитое состояния души. Обычно он говорил: «Голова соображает туго, мыслей мало, все знания улетучились, мир так тускл, мрачен, ничто не радует. А вот когда бывал в весёлом настроении, радовала жизнь, всё знал, память была отличнейшей: для меня вопросы философии, марксизма-ленинизма казались сущим пустяком, так и сыпал цитатами из трудов великих людей». В жизни он был рядовым бухгалтером, считался хорошим семьянином. В начале депрессивного приступа мог злоупотреблять алкоголем, правда, недолго. Перед смертью предался пьянству, был избит собутыльниками-односельчанами. Близкие ему люди оставались в убеждении, что

этот случай и явился поводом для его рокового выстрела. Косвенно это так. А основной причиной происхождения данного самоубийства явилась психопатологическая симптоматика в виде депрессии с появлением у больного установки «не жить», спровоцированной случаем избиения. Психиатрам известно, что в начале депрессивного состояния больные нередко стараются «взбодрить» себя алкоголем и предаются ежедневному употреблению горячительных напитков. Такое поведение больного получает вполне чёткое объяснение. Ведь алкоголь обладает кроме седативного действия и эйфоризирующим эффектом. Такая форма длительного потребления алкоголя больными маниакально-депрессивным психозом, в отличие от истинного запоя у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, называется дипсоманией.

Депрессивная фаза. Она как бы противоположна своими клиническими проявлениями маниакальной фазе и характеризуется пониженным, тоскливым настроением, замедленностью (торможением) мыслительных (интеллектуальных) и двигательных процессов. Многие больные жалуются на тоску (гнетущее чувство безысходности, душевную боль, щемящее чувство в области сердца, «камень в груди»), безразличие ко всему тому, что радовало их прежде, доставляло удовольствие. Они заторможены, иногда обездвижены, сидят в одной позе или лежат в постели. Выражение лица, как правило, скорбное, печальное. На вопросы отвечает односложно, с задержкой, «так как туго текут мысли». Все кажется тусклым, серым, «как на фотографии». Для депрессивной фазы типичны бредовые идеи самообвинения, самоуничужения, греховности, содержание которых может определяться сверхценным отношением к незначительным проступкам в прошлом. Оно рассматривается больными как полосы одних неудач и ошибок. Характерным для циркулярной депрессии является проявление «чувства бесчувствия» («болезненное психическое бесчувствие»). Больные жалуются, что они резко изменились, стали чёрствыми, безразличными, их не трогают ни радостные, ни печальные события, у них пропало чувство привязанности и любви к близким, даже к своим детям. Они заставляют себя «заботиться» о близких по обязанности, «разумом понимая, что это необходимо». Окружающие, яко-

бы, обращают на них внимание, по их виду, голосу, взглядам ясно, что они знают об ошибках, проступках больного и обвиняют их. Во время депрессивной фазы у больных отмечается не только болезненно искажённая самооценка своего прошлого, настоящего, но и будущего. Оно может показаться бесперспективным, а жизнь – не имеющей смысла. В таком состоянии могут возникать мысли о самоубийстве, которые нередко претворяются в жизнь. Они для окружающих являются тем более неожиданными, чем менее клинически выражено депрессивное состояние и чем более тщательно больным скрывались суицидальные мысли и намерения. Возможно так называемое расширенное убийство – убийство членов семьи и затем самоубийство. Больные совершают такие тяжёлые по своим последствиям поступки, чтобы «избавить всех и себя от предстоящих ещё больших страданий или позора», в неотвратимости которых они испытывали непоколебимую болезненную уверенность. Кроме того, у больных исчезает аппетит, пища кажется им безвкусной, абсолютно непривлекательной, «как трава». Возможен длительный и упорный отказ от приёма пищи, что заставляет прибегнуть к систематическому искусственному кормлению, часто встречая противодействие со стороны больного. Они теряют в весе иногда чрезмерно (10–15 кг). У женщин в периоде депрессии исчезают менструации. При мягкой (неглубокой) депрессии отмечаются характерные для маниакально-депрессивного психоза суточные колебания настроения: самочувствие хуже в утреннее время, к вечеру настроение несколько улучшается, активность повышается, поэтому больные, естественно, стараются подольше быть в состоянии бодрствования. С возрастом в клинической картине болезни все большее место занимает тревога, немотивированное беспокойство, предчувствие будто «что-то должно случиться», «внутреннее волнение». Это весьма характерное отличие депрессии в более позднем возрасте.

Нередко встречаются смешанные состояния. Они характеризуются определённым сочетанием у больного маниакальных и депрессивных черт и возникают чаще при переходе от одной фазы к другой. Так, маниакальное состояние может протекать с двигательной и интеллектуальной заторможенностью, иногда вплоть до

возникновения обездвиженности, т.н. ступора. А смешанные депрессивные состояния характеризуются отсутствием моторной заторможенности. Больные не находят себе места, все время в движении, хотя ничем заняться не могут, «всё валится из рук». Порой они мечутся по палате, в отчаянии хватают за одежду окружающих, стонут, жалуются, то просят помощи, то говорят о своей вине. Такое состояние может возникнуть чаще при переходе маниакальной фазы в депрессивную или как эпизод при обычном депрессивном приступе. Иногда, правда, редко, это может определять клиническую картину всего депрессивного приступа. Умение отличить смешанное депрессивное состояние от типичного имеет важное значение. Больные со

смешанными депрессивными состояниями гораздо чаще совершают суицидальные попытки, и с учётом этой особенности за такими больными следует установить особый надзор.

В период болезни, за исключением гипомании, больные нетрудоспособны. После выхода из фазного состояния (приступа) трудоспособность восстанавливается полностью. На инвалидность больных переводят только в тех случаях, когда приступы очень частые или течение болезни приобретает непрерывный характер, т.е. одна фаза сменяет другую.

Лечение и профилактика. Лечение зависит от характера фазы – депрессивной или маниакальной. Депрессию лечат, понятно, антидепрессантами. При депрессии с выраженной двига-

тельной заторможенностью назначают антидепрессанты со стимулирующим эффектом, например, мелипрамин, при сильном чувстве тревоги и беспокойства – препараты с успокаивающим действием (амитриптилин, триптизол). При бессоннице добавляют тизерцин, азалептин, транквилизаторы. Маниакальное состояние купируют с помощью нейролептиков, в первую очередь, аминазина, халоперидола. Для профилактики последующих приступов используют соли лития, обладающие терапевтическим действием при обеих фазах. Повышение концентрации лития в крови вызывает т.н. литиевое отравление, чтобы избежать этого серьёзного побочного действия, необходимо вести исследование крови методом пламенной фотометрии.

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ И ЛЕКЦИИ

С.К. Кононова

ЕВГЕНИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМАТИКА И МЕДИЦИНСКАЯ ГЕНЕТИКА (часть II)

Евгеника и эуфеника

В современном учебнике «Основы генетики» Уильям С. Клаг и Майкл Р. Каммингс пишут: «Английские и американские генетики, еще до появления нацистской партии в Германии в 1933 г., отделились от евгенического движения, не одобряя ее принципов. Многие из них предпочли не заниматься генетикой человека из-за боязни попасть в число сторонников евгеники». Авторы считают, что в современном мире евгеника уступила место эуфенике – медицинскому и (или) генетическому вмешательству для снижения последствий генетических дефектов, например, применение инсулина для лечения диабета, использование диеты для новорожденных, страдающих фенилкетонурией, «хирургическая генетика» или генотерапия, позволяющая заменить дефектные гены [9].

Термин «эуфеника» был предложен еще в 20-е гг. прошлого века известным русским генетиком Н.К. Кольцовым. Слово «эуфеника» в переводе с греческого означает «развитие хороших признаков под влиянием внешней среды». Здесь следует упомянуть работу невролога и генетика С.Н. Давиденкова «Эволюционно-генетические проблемы в невропатологии». Давиденков сформулировал положение о парадоксе нервно-психической эволю-

ции человека, который состоит в том, что ослабление естественного отбора при переходе от биологической к социо-культурной эволюции привело к повышенной встречаемости среди людей слабых, неуравновешенных с инертным типом нервной системы. Для преодоления наследственной инертности Давиденков предложил целую программу тренировки подвижности нервной системы, начиная с детского возраста. Новая задача была поставлена перед педагогами. Индивидуальное воспитание, своего рода фенотерапия или эуфеника, способно сгладить нежелательные фенотипические последствия человеческой эволюции. «Но чтобы это действительно могло иметь место, – заключал Давиденков, – нужно не закрывать глаза, а открыто оценивать действительное положение вещей» [2,4,5]. С.Н. Давиденков был основоположником первой медико-генетической консультации, организованной в конце 20-х гг. в Москве при Институте нервно-психической профилактики.

В.Л. Ижевская отмечает, что за последние три десятилетия сформировались два подхода в медико-генетическом консультировании. Первый в качестве цели выдвигает предотвращение пороков развития и наследственных болезней (это не что иное как «негативная евгеника» – прим. автора), в то время как другой ставит

целью улучшение психологического благополучия и адаптацию пациента к генетическому состоянию или риску («эуфеника»). При обоих подходах подчеркивается, что пациенты должны принимать собственное репродуктивное решение; однако при первом предполагается, что пациент примет решение, которое приведет к снижению числа больных с генетическими нарушениями в его семье [8]. Таким образом, по мнению К.О. Россиянова евгенические решения стали дилеммой индивидуального выбора: иметь ли детей, если есть риск наследственного заболевания? Прерывать ли беременность, если заболевание плода установлено пренатальной диагностикой? Соглашаться ли на искусственное осеменение спермой донора? Угроза патологии часто выражена в виде определенной вероятности, что связано с самой природой наследственных заболеваний, однако так сложилось, что практика генетического консультирования сопровождается стремлением исключить самую небольшую возможность любых, даже незначительных отклонений и нарушений. С этим и связана опасность, что специалисты и общество смогут когда-нибудь прийти, либо уже пришли, к консенсусу относительно того, каким «должен быть» человек, и выработать новые, более эффективные методы евгенического воздействия [15].

Пренатальная диагностика в контексте евгенических устремлений: за и против

Приведем выдержки из работ ведущего генетика России В.С. Баранова: «Пренатальная диагностика (ПД) наследственных заболеваний и изолированных врожденных пороков развития стала мощным инструментом современной медицины, позволяющим существенно снизить перинатальные потери и уменьшить число больных с тяжелыми инвалидизирующими заболеваниями... Статистические данные свидетельствуют о том, что в течение последних нескольких лет наблюдается прогрессивное снижение численности населения. В такой ситуации важно состояние здоровья каждого родившегося младенца. С экономической точки зрения выгоднее заботиться о здоровье будущего, еще не рожденного поколения, чем бороться за здоровье старшего поколения, обремененного грузом болезней, растущим пропорционально возрасту. Это, естественно, не означает свертывания уже существующих социальных программ, но указывает на важность всемерной поддержки государством профилактической медицины — медицины здорового человека. Таким образом, ПД и элиминация плодов, проведенные по желанию родителей, способствуют снижению генетического груза популяции в целом. Все это дает основание рассматривать ПД как реальный путь развития современной позитивной евгеники. Усилия ПД, направленные на рождение здорового ребенка в конкретной семье высокого риска, в конечном счете, благоприятно сказываются на социальном и генетическом здоровье всего общества и человечества в целом» [13]. Как видим, автор не скрывает евгеническую сущность пренатальной диагностики и свое позитивное отношение к ней.

Однако в России множество ученых являются противниками такого рода способа профилактики. В недавней публикации в Интернете кандидат биологических наук Ю.А. Массино в крайне эмоциональной форме выступает против использования пренатальной диагностики в рамках подготовки федеральной целевой медико-социальной программы профилактики врожденных и наследственных заболеваний. Продвижение евгенической программы, считает Массино, осуществляется «при идеологической поддержке (и по инициативе) ряда видных российских специалистов в области перинатологии, репродукции человека и медицин-

ской генетики». Автор отмечает, что профашистские «идеи» селективного аборта пропагандируются в многочисленных монографиях и руководствах, в подготовке которых участвовали специалисты из ведущих перинатальных центров в Москве (Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН), Петербурге (НИИ АГ им. Д.О. Отта РАМН) и других городах [10].

Следует заметить, что на Западе (где уже давно существует ПД) эта технология, судя по литературе, в большинстве стран не навязывается женщинам государством, а только предлагается врачами как одна из «возможностей». При этом врачи озабочены ограждением себя от возможных судебных исков со стороны некоторых женщин в случае рождения у них ребенка-инвалида (если врач не предложил им ПД), а не снижением «генетического груза популяции» [17,18]. И вместе с тем, даже при таких условиях, распространение этой технологии вызывает обоснованный протест части западного общества, включая обыкновенных граждан, видных общественных и религиозных деятелей, представителей медицины и объединений инвалидов [17,18, 22]. В частности, в западных странах есть немало людей, которые считают, что эта технология в принципе подрывает основы западной демократии [17,18].

В ноябре 2000 г. Европейское подразделение Международной ассоциации инвалидов (Disabled People International (DPI)) — правозащитной организации, охватывающей 130 стран по всему миру, обратилось к международной общественности со специальным воззванием по поводу использования новых генетических технологий для селективного аборта нерожденных младенцев с недостатками развития (врожденными и наследственными заболеваниями) [22]. Евгенический аборт, как считают инвалиды, оскорбляет их человеческое достоинство и ставит под сомнение самый смысл их существования. С аналогичными обращениями к мировой общественности неоднократно обращалась также Международная федерация людей с spina bifida (дефектом зарощения нервной трубки) и гидроцефалией (International Federation for spina bifida and Hydrocephalus — IFsbh). В частности в одном из заявлений говорится, что «жизнь подобных им людей не должна быть предметом аборта или эвтаназии». При поддержке Совета Европы в 2004-2005 гг. в европейских

странах этой организацией были инициированы многочисленные дискуссии по поводу биоэтических проблем в связи с применением ПД [22].

Вопросы развития в России новой системы помощи семьям, имеющим детей с синдромом Дауна, подробно рассмотрены в недавно вышедшей коллективной монографии «Синдром Дауна» (под ред. проф. Ю. И. Барашнева) [16]. Сейчас во всем мире изменился взгляд на возможности реабилитации этих детей. В частности, в книге «Синдром Дауна» показано, что «новые принципы воспитания и обучения больных детей позволяют добиться неожиданного больших успехов, чем раньше». Создание и внедрение новых моделей трудовой реабилитации «позволяет людям с синдромом Дауна работать в сфере социально-бытового обслуживания, общественного питания, медицинских учреждениях, жилищно-коммунальном хозяйстве, а также государственных учреждениях в качестве младшего персонала». При этом люди с синдромом Дауна «выполняют квалифицированную работу» [16].

В связи со сказанным можно понять точку зрения о недопустимости искусственного прерывания беременности плодов с генетическими нарушениями, но, по мнению ведущих генетиков России, представляется неоправданной жестокостью оставлять несчастную женщину и ее семью самостоятельно преодолевать свое горе и проблемы — материальные, моральные, эмоциональные, в том числе угрозу распада семьи. Те, кто убеждает женщину не брать на душу грех изгнания вынашиваемого плода, обязаны создать ей, ее семье и больному ребенку щадящие, комфортные условия, принять на себя необходимые затраты. Кроме того, врачи и другие работники здравоохранения должны обеспечить строгое соблюдение врачебной тайны, чтобы защитить такую семью от возможной дискриминации в быту или при трудоустройстве [7].

Таким образом, в целом сложилось мнение, что ПД не должна распространяться за рамки медицинской «услуги» для тех, кто действительно хочет ее получить. Только такой статус ПД не противоречит Конституции РФ и «Основам законодательства РФ об охране здоровья граждан», а также принятым на международном уровне принципам биоэтики (в том числе, при использовании новых генетических технологий) [6,7]. В частности, согласно ст.31 «Основ законодательства РФ

об охране здоровья граждан» и в согласии с международными принципами биоэтики, каждый гражданин имеет право не только на получение информации о своем здоровье, но и на отказ от получения такой информации [11].

Заключение

Известно, что существовали попытки создания коммунистической евгеники в нашей стране: в 1929 г. советский генетик А.С. Серебровский разработал план радикального улучшения генофонда населения путем искусственного осеменения женщин спермой наиболее выдающихся мужчин, а позднее, в 1936 г., работавший в СССР американский генетик Герман Меллер предложил осуществить аналогичный план, обратившись с письмом к И. Сталину [12,20]. Это обращение оказалось безрезультатным, если не плачевным, для самого Меллера, ибо он вскоре вынужден был спешно покинуть СССР [1].

Интересно, что подобные идеи вдруг возникли через 70 с лишним лет в 2006 г. в Республике Саха (Якутия), что лишний раз доказывает живучесть евгенических идей, будоражащих умы. Речь идет о проекте закона РС (Я) «О национальном банке генов человека в Республике Саха (Якутия)», разработанном при активном участии кандидата сельскохозяйственных наук Д. Николаевой. В пояснительной записке к проекту закона пишется: «В настоящее время в России, в том числе и в Республике Саха (Якутия), наблюдается сложная демографическая ситуация. Это стремительное убывание здорового населения при низкой рождаемости, сокращение продолжительности жизни, высокая преждевременная смертность... В связи с этим возникла необходимость продуманной государственной политики для улучшения демографической ситуации в республике для сохранения и увеличения количества здорового населения... без больших материальных затрат есть возможность создать банк генов, отбор, сбор, хранение, использование здоровых клеток в клинических условиях. Создание национального банка генов человека это не только экономическая необходимость, но и нацелено в интересах сохранения и качественного увеличения здорового населения для достижения социальной привлекательности будущих поколений» [14].

Другой пример. Российский философ проф. В.П. Гончаров полагает, что «расшифровка генома человека...

позволяет создать самые разнообразные формы (внешний вид) будущего человека. В зависимости от конкретных условий и выполнения тех или иных функций он может быть и шаром, и ящиком, и рыбой, и птицей... Увеличить сроки жизни будущего человека до тысячи и более лет... Значительно сократить численность народонаселения Земли. Одновременно резко поднять его качественный состав...» [3].

Таким образом, при существующем множестве взглядов и мнений, касающихся евгеники, именно ученые несут ответственность перед обществом в своих высказываниях и, соответственно, должны быть умерены в своем стремлении использовать науку как средство преобразования мира.

В современном обществе ощутимой преградой для всякого рода злоупотреблений в науке стали прикладная этика (биоэтика), деятельность международных общественных организаций (ВОЗ, ЮНЕСКО, HUGO, CIOMS и др.), предлагающих государствам принимать меры, содействующие углублению осознания обществом и всеми его членами своей ответственности перед лицом основополагающих проблем, связанных с необходимостью защитить достоинство человека. Необходимо обеспечить свободное выражение различных мнений социально-культурного, религиозного или философского характера [7].

В заключение обзорной статьи приведу высказывание Нильса Ролл-Хансена из книги «Евгеника и Пророчество государства: политика стерилизации в Германии, Швеции, Норвегии и Финляндии». «Глядя назад, — пишет Хансен, — мы склонны видеть многие отрицательные последствия энтузиазма планирования. Этот энтузиазм представлял собой суеверие науки и человеческого разума. Но даже если традиционные идеалы централизованного планирования выцвели и потеряли привлекательность, то склонность полагаться на науку в выработке социального и экономического устройства не исчезла. Благодаря развитию и росту влияния науки, и не в последнюю очередь наук об обществе, а также из-за упадка других общественных институтов, таких, как религия, эта склонность сейчас, возможно, сильна как никогда прежде» [21].

Литература

1. **Бабков В.В.** Биологические и социальные иерархии (контексты письма Г. Г. Меллера И. В. Сталину)/В.В. Бабков // ВИАТ. -1997. - №1. - С. 76-94.

2. **Голубовский М.** Гений и генетика (В.П. Эфроимсон)/ М. Голубовский //Журнал Вестник Online.— №6(213).www.vestnik.com.

3. **Гончаров В.П.** Геном и клонирование человека (философский аспект) / В.П. Гончаров. - М.: Современные тетради, 2002.— С.25—39

4. **Давиденков С.Н.** Клинические лекции по нервным болезням/ С.Н. Давиденков.-Л.: Медгиз,1956.-219с.

5. **Дубинин Н.П.** Вечное движение./Н.П. Дубинин.— М.: Политиздат, 1973. — 447 с.

6. **Генетика** / В.И. Иванов [и др.]; (под ред. акад. РАМН В. И. Иванова). — М.: ИКЦ «Академкнига», 2006.— 639 с.

7. **Иванов В.И.** Этико-правовые проблемы вмешательства в геном человека /В.И. Иванов, В.Л. Ижевская //Биомедицинская этика / под ред.В.И. Покровского, Ю.М. Лопухина.-М.: Медицина,1999.— Вып.2.-248 с.

8. **Ижевская В.Л.** Современные методические и этические проблемы медико-генетического консультирования в России: автореф. дис. д-ра мед. наук / В.Л. Ижевская. — М., 2005.— 50с.

9. **Клаг У. С.** Основы генетики / У.С. Клаг, М.Р.Каммингс.— М.: Техносфера, 2007.—896с.

10. **Массино Ю.С.** Пренатальная диагностика и евгенические аборт в качестве «приоритетного» подхода к профилактике инвалидности с детства в России. «Профилактика» болезни путем уничтожения «пациента»// www.demographia.ru / articles

11. **Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан**, Ст. 31.

12. **Письмо** Германа Меллера — И. В. Сталину (публикация Ю. Н. Вавилова, предисловие к публикации И. А. Захарова) //ВИАТ.— 1997.-№ 1.— С. 65-76.

13. **Пренатальная диагностика наследственных и врожденных болезней** /под ред. акад. РАМН, проф. Э. К. Айламазяна, чл.-корр. РАМН, проф. В. С. Баранова. — М: МЕДпресс-информ, 2006. — 416 с.

14. **Проект закона РС (Я) «О национальном банке генов человека в РС(Я)»**-2006.

15. **Россиянов К.О.** Цена прогресса и ценности науки: новая книга по истории евгеники/К.О. Россиянов //ВИАТ.— 2000.-№1.-С.178-186.

16. **Синдром Дауна.** Медико-генетический и социально-психологический портрет / под ред. Ю.И. Барашнева. М.: «Триада-Х», 2007. — 280 с.

17. **Уайатт Джон.** (John Wyatt). На грани жизни и смерти. (Проблемы современного здравоохранения в свете христианской этики.)/Д. Уайатт; пер.с англ.— СПб.: МИРТ, 2003. — 362 с.

18. **Уиллке Д.** Мы можем любить их обоих. (Аборт: вопросы и ответы)/Д. и Б. Уиллке; пер. с англ.— М., 2003. — 380 с.

19. **Disabled people speak on the new genetics.** www.mindfully.org/GE/Disabled — People — Speak.

20. **Eugenics in Russia, 1900-1940/** М. Adams// The Wellborn Science: Eugenics in Germany, France, Brazil, and Russia / Ed. by M. Adams. — Oxford, 1990. — P. 153-216.

21. **Eugenics and the Welfare State: Sterilization Policy in Denmark, Sweden, Norway, and Finland/** Ed. by Gunnar Broberg and Nils Roll-Hansen. East Lansing: Michigan State U. Pr., 1996.

22. www.genetics-and-society.org/perspectives/disability.

В.С. Сивцев, П.М. Иванов, В.А. Аргунов, К.С. Лоскутова РОЛЬ ИНФЕКЦИИ *HELICOBACTER PYLORI* В ПАТОГЕНЕЗЕ РАКА ЖЕЛУДКА

Рак желудка является одним из наиболее распространенных онкологических заболеваний, занимая ведущие места в структуре заболеваемости и смертности. Ежегодно в мире регистрируется около одного миллиона новых случаев рака желудка и около 750 тысяч случаев смерти от этого заболевания [6,14,17,37]. В мире среди смертей от онкологической патологии смертность от рака желудка занимает 2-е место, составляя 10,4% от всех смертей, связанных с раком [38].

В структуре онкологической заболеваемости в РФ рак желудка занимает у мужчин 2-е место (37,2 случая на 100 тыс. нас.) после рака легкого, у женщин 3-е место (24,3 случая на 100 тыс. нас.). В РС(Я) похожая ситуация – карцинома желудка у мужчин находится на 2-м месте после рака легкого, у женщин – на 4-м. Интенсивный показатель заболеваемости раком желудка в РС(Я) в 2007 г. составил 20,7 на 100 тыс. населения. По данным П.М. Иванова [7], в 1970 г. этот показатель был равен 46,2, а в 1990 снизился до 25,1, что говорит о тенденции к снижению заболеваемости карциномой желудка. Самая высокая частота рака желудка в Японии, так, среди мужчин интенсивный показатель составляет 100 случаев, а у женщин – 41 случай на 100 тыс. населения [30,35]. К странам с высокой заболеваемостью раком желудка также относятся Китай (30:100000), Южная Корея – здесь заболеваемость сравнима с некоторыми префектурами Японии. Рак желудка редко (10 и менее случаев на 100000 населения в год) встречается в США, Канаде, некоторых странах Южной Америки (Аргентина), Африке, Океании, Австралии и Новой Зеландии [12, 22].

В большинстве стран смертность приближается к заболеваемости. В Японии, благодаря эффективной противораковой борьбе в национальном масштабе, смертность почти в 2 раза

меньше, чем заболеваемость. Это значительное снижение смертности наблюдается в Японии в течение последних 30 лет и связано с изменением эпидемиологических условий, проведением массового скрининга и преобладанием диагностированных ранних форм рака [24]. В зонах низкой заболеваемости, таких как США, Новая Зеландия и Австралия, смертность ниже 10 на 100000.

По опубликованным недавно подсчетам Parsonnet, заболеваемость снижается во всех государствах мира. Ее средний темп снижения составляет 10-19% в десятилетие [39]. Наиболее выраженная тенденция к уменьшению частоты развития этой неоплазии и смертности от нее уже давно наблюдается в экономически развитых странах, где рак желудка уже не входит в десятку самых распространенных онкологических заболеваний. В России доля рака желудка в структуре заболеваемости уменьшилась с 1990 по 2005 г. на 5,3% у мужчин и на 5,8% у женщин. Несмотря на это, рак желудка в РФ продолжает занимать в структуре заболеваемости 2-е место у мужчин и 3-е у женщин [6]. Все же темп снижения заболеваемости и смертности от рака желудка весьма незначительный, а по данным М.И. Давыдова и Е.М. Аксель, в период с 2000 по 2005 г. рост заболеваемости раком желудка у лиц обоего пола имел место в Армении, а также у женщин в Азербайджане.

Пятая часть раковых заболеваний во всем мире возникает в результате хронических инфекций, основными возбудителями которых являются вирусы гепатита В (рак печени), вирусы папилломы человека (рак шейки матки), *Helicobacter pylori* (HP) (рак желудка), шистосомы (рак мочевого пузыря), печеночные двуустки (рак желчных протоков) и вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) (саркома Капоши и лимфомы). По классификации ВОЗ, все эти агенты относятся к биологическим канцерогенам [5,14].

HP – микроаэрофильный грамотрицательный спиралевидный микроорганизм, впервые описан в 1983 г. австралийскими учеными В. J. Marshall и J. R. Warren, удостоенными в 2005 г. за это открытие Нобелевской премии по медицине. В 1994 г. Международное агентство по изучению рака (IARC)

отнесло HP к «канцерогенам первого порядка» [14, 19, 29].

К патогенным факторам HP относятся ферменты (уреаза, протеазы, липолитические ферменты, ДНК-аза), специфические гемагглютинины и др. Особо вирулентными считаются *CagA*- и *VacA*-позитивные штаммы, которые вызывают наиболее выраженное воспаление и высокий уровень секреции цитокинов [8,11,21,27]. Предполагается, что при транслокации хеликобактерного протеина *CagA* в клетки желудочного эпителия происходит нарушение функции цитоплазматической тирозин-фосфатазы, что и способствует в дальнейшем развитию рака желудка [4,19,40].

У большинства пациентов хеликобактериоз продолжается десятилетиями. Рак желудка является конечной стадией этого длительного процесса, постепенно прогрессирующего от атрофического гастрита к мультифокальному атрофическому гастриту, кишечной метаплазии, дисплазии и, наконец, к карциноме.

На слизистой оболочке *H. pylori* присутствует в бациллярной (вегетативной) форме и в виде кокков. В прольвах ямок *H. pylori* лежат свободно в слизи, а на боковых поверхностях валиков они располагаются в слое слизи над эпителиоцитами или непосредственно на самих клетках. Колонизация *H. pylori* предшествует развитию хронического гастрита [3,18,20,31].

Воспаление слизистой оболочки, развивающееся вслед за адгезией микроорганизма на желудочном эпителии морфологически, характеризуется инфильтрацией собственной пластинки слизистой нейтрофильными лейкоцитами, лимфоцитами, макрофагами, плазматическими клетками, формированием лимфоидных фолликулов и повреждением эпителия различной степени выраженности.

Нейтрофильная инфильтрация эпителия и собственной пластинки слизистой оболочки индуцируется посредством реализации двух различных механизмов – непосредственно *H. pylori* (за счет выделения растворимого белка, активирующего нейтрофилы) и опосредованно через экспрессию эпителиоцитами интерлейкина-8 (IL-8) с последующим запуском всего провоспалительного каскада [11,28]. Белок,

СИВЦЕВ Василий Степанович – врач-эндоскопист ЯРОД, н.с. ЯНЦ СО РАМН; **ИВАНОВ Петр Михайлович** – д.м.н., проф., зав. лаб. ЯНЦ СО РАМН; **АРГУНОВ Валерий Архипович** – д.м.н., проф., зав. лаб. ЯНЦ СО РАМН; **ЛОСКУТОВА Кюней Саввична** – зав. отделением биопсий патолого-анатомического отдела РБ №1-НЦМ, с.н.с. ЯНЦ СО РАМН.

активирующий нейтрофилы, имеется у всех известных штаммов *H. pylori*, что объясняет наличие нейтрофильной инфильтрации у 100% инфицированных. При этом вариабельность степени воспалительной инфильтрации, по всей видимости, вызвана различиями в степени адгезии и обсемененности *H. pylori*, где на первый план может выступать IL-8-обусловленный механизм. Феномен хемотаксиса нейтрофилов после активации IL-8 цитокинового сигнального каскада более выражен у *CagA*-, *VacA*-позитивных штаммов, при этом выраженность воспалительной инфильтрации коррелирует со степенью обсеменения [10,11,21].

Нейтрофильная инфильтрация вызывает увеличение проницаемости эпителия для антигенов *H. pylori*, инициирующих миграцию в собственную пластинку лимфоцитов, плазматических клеток и макрофагов [23]. Важной особенностью является отсутствие эрадикации *H. pylori* под воздействием антигеликобактерных антител, что, вероятно, объясняется «недоступностью» бактерии для антител в слое желудочной слизи, невозможностью выделения IgG в просвет желудка при относительном дефиците секреторных IgA, а также «антигенной мимикрией» *H. pylori*. Таким образом, неэффективный гуморальный иммунный ответ на *H. pylori* и его антигены вместо элиминации возбудителя становится одним из факторов патогенеза, формируя различные клинические варианты хеликобактериоза.

В результате длительного инфицирования *H. pylori* и прогрессирования воспаления происходит повреждение эпителия посредством индукции апоптоза или развития некрозов слизистой оболочки. Следует подчеркнуть, что для хеликобактерного гастрита апоптоз является более характерной формой гибели клеток, чем некроз [1,16,32]. В ответ на это происходит компенсаторное усиление пролиферативной активности в герминативных зонах слизистой оболочки и миграции эпителиоцитов. При хроническом гастрите клеточное обновление в слизистой оболочке нарушается (дисрегенерация), что вызывает ускоренное перемещение клеток из генеративной зоны без полной дифференциации в зоны расположения зрелых специализированных эпителиоцитов [3,11,13,18,41]. Морфологически эти дисрегенераторные изменения проявляются отчетливым расширением «стартовой» зоны и замещением специализированных клеток, как на поверхности, так и в

глубине желез, не полностью дифференцированными клетками, что и является морфологическим субстратом снижения их функции и определяет всю клиническую картину хронического гастрита. Преобладание процессов пролиферации над процессами дифференциации является определяющим фактором в морфогенезе хронического хеликобактерного гастрита и служит основой для трансформации в мультифокальный атрофический гастрит [8-10,18,34,41, 42].

С НР-инфекцией ассоциируется два типа аденокарциномы желудка. Чаще всего встречается интестинальный тип, характеризующийся появлением в желудке тканей, гистологически сходных с кишечными железами. Это обычно изъязвленный экзофитный участок на границе антрума и тела желудка. Второй тип - диффузная аденокарцинома желудка, когда опухоль внедряется в ткани без формирования каких-либо идентифицируемых желез и не имеет тенденции к изъязвлению. Наряду с этим выделяют типы рака, не связанные с НР-инфекцией, это карцинома проксимального отдела желудка в области кардии (около 50% всех онкологических заболеваний желудка) и рак желудка, характеризующийся диффузной атрофией фундальной слизистой оболочки, ассоциированной с пернициозной анемией [25,26,33].

Имеются сообщения и о канцеропротективных свойствах НР [2,15]. Так, Kamangar F. et al. [36] установили, что колонизация НР является значимым фактором риска развития рака некардиальных отделов желудка, однако снижает риск развития рака кардиального отдела. Выявленный у данного микроорганизма протективный эффект в отношении развития рака кардиального отдела желудка ставит под вопрос необходимость проведения эрадикации НР в отсутствие эрозивно-язвенных процессов на слизистой гастродуоденального отдела ЖКТ. По данным Л.И. Аруина [2], после эрадикации НР снижается частота развития рака желудка, однако в такой же степени возрастает частота рака пищевода. НР при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в определенной степени препятствует развитию рака желудка. Предполагается, что НР-инфекция может индуцировать развитие как дуоденальной язвы, так и рака желудка. Однако одновременно эти заболевания возникают редко [15]. Схожие данные приводят и японские исследователи.

Таким образом, роль НР-инфекции в патогенезе рака желудка неоднозначна: с одной стороны имеются достоверные данные об индукции НР-воспаления и апоптоза, которое приводит к развитию мультифокального атрофического гастрита, считающегося в настоящее время одним из основных предракловых состояний; с другой – имеются сообщения и о канцеропротективных свойствах НР, что колонизация этой инфекции снижает риск развития рака кардиального отдела. Вероятно, в двойственном действии НР противоречия нет, а имеют место разные вариации влияния НР на локальном уровне и на уровне макроорганизма. Все это приводит к выводу, что необходимо глубокое и детальное исследование НР для создания эффективных мер профилактики и лечения карциномы желудка.

Литература

1. Аруин Л.И. Апоптоз в механизме поражения желудка, обусловленных влиянием *Helicobacter pylori* / Л.И. Аруин // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 1999. – Т.9, №2. – С.26-30.
2. Аруин Л.И. Пищевод Баретта и *Helicobacter pylori* / Л.И. Аруин // Там же. – 2000. – №2. Прил.10. – С.6-9.
3. Аруин Л.И. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника / Л.И. Аруин, Л.Л. Капуллер, В.А. Исаков. – М.: Трида-Х, 1998. – 483 с.
4. Баженов Л.Г. *Helicobacter pylori* при гастродуоденальной патологии: выделение, микроэкология и чувствительность к антимикробным факторам: дис. ... д-ра мед. наук / Л.Г. Баженов. – Ташкент, 1998. – 222 с.
5. Баженов Л.Г. Регрессия злокачественных опухолей с помощью микроорганизмов и перспективы использования этого феномена в медицинской практике / Л.Г. Баженов, Т.Л. Баженова // Новые технологии в медицине. – С-Пб., 2005. – С.111-113.
6. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2005 г. // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2007. – Т.18, №2 (прил.1). – 156 с.
7. Иванов П.М. Рак пищевода и желудка, как краевая патология на Севере. – Якутск.: Бичик, 1999. – 192 с.
8. Исаков В.А., Домарадский И.В. Хеликобактериоз. – М.: Медпрактика-М, 2003. – 412 с.
9. Лоскутова К.С. Изменения слизистой оболочки антрального отдела желудка при *Helicobacter pylori*-ассоциированном гастрите у населения Якутии // Вестник Якутского государственного университета. – 2006. – Т.3, №2. – С.22-26.
10. Лоскутова К.С. Патоморфология *Helicobacter pylori*-ассоциированного гастрита у населения Якутии // Автореф...канд. мед. наук. – СПб. – 2006. – 23 с.
11. Маев И.В., Зайратьянц О.В., Кучерявый Ю.А. Кислотная метаплазия слизистой оболочки желудка в практике гастроэнтеро-

лога: современный взгляд на проблему // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2006. – №4. – С.38-48.

12. **Мерабишвили В.М.** Злокачественные новообразования в мире, России, Санкт-Петербурге. – СПб.: Коста, 2007. – 424 с.

13. **Осадчук А.М., Коган Н.Ю., Кветной И.М.** Показатели пролиферации и апоптоза в патогенезе и прогнозировании течения заболеваний желудка, ассоциированных с *Helicobacter pylori* // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2007. – №4. – С.20-23.

14. **Рак.** Информационный бюллетень ВОЗ №297, 2006.

15. **Роккас Ф.** Инфекция *Helicobacter pylori* как фактор риска рака желудка: современные доказательства // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол., – 2002. – №3. – С.66-70.

16. **Склянская О.А., Лапина Т.Л.** Атрофический гастрит, вызванный *Helicobacter pylori*, как предраковое заболевание // Арх. патол. – 2004. – №6. – С.57-60.

17. **Чиссов В.И.** Состояние онкологической помощи населению России в 1999 году / В.И. Чиссов, В.В. Старинский (ред.). – М., 2000.

18. **Хронический гастрит** / Л.И. Аруин [и др.]. – Амстердам, 1993. – 362 с.

19. **Шкитин В.А., Шпирна А.И., Старовойтов Г.Н.** Роль *Helicobacter pylori* в патологии человека // КМАХ. – 2002. – № 2. – С.128-145.

20. **Helicobacter pylori: революция в гастроэнтерологии** / Под ред. акад. РАМН В.Т. Ивашкина, проф. Ф.Мерго, Т.Л. Лапиной. – М.: Триада-Х, 1999. – 255 с.

21. **Акопянтс Н.С.** Analyses of the cag pathogenicity island of *Helicobacter pylori* / N.S. Акопянтс [et al.] // Mol. microbial. – 1998. – Vol.28 (1). – P.37-53.

22. **Cancer incidence in five continents.**

Vol. VIII / Ed. by P.Parkin, S.Whelan, J.Ferlay, L.Teppo, D.Thomas. – IARC. Sci publ. №155. – Lyon, France, 2002. – 781 p.

23. **Descreae** in gastric permeability to sucrose following cure of *Helicobacter pylori* - infection / R.W. Goodgame [et al.] // U.K. – 1997. – P.44-47.

24. **Estimation** of validity of mass screening program for gastric cancer in Osaka, Japan / R. Murakami [et al.] // Cancer. – 1990. – №65. – P.1255-1266.

25. **Fischbach W., Chan A., Wong B.** *Helicobacter pylori* and Gastric Malignancy // *Helicobacter*. – 2005. – №10,(Suppl). – P.34-39.

26. **Helicobacter and Cancer Collaborative Group.** Gastric cancer and *Helicobacter pylori*: a combined analysis of 12 case control studies nested within prospective cohorts. // Gut. – 2001. – №49. – P.347–353.

27. **Helicobacter pylori and atrophic gastritis: importance of the cagA status** / E.J. Kuipers [et al.] // J Natl Cancer Inst. – 1995. – №87. – P.1777–1780.

28. **Hightened** inflammatory response and cytokine expression in vivo to cagA+*Helicobacter pylori* strains [see comments] / R.M. Peek [et al.] // Lab. Invest. – 1995. – Vol.73 (6). – P.760-770.

29. **IARC.** Anonymous live flukes and *Helicobacter pylori*. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Lyon, France: IARC Monogr. Eval. Carcinog. Risks. Hum. – 1994. – Vol. 61. – P.1-241.

30. **Inoue M.** Recent observation in the epidemiology of gastric cancer in Japan // 4th International gastric cancer congress New York, April 30 - May 2 2001. – New York. – 2001. – P.63-67.

31. **Israel D.A.** Peek R.M. Pathogenesis of *Helicobacter pylori*-induced gastric inflammation // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2001. – Vol.15. – P.1271-1290.

32. **Jones N.L.** Increase in proliferation and apoptosis of gastric epithelial cell early in the natural history of *Helicobacter pylori* – infection // Amer. J. Path. – 1997. – Vol.151. – P.1695-1703.

33. **Kuipers E.J.** *Helicobacter pylori*, MALT lymphoma and gastric cancer // J Chemother. – 1999. – №11, (Suppl 2). – P.25.

34. **Long-term** sequelae of *Helicobacter pylori* gastritis / E.J. Kuipers [et al.] // Lancet. – 1995. – Vol.55. – P.2111-2115.

35. **Mishima Y., Hirayama R.** The role of lymph node surgery in gastric cancer // World J Surg. – 1987. – №11. – P.406-411.

36. **Opposing** risks of gastric cardia and noncardia gastric adenocarcinomas associated with *Helicobacter pylori* seropositivity / F. Kamangar [et al.] // J Natl Cancer Inst. – 2006. – №98(20). – P.1445-1452.

37. **Parkin DM.** International variation // Oncogene. – 2004. – №23. – P.6329–6340.

38. **Parkin DM, Bray FI, Devesa SS.** Cancer burden in the year 2000. The global picture // Eur J Cancer. – 2001. – №37,(Suppl. 8). – P.54–66.

39. **Parsonnet J, Axon A.T.R.** Principles of screening and surveillance // Am J Gastroenterology – 1996. – №91(5). – P.847-849.

40. **Risk** for gastric cancer in people with cagA positive or cagA negative *Helicobacter pylori* infection / J. Parsonnet [et al.] // Gut. – 1997. – № 40. – P.297-301.

41. **Siurala M., Sipponen P., Kekki M.** Chronic gastritis: dynamic and clinical aspects // Scand. J. Gastroenterol. – 1985. – Vol.20, suppl. 109. – P.69-76.

42. **Valle J., Kekki M., Sipponen P.** Long-term course and consequences of *Helicobacter pylori* gastritis. Results of 32-year follow-up study // Scand. J. Gastroenterol. – 1996. – Vol.31. – P.546-550.

ТОЧКА ЗРЕНИЯ

А.Д. Ботулу

МЕДИЦИНА ДУХОВНОСТИ – АЛЬТЕРНАТИВА ОРТОДОКСАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ (окончание)*

Духовность и здоровье

Здоровье - фундаментальная сущность человека

Что мы подразумеваем, говоря об идеальном здоровье? Идеал - это что-то недостижимое, возвышенное. Такими свойствами обладает высший уровень сущности человека - духовность. Духовное здоровье - это и есть идеальное здоровье, здоровье абсолютное, где кончается любое понятие нездоровья, болезни.

Человек как явление имеет абсолютную сущность, она - в его духовности. Духовность в человеке само-

достаточна, в своем бытии она ничем не обусловлена. Выражая абсолютную сущность человека, дух является вездесущей и вечной ипостасью его. Поэтому духовное здоровье - абсолютное понятие. Из этого вытекает, что оно не имеет своей антитезы - нездоровья, болезни. С такой точки зрения допустимо оперировать только одним понятием - здоровье, ибо понятие «духовное здоровье» как абсолютное явление снимает свою противоположность - болезнь.

И на самом деле, только в относительном мире существуют дихотомические понятия. Противоречащие друг другу, они выражают диалектику явления субъективного мира. В абсолютном, едином противоречия снимаются,

нельзя себе представить, что в природе как явления существуют отдельно такие сущности, как болезнь и здоровье. Есть лишь вечная, непротиворечивая сущность человека - это его жизнь, жизнеспособность, духовное здоровье. Болезнь - понятие относительное, промежуточное, свойственное только определенной ступени эволюции человека - его телесной, субъективной сущности. Болезнь - атрибут субъекта, но не объекта. Человек страдает, болен, пока он это ощущает субъективно, через телесные органы чувств. Субъектом может быть животное, растение, минералы, общество, компьютер, культура. Они имеют свои специфические болезни, страдания.

БОТУЛУ Ануфрий Давыдович – к.м.н., врач-психоневролог и психофармаколог, доцент МИ ЯГУ.

* Начало см. в ЯМЖ №2 2008 г.

В идеале, в духовной своей сущности, когда в результате дальнейшей эволюции телесная организация человека всё более и более будет трансмутировать, возвышаться к своим абсолютным, духовным уровням, болезней не будет. Ибо дух, духовность ничем не обусловлены, тем более болезнями. Удел человека духовного - это не болезни, а, напротив, - вечное здоровье, радость и счастье вечного бытия. В чистом, абсолютном бытии нет понятия болезнь. Дух как самодостаточная экзистенция не нуждается ни в чём, он выше приземленного, относительного понятия болезнь. Не существует духовных болезней, есть только духовное здоровье, не имеющее альтернативы. Есть душевные, психические болезни, ибо душа - это иной уровень бытия, более приземленный, близкий к телесному, телесно чувствующему. Дух бездушен, поэтому ему не свойственны болезни души.

Теперь возникает вопрос: «А реально ли то, что мы здесь привели, есть ли в нашей жизни проявления хотя бы некоторых свойств абсолютного, духовного здоровья, о которых мы здесь рассуждали? Да, есть. Тезис о том, что духовное самодостаточно, подтверждается тем, что ни одному человеку никакое условие не мешает быть духовным. Это аксиома. Если человек хочет быть духовным, идеальным, то для этого нет никаких препятствий - ни внешних, ни внутренних. Ведь духовность всегда есть в любом человеке, и только в его воле проявить или заглушить зов духа. Духовность может проявиться в любых условиях, ибо она зависит только от его воли, желаний. На самом деле она так и проявляется, так как любое дело человека без духовного составляющего не бывает. Другое дело - содержание этой духовности, духовных проявлений, духовных дел. Оно может быть добрым или злым. У современного человека больше злых духовных проявлений, ибо он пока прежде всего слишком грубо приземлен, во многом проявления его жизни обусловлены физическим уровнем его организации, сознание, дух которого несовершенны, не абсолютны, не духовны.

Далее возникает еще вопрос: «А для чего нужно такое понимание болезни, к чему оно может привести?». Мы даем на этот вопрос следующий ответ. Как известно, современная медицина - это медицина болезней, она изучает лишь болезни. Теперь представьте, что понятия такого, оказывается, в природе не существует. Болезни - это конвенциональное, научное понятие медиков,

которым они обозначают промежуточное состояние организации жизни человека, стесненное в своих проявлениях. Идеальное состояние, сущность человека, его фундаментальная обеспеченность - это здоровье, и именно духовное здоровье. Предметом медицины должно быть здоровье, а не болезни, тогда меняются стратегия и приоритеты медицины как науки. К такому пониманию сейчас приходят многие исследователи и практики медицины. Имеется достаточно случаев, когда человек живет только здоровым, радуясь полнокровию жизни. Здоровье - вот истинная тайна жизни, истинный предмет исследования медиков и биологов. Концепция духовного здоровья - это стратегия теории и практики медицины и здравоохранения на ближайшее будущее. Вот почему необходимо сущностное, философское понимание здоровья, его содержательное исследование. Сейчас уже общественное сознание подошло к пониманию престижа здоровья. К сожалению, пока такой подход осуществлен с утилитарной, социально-экономической точки зрения, с точки зрения полезности человека для производства больше материальных, чем духовных благ. Ориентиром медицины и образом жизни и деятельности будущих людей будет производство духовных благ и ценностей, творчество и свобода жизни во всех проявлениях.

Мы предлагаем свое понимание «здоровья». При этом подчеркиваем, что нет явления под названием «болезнь». Здоровье - это фундаментальная сущность человека как явления.

Человек привык к дихотомиям, но не замечает не только их противоречия (что закономерно), но самое главное, - их иллюзорности, относительности. И опять-таки причиной этого недоразумения является дуальность мышления и существования человека.

Здоровье - это явление духовно-материального мира, и таким его и надо рассматривать и понимать. Любое явление одновременно относительно, преходяще, но и в то же время в каждом явлении содержится часть вечности, ибо любое явление - суть отражение вечности, гармонии. Этой чертой здоровья как явления и надо пользоваться, чтобы описать и понять сущность здоровья. Отсюда проистекает тот факт, что здоровье для человека означает гармонию, временную стабилизацию и качественную интенсификацию некоторых форм эволюционных процессов в организме человека. К понятию здоровья можно применить идеи из концепции о природных равно-

весах профессора Н.Н.Кожевникова. Так, здоровье можно представить как одну из форм «относительного равновесия природных систем», которая имплицитно содержит в себе черты «фундаментальных равновесий» [4]. Н.Н.Кожевников справедливо считает, что свойствами относительных природных равновесий обладают такие медико-биологические понятия, как «гомеостаз», «живая клетка», «экосистема», «биогеоценоз» и др.

Человеческий организм, как и любая живая самоорганизующаяся система, представляет собой совокупность разнородных духовно-материальных явлений. На более низких планах организации этой иерархичности представлены физико-химическими явлениями обеспечения гомеостаза. Этот уровень всецело подчиняется законам физических явлений. Однако специфичность живого и духовная составляющая человека обеспечиваются не только и не столько законами этого низшего уровня, а законами высшего, духовного уровня иерархии этой самоорганизующейся системы. Современные научные концепции медико-биологических исследований обращают основное внимание на этот низший, физический уровень функционирования человека, недостаточно учитывая малоисследованные сферы его духовной организации. Находясь на платформе вульгарно материалистического воззрения адекватно исследовать духовные составляющие человеческой жизнедеятельности принципиально невозможно. Необходимо новая концепция, новый методологический подход к познанию идеальных, духовно-душевных сфер бытия человека. Такие концепции в настоящее время предлагаются многими исследователями в русле ноосферно-космической парадигмы мышления, глобального эволюционизма и экологической философии (К.Э. Циолковский, А.Л. Чижевский, В.И. Вернадский, П. Тейяр де Шарден, Н.Н. Моисеев и др.). Для этих идей характерны признание духовного единства человека, космоса, вселенной, утверждение гармоничности и единства природы и мира, обоснование отказа от традиционных аксиологических ориентиров технократического постнеклассицизма.

Оригинальным подходом, конкретизацией идей планетарно-ноосферного мышления является концепция о природных равновесиях, подробно и четко проанализированная ее автором, профессором Якутского государственного университета Н.Н.Кожевниковым. В своем исследовании он констатирует, что

«фундаментальные равновесия» являются философской категорией, а «пределные относительные равновесия» - общенаучными понятиями.

Как можно интерпретировать медицинские понятия «здоровье» и «болезнь» с точки зрения этой концепции? Целостный организм можно определить как «относительное равновесие» с некоторыми характеристиками «фундаментального равновесия». Такие случайные, «квазиравновесия» характеризуются определенной энергоинформационной обеспеченностью. Хотя такие состояния могут быть необычными, «экстремальными», но такой промежуточный тип равновесия становится нормой, выгодным типом функционирования и поведения системы на определенном этапе самоорганизации системы (организма). Именно такие состояния системы достойны называться жизнью, здоровьем. Через «устремленность» таких «квазиравновесных» состояний к «фундаментальным равновесиям» организм прокладывает путь к оптимальному равновесию более высокого ранга, одним из которых может быть взаимодействие материально-энергетических и психо-информационных составляющих человека, которые в совокупности можно обозначить понятием «духовность». Таким образом, концепция Н.Н. Кожевникова о фундаментальных и относительных равновесиях может явиться одной из базовых теорий, обосновывающих онтологию, гносеологию и практику духовности. В ней содержатся также обоснования конкретных методов исследования вопросов духовности и духовного здоровья.

Известно, что «синдром напряжения» (стресс-синдром Г. Селье) - это одно из фундаментальных понятий в медицине и одно из успешных и перспективных направлений разработки проблем теоретической и практической медицины. Стрессовое состояние организма - это «квазиравновесие», где для системы имеются хотя и необычные, экстремальные условия, но они как раз выгодны для организма на данном уровне функционирования. Попадание организма в такие случайные «квази»-состояния обеспечивает его самоорганизацию уже на другом энергетически-информационном уровне. Иначе говоря, ценой попадания в «квазиравновесное» состояние организм приобретает иное качественное состояние - на медицинском языке, он адаптируется и восстанавливает нормальные параметры гомеостаза,

выздоровливает. Выздоровление - это восхождение на новый уровень «относительного равновесия», содержанием которого был момент «устремления» к свойствам «фундаментального равновесия». Этот процесс можно обозначить также как обновление, возрождение, озарение - озарение мгновенным светом высших абсолютных сфер («фундаментального равновесия»). Такие явления описаны эмпирически в феноменах клинической смерти, коматозных состояний и других трансовых состояний сознания, а современная трансперсональная психология и психопатология исследуют их как конкретные медико-биологические явления.

Для обоснования перспективной стратегии развития методологии медико-биологических исследований необходимо опираться на современные философские взгляды эволюции природы и мира. Приведенные философские теории нацелены на многоуровневый подход к биологическим явлениям. Эти теории являются открытыми как для научных, так и альтернативных воззрений. На современном этапе перехода к ноосферной цивилизации требуется осознанный образ жизни и поведение людей, учитывающих планетарный характер бытия человека и законы дальнейшей совместной коэволюции с естественной и социальной средой. Эта идея содержит конструктивный замысел выхода на иерархии высших уровней самоорганизации биологических явлений. С позиций таких учений могут быть адекватно поняты философские и прикладные аспекты духовности.

Теперь разберем, что это за новое понятие - «духовное здоровье». Отметим сразу, понятие «духовное здоровье», вводимое нами в научный оборот, - это результат длительных размышлений о медицинской и философской сущности болезней. Духовное здоровье - синтетическое и синкретическое понятие.

Во-первых, понятие духовное здоровье мы выводим из своей мировоззренческой позиции, согласно которой мы воспринимаем мир как единое духовно-материальное бытие. Мир - это не дуализм материи и духа, а единое явление. Мир монистичен, его нельзя делить на материальное и идеальное, духовное. Ведь человек не только и не столько физическое, материальное тело, сколько душевно-духовное создание.

Во-вторых, в определении болезни по ВОЗ главное внимание уделено именно душевно-духовному составля-

ющему болезни - состоянию нервно-психического благополучия.

В-третьих, медицина считает, что преобладающее большинство болезней современного человека так или иначе зависят от его духовно-душевной организации. Они на медицинском языке называются «психосоматическими болезнями», т.е. в первую очередь при таких заболеваниях страдает духовно-душевный статус человека. На ранних стадиях многие заболевания носят невротический характер, т.е. они обусловлены опять-таки нарушением взаимоотношений нервно-психической сферы и окружающей среды.

Теперь разберём наше определение духовного здоровья как синтетического и синкретического понятия. Синтетическое - это значит, что понятие духовное здоровье подразумевает и охватывает знания из различных областей знаний: философии, религии, медицины, биологии, парамедицины, мистики, психологии, оккультизма и др. Это суждение исходит из того, что человек охватывает и принадлежит ко всем областям знаний - полигносеологичен. Чтобы познать патологию человека и его страдания надо понимать его в диалектическом единстве многих его измерений. Духовность человека - это как раз понятие, охватывающее такое синтетическое понятие здоровья. Синкретичность означает неразрывное единство в человеке природы, биологии, искусства и культуры во всех жизненных проявлениях. Термин синкретичный применяют в тех случаях, когда хотят подчеркнуть единство и общность различных онтологических и гносеологических обоснований. К примеру, танец, музыка, живопись, ритуалы и обряды синкретично выражают чувства, страсти, эмоции, гностические переживания, исследовательский инстинкт, психологию влечений, эротические и другие переживания человека. Когда мы говорим, что духовное здоровье - это синкретичное понятие, мы хотим подчеркнуть такие многосторонние связи человека со всей совокупностью его окружающей среды, как биологию, психологию, патологию, культуру, социальные предпочтения и т.д. Таким образом, наше понимание духовного здоровья предполагает глубинные составляющие человека: мировоззрение, религиозные и другие альтернативные религии взгляды, психологические особенности личности, медицинские, биологические, социальные, культурологические, этнические предпочтения.

Синтетическое понятие - понятие,

объединяющее различные области знаний; синкретичное понятие – понятие, объединяющее принципиально различные жанры и области знаний.

Литература

1. **Вышеславцев Б.П.** Этика преображенного Эроса /Б.П. Вышеславцев. - М.: Республика, 1994. - С.115.

2. **Кандыба Д.В.** Техника мысленного гипноза /Д.В. Кандыба. - Ростов-на-Дону: «Феникс», 1995. -С.51.

3. **Клизовский А.** Основы миропонимания новой эпохи. В 3-х т. / А. Клизовский. - Рига: Виеда, 1992. - Т.3. -с. 118.

4. **Кожевников Н.Н.** Концептуальный анализ относительных равновесий в природе: автореф. дис. ... д-ра филос.н./Н.Н. Кожевников. - Якутск, 1998.

5. **Маркс К.** Сочинения / К. Маркс и Ф. Энгельс. - Т. 20. -С.365.

Тузов Н.В. Философия Теории Единой Идеи / Н.В. Тузов. - М.: Мысль, 1994. -С.79.

6. **Философский** энциклопедический словарь. - М.: Сов. энциклопедия, 1983. -С.179.

7. **Хаббард Л.Рон.** Дианетика. Современная наука душевного здоровья: учебник по дианетике /Рон Л.Хаббард; пер. с англ. - М.: Воскресенье, Нью Эра Паббликейшн (совместное издание), 1993. - С.116.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Р.С. Никитина

ВИЛЮЙСКИЙ ЭНЦЕФАЛОМИЕЛИТ: ЭТАПЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И КЛАССИФИКАЦИЯ

Вилюйский энцефаломиелит (ВЭ) - своеобразная форма тяжелого поражения центральной нервной системы, встречается в виде спорадических случаев среди коренных жителей Республики Саха (Якутия). История изучения данного заболевания весьма характерна для отдаленных регионов Российской империи. В 19-м в. экспедиционным отрядом выдающегося этнографа Р.К. Маака было впервые дано краткое описание данного заболевания (1884-1885гг. - экспедиционные исследования, 1987г. - первая публикация.) Более полное клиническое описание сделано Т. А. Колпаковой в 1933г., которая дала первое название этой болезни, определив данное заболевание центральной нервной системы как «бохоорор», то есть скованный, «быгараар» - замедленный, «сюсёга (сююхёга) хамсыыр» - расслабленный.

В 1950-х гг. 20-го столетия медицинское обслуживание населения Якутии в различных районах значительно улучшилось, активно стало изучаться данное заболевание. В 1952г. приступил к работе первый врач-невролог в Вилюйском районе П.А. Петров, который обнаружил группу больных в п. Мастах Вилюйского района, не укладывающихся ни в одну клиническую форму неврологической патологии. В связи с этим в 1952г. Министерством здравоохранения ЯАССР была организована комплексная экспедиция в Вилюйский район для изучения данного заболевания, сделавшая вывод, что это, возможно, последствия эпидемического энцефалита Экономо. Для более глубокого изучения и уточнения диагностики в 1954г.

организована комплексная экспедиция с участием специалистов МЗ РФ под руководством профессора А.Н. Шаповала. А.Н. Шаповал пришел к выводу, что это своеобразное поражение центральной нервной системы и дал первое клиническое определение - вилюйский энцефаломиелит. В 1958г. на XI-й сессии Института вирусологии АМН СССР им. Ивановского официально признана нозологическая самостоятельность вилюйского энцефаломиелита. Публикуются первые монографические работы (А.Н. Шаповал, 1959; П.А.Петров, 1964). В 1965г. клинической группой под руководством академика АМН СССР М.П. Чумакова выделено клиническое ядро хронических форм вилюйского энцефаломиелита.

Выделенное в середине 20-го в. заболевание, естественно, привлекло внимание зарубежных ученых. Одним из первых заинтересовался американский ученый чешского происхождения Д.К. Гайдушек, вместе со своими сотрудниками он длительное время проводил совместные работы с якутскими учеными по проблеме «Биология вилюйского энцефаломиелита». В настоящее время лаборатория под руководством Л.Г. Гольдфарба продолжает это сотрудничество в плане изучения этиопатогенеза вилюйского энцефаломиелита. К изучению вилюйского энцефаломиелита присоединились ученые США, Японии, Австралии, Германии, Мексики.

Открываются специализированные лечебные медицинские учреждения по изучению вилюйского энцефаломиелита и оказанию лечебно-профилактической помощи больным. При этом с накоплением научно-практических материалов по вилюйскому энцефаломиелиту повышался уровень материально-технической базы: энцефалитное отделение Якутской Республиканской

клинической больницы (1967–1990гг), научно-практический центр по изучению вилюйского энцефаломиелита при Министерстве здравоохранения Республики Саха (Якутия) (1991 – 1995гг), Институт здоровья Академии наук Республики Саха (Якутия) (1996 – 2006гг); статус института повысился, с 2007г. это Федеральное государственное научное учреждение «Институт здоровья».

Клиническая самостоятельность определяется выделением отдельных классификационных форм. В различные годы предложены классифика-



Чумаков Михаил Петрович – д.м.н., академик АМН СССР, директор Института полиомиелита и вирусных энцефалитов АМН СССР



Шаповал Алексей Никитич – д.м.н., профессор, зав. кафедрой Ярославского медицинского института

НИКИТИНА Раиса Семеновна – врач-невролог высшей квалиф. категории, зав. отделением ФГНУ «Институт здоровья».

Таблица 1

Классификация вилюйского энцефаломиелимита в 1959-1987 гг.

ФИО	Год	Классификационные формы
Шапвал А.Н.	1959	I. Острый (начальный) период: а) паралитические формы б) апаралитические (безочаговые) формы II. Стертые формы III. Хронические формы: а) дементно-паретическая б) спастико-паретическая в) психотическая г) синдром БАС
Петров П.А.	1964	Острая стадия, формы: I. Энцефалитическая, синдромы: а) окулоцефалический б) психотический в) менингоэнцефалитический г) прочие гнездовые церебральные II. Энцефаломиелитическая, синдромы: а) диффузный энцефаломиелит б) бульбоспинальный в) полиомиелитический III. Периферическая IV. Стертая
Владимирцев А.И.	1964	Хроническая стадия, формы: а) дементно-паретическая б) спастико-паретическая в) синдром затяжного инфекционного психоза г) синдром БАС д) мозжечковая е) паркинсоидно-гиперкинетическая ж) дизэнцефальная з) псевдоневрастеническая
Петров П.А.	1987	I. Острая форма, синдромы: 1) энцефалитический и менингоэнцефалитический 2) психотический 3) энцефаломиелитическая II. Подострая или стертая с затяжным или рецидивирующим течением III. Хроническая форма, синдромы: 1) хронического панэнцефаломиелимита («бохоорор») 2) протрагированного психоза 3) БАС

* БАС - боковой амиотрофический склероз.

ционные формы вилюйского энцефаломиелимита (табл.1): в 1959 г. А.Н. Шапвал выделяет острый период, стертые и хронические формы, в 1964г. П.А. Петров выделяет острую стадию вилюйского энцефаломиелимита, проявляющуюся энцефалитическими и энцефаломиелитическими синдромами, а также периферическими и стертыми формами. А.И. Владимирцев в 1964г. дает классификацию хронической стадии вилюйского энцефаломиелимита. В 1987г. П.А. Петров объединяет острую, подострую и хроническую формы вилюйского энцефаломиели-

та в одну классификацию. С течением времени клиническая классификация вилюйского энцефаломиелимита претерпела определенные изменения (табл.1). В предлагаемых классификациях отмечались периоды, стадии, формы по течению и формы по клиническим проявлениям. В связи с этим возникла необходимость в рабочей классификации вилюйского энцефаломиелимита, удобной для применения в практическом здравоохранении. Она была предложена профессором Р.С. Тазловой (табл.2). Рабочая классификация Р.С. Тазловой основана на классификациях П.А. Петрова и А.И. Владимирцева. Она более унифицирована и включает кроме клинических форм типы течения. В связи со сложностью диагностики острой стадии и длительным периодом развития (от 2-3 недель до нескольких месяцев и даже лет) имеется классификация, принятая 2-й международной научно-практической конференцией 2000г. Владимирцев В.А., Зайдлер М., Мастерс К., Гольдфарб Л.Г., Институт здоровья Республики Саха, Всемирная организация здравоохранения и Национальные институты здоровья США (табл.3) дали для обсуждения критерии: достоверный ВЭ, вероятный ВЭ, возможный (сомнительный) ВЭ. При возможном ВЭ имеется указание на острый период болезни, наличие органической неврологической микросимптоматики (III, VII, IX пар черепно-мозговых нервов). При вероятном ВЭ имеется наличие невро-

Таблица 2

Рабочая классификация вилюйского энцефаломиелимита

Стадия	Клиническая форма	Тип течения
Острая	Энцефалитическая (менингоэнцефалитическая)	Злокачественный
	Энцефаломиелитическая Психотическая	Среднепрогредиентный Малопрогредиентный
Хроническая	Дементно-паретическая Спастико-паретическая	Злокачественный Среднепрогредиентный Вялопрогредиентный с обострениями Малопрогредиентный
	Психотическая	Подострый Вялопрогредиентный с обострениями Рецидивирующий

та в одну классификацию. С течением времени клиническая классификация вилюйского энцефаломиелимита претерпела определенные изменения (табл.1). В предлагаемых классификациях отмечались периоды, стадии, формы по течению и формы по клиническим проявлениям. В связи с этим возникла необходимость в рабочей классификации вилюйского энцефаломиелимита, удобной для применения в практическом здравоохранении. Она была предложена профессором Р.С. Тазловой (табл.2). Рабочая классификация Р.С. Тазловой основана на классификациях П.А. Петрова и А.И. Владимирцева. Она более унифицирована и включает кроме клинических форм типы течения. В связи со сложностью диагностики острой стадии и длительным периодом развития (от 2-3 недель до нескольких месяцев и даже лет) имеется классификация, принятая 2-й международной



Петров Прокопий Андреевич, врач-невролог, в последующем к.м.н., министр здравоохранения ЯАССР (слева) и Владимирцев Афанасий Иванович - гл. внештатный невролог ЯАССР, в последующем к.м.н., первый заведующий энцефалитным отделением Якутской Республиканской клинической больницы



Тазлова Римма Семеновна – к.м.н., зав курсом психиатрии МЛФ ЯГУ, в последующем д.м.н., профессор кафедры психиатрии Медицинского института Якутского государственного университета

логической микросимптоматики (III, VII, IX пар черепно-мозговых нервов). Достоверный ВЭ - это проявления хронических форм вилюйского энцефаломиелимита. Данная классификация дает возможность ставить на профилактический учет больных с симптоматикой возможного и вероятного ВЭ. Клиническая практика подтверждает целесообразность такого подхода, т.к. нами диагностировано по данной

Таблица 3

**Классификация виллюйского энцефаломиелимита
2-ая международная научно-практической конференция**

Владимирцев В.А., Зайдлер М., Мастерс К., Гольдфарб Л.Г. Институт здоровья Республики Саха, Всемирная Организация Здравоохранения и Национальные Институты Здоровья США (2000г.)	
Достоверный ВЭ	<p>А. Быстро прогрессирующая (острая) форма: 1) продолжительная лихорадка (более 7 дней); 2) сильная головная боль; 3) нарушение сознания (оглушенность, ступор, делирий, кома); 4) признаки менингоэнцефалита с устойчивым плеоцитозом и повышением концентрации белка в спинномозговой жидкости; 5) знаки поражения пирамидной системы; 6) обязательно патоморфологическое подтверждение: инфильтрация мягких мозговых оболочек, многочисленные очажки некроза и периваскулярные инфильтраты.</p> <p>Б. Медленно прогрессирующая форма: 1) менингоэнцефалит в анамнезе; 2) деменция; 3) дизартрия; 4) признаки поражения пирамидной и экстрапирамидной систем. Присутствие вышеуказанных клинических признаков обычно достаточно для диагноза, однако для его подтверждения желательны патоморфологическое исследование. Типичная картина включает включает наличие микронекротических очажков, воспалительных изменений в паренхиме мозга, периваскулярных инфильтратов, астроцитоза и диффузного выпадения нейронов.</p> <p>В. Хронический ВЭ: 1) деменция; 2) дизартрия; 3) признаки поражения пирамидной и экстрапирамидной систем; 4) отсутствие заметного прогрессирования в течение последних 3 лет; 5) имеджинг: диффузная атрофия мозга, глиоз, выпадение нейронов, резидуальные воспалительные инфильтраты в мозговых и паренхиме мозга, наличие микроцист, замещающих микронекротические очажки.</p>
Вероятный ВЭ	Такой диагноз может быть выставлен, если больной неполностью обследован. Для того, чтобы диагноз ВЭ стал достоверным, требуется дообследование больного и дифференциальная диагностика с другими острыми и подострыми менингоэнцефалитами и остаточными состояниями после других заболеваний нервной системы.
Возможный (сомнительный) ВЭ	Такой диагноз правомерен, если есть такие же серьезные основания подозревать наличие у данного больного другого заболевания, исключающего ВЭ (не сопутствующего ВЭ). Обычно в таких случаях требуется госпитальное обследование или серия консультаций с целью уточнения диагноза.

классификации за последние 10 лет 515 чел.

В заключение следует сказать, что ВЭ имеет сравнительно небольшую историю и достаточно изученные клинические формы болезни, основанные на тщательных патолого-морфологи-

ческих исследованиях (Г.Л. Зубри, А.П. Саввинов, И.А. Робинзон). В настоящее время проводится углубленное изучение эпидемиологии, этиологии, патогенеза данного заболевания с участием зарубежных научных центров.

Литература

Владимирцев А.И. Хронический якутский (виллюйский) энцефалит за 12 лет / А.И. Владимирцев // Труды Якутской республиканской больницы. – Якутск, 1964. – Вып.9. – С.97-106.

Владимирцев А.И. Вопросы ранней диагностики, лечения, профилактики и диспансеризации: методические рекомендации / А.И. Владимирцев, П.А. Петров, В.А. Владимирцев. – Якутск, 1982. – 38 с.

Зубри Г.Л. Некоторые клинико-анатомические параллели и вопросы дифференциального диагноза при виллюйском энцефаломиелите / Г.Л. Зубри, А.П. Саввинов, И.А. Робинзон // Актуальные проблемы вирусологии и профилактики вирусных заболеваний. – М., 1972. – С.206-209.

Колпакова Т.А. Эпидемиологическое исследование Виллюйского округа Якутской АССР / Т.А. Колпакова // Тр. Комиссии по изучению Якутской АССР. – Л., 1933. – 292 с.

Владимирцев В.А. Критерии диагностики виллюйского энцефаломиелимита / В.А. Владимирцев и др. // Проблемы виллюйского энцефаломиелимита, нейродегенеративных и наследственных заболеваний нервной системы. – Якутск, 2000. – С.25-26.

Петров П.А. Клиническая картина острой стадии виллюйского энцефалита (энцефаломиелимита) / П.А. Петров. – Якутск, 1964. – 121 с.

Петров П.А. Диагностика виллюйского энцефалита. – Якутск, 1980. – 63 с.

Тазлова Р.С. Клинические энцефалографические и пневмоэнцефалографические исследования при дементно-паретической форме виллюйского энцефалита (энцефаломиелимита) / Р.С. Тазлова // Вопросы краевой патологии. – Якутск, 1973. – Вып 2. – С.172-182.

Тазлова Р.С. Психические нарушения при типичных формах виллюйского энцефалита (энцефаломиелимита) / Р.С. Тазлова. – Иркутск, 198. – С.159-170.

Тазлова Р.С. Рабочая классификация виллюйского энцефалита (энцефаломиелимита) / Р.С. Тазлова, Р.А. Мошанова, В.А. Баранов // Актуальные проблемы клинической неврологии. – Якутск, 2001. – С.39-61.

Уманский К.Г. Методические указания по изучению клиники виллюйского энцефаломиелимита / К.Г. Уманский. – Якутск, 1965. – 1 с.

Чумаков М.П. Комплексное изучение этиологии виллюйского энцефаломиелимита методами молекулярной биологии и выяснения эпидемиологических особенностей заболевания в различных регионах ЯАССР: Отчет НИР / институт полиомиелита и вирусных энцефалитов АМН СССР; М.П. Чумаков. – М., 1987. – 36 с.

Шаповал А.Н. Виллюйский энцефаломиелит / А.Н. Шаповал. – Якутск, 1959. – 156 с.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

С.Я. Яковлева, Г.И. Данилова, Т.Е. Бурцева, В.Г. Часнык
КЛИНИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ СЕМЕЙНОГО
СЛУЧАЯ ВИРИЛЬНОГО ВАРИАНТА
КЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОЙ
ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ
В ЯКУТСКОЙ СЕМЬЕ

Врожденная гиперплазия коры надпочечников (ВГКН) – это распространенное аутосомно-рецессивное заболевание с частотой “классических” форм 1 : 5000 - 28 000 новорожденных, “неклассической” 1 : 27 - 333 в зависимости от популяции (Speiser P., 1987; Azziz R., 1989; Morel Y., 1991; Hsien-Hsiung Lee, 2000; Некрасова М.Ф., 2004; Суплотова Л. А., 2006). В 95% случаев ВГКН является результатом дефицита фермента 21-гидроксилазы (цитохром P-450c21) (Nebert D.W., 1991).

По нашим данным, средняя распространенность классической формы врожденной дисфункции коры надпочечников - 0,8 на 100 000 населения Республики Саха (Якутия) – это примерно 1: 125 000 населения, что сравнимо с распространенностью ВДКН в московской популяции - 1:100 000 (Кураева Т.А., 2005). По данным эндокринологического отделения РБ№1-НЦМ ПЦ, на диспансерном учете находится 12 детей и подростков, из них 5 (41,7%) - с сольдефицитным вариантом (в том числе 1 умер от криза надпочечниковой недостаточности в 2006г.), 7 детей (58,3%) – с вирильной формой ВДКН. 66,7% детей женского пола, 33,3% - мужского пола (соотношение девочек и мальчиков составило 1:0,5).

В литературе семейные случаи ВДКН описываются крайне редко.

Мы представляем клиническое описание семейного случая вирильного варианта классической формы врожденной дисфункции коры надпочечни-

ков в якутской семье. В данной семье ребенок от 1 беременности умер в возрасте 3 месяцев от кишечной инфекции (рвота, жидкий стул). Возможно, имела место сольтеряющая форма ВДКН.

Ребенок от 2-й беременности, мужского пола, 1989г.р. – состоит на учете с диагнозом: Врожденная дисфункция коры надпочечников, вирильная форма. Диагноз был выставлен только в возрасте 5 лет при появлении признаков преждевременного полового развития (быстрые темпы роста, низкий голос, лобковое оволосение). При уточнении анамнеза - в раннем возрасте у него наблюдались рвота, профузный понос, потеря веса. Лечился с диагнозом кишечная инфекция и по тяжести состояния получал преднизолон. Вероятно, имел место сольтеряющий компонент ВДКН. Лечение ВДКН начато поздно - в 9-летнем возрасте из-за нежелания матери давать гормональные препараты.

3-й ребенок 04.01.01г. был в экстренном порядке госпитализирован в эндокринологическое отделение Педиатрического центра в возрасте 1 месяц с жалобами: на частое срыгивание, многократную рвоту, отказ от пищи, потерю в весе. Из анамнеза: ребенок от 6-й беременности, протекавшей в 1-й половине с токсикозом, анемией. Роды третьи, в срок, оперативные. Имело место преждевременное излитие околоплодных вод, частичная отслойка нормально расположенной плаценты. Вес при рождении – 4290г, рост – 57 см. Оценка по Апгар – 8/9 баллов. Срыгивание началось после выписки из роддома. Через несколько дней срыгивания участились, начались эпизоды рвоты фонтаном. Начал терять в весе, отказывался от еды. В возрасте 1 месяца обратились к эндокринологу, который направил в эндокринологическое от-

деление РБ №1-НЦМ с подозрением на ВДКН. При поступлении: состояние тяжелое. Телосложение пропорциональное. Подкожно-жировая клетчатка слабо выражена. Рост – 57 см, вес – 4 кг (дефицит веса – 16%). Кожные покровы смуглые, гиперпигментация ушных раковин, сосков, мошонки, полового члена, промежности, белой линии живота. Слизистые влажные, чистые. Язык слегка обложен белым налетом. Волосы на голове густые. Б.р.=0,5X0,5см. В легких пузырьное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, ясные, ЧСС=120 уд. в мин. Живот мягкий, б/б. Печень, селезенка не увеличены. Стул через 2 дня. Выставлен клинический диагноз: ВДКН, сольтеряющая форма на основании жалоб, анамнеза, объективного осмотра и лабораторных исследований: электролиты K + = 6,7 ммоль/л, Na + = 134 ммоль/л, Cl=76 ммоль/л, кортизол – 155,3 нмоль/л. Кровь на 17 – оксипрогестерон превышал норму в 2 раза, что полностью подтвердило диагноз: ВДКН. Со дня поступления больному начаты: инфузионная терапия и заместительная гормональная терапия глюко- и минералокортикоидами. Состояние ребенка стабилизировалось.

Катамнез: старшему Л. 18 лет, рост 159 см, вес 49 кг. Получает преднизолон 5 мг в день. Костный возраст соответствовал в 13 лет 18-19 годам. Вторичное половое развитие соответствует половозрелому возрасту. Младшему Л. 7 лет. Психомоторное развитие и костный возраст соответствуют паспортному. Получает преднизолон 5 мг\сут и кортеф 10мг\сут.

В данной семье имеет место вирильная форма ВДКН, протекающая с сольтеряющим компонентом в раннем возрасте. Она наследуется аутосомно-рецессивно. К сожалению, данная семья не обследована генетически.

ЯКОВЛЕВА Светлана Яновна – зав. консультативной поликлиникой ПЦ РБ №1-НЦМ; **ДАНИЛОВА Галина Ивановна** – к.м.н., зав. отделением ПЦ РБ №1-НЦМ; **БУРЦЕВА Татьяна Егоровна** – к.м.н., зав. лаб. ЯНЦ СО РАМН; **ЧАСНЫК Вячеслав Григорьевич** – д.м.н., проф., зав. кафедрой СПбГПМА.

ИЗ ХРОНИКИ СОБЫТИЙ

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ АТЕРОСКЛЕРОЗА НА КОНГРЕССЕ ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА ПО АТЕРОСКЛЕРОЗУ В 2008 г.

Событием мирового масштаба для медицины стал 77-й конгресс Европейского общества по атеросклерозу, который состоялся 26-29 апреля 2008 г. в Стамбуле.

В работе конгресса принял участие врач-кардиолог МУ ЯГКБ Морозов С.Н. Исследование молодого специалиста, посвященное этническим особенностям одного из показателей жесткости артериального русла, заинтересовало организаторов конгресса. Было получено приглашение из Стамбула на участие в конкурсе молодых ученых (постерная сессия) (рис.1). Благодаря помощи генерального директора инвестиционной фирмы «СахаИнвест» Федорова А.А. и благотворительного фонда «Ситим» поездка на конгресс состоялась.

Высокий научный и образовательный уровень конгресса позволил пополнить и укрепить знания, приобретенные в процессе учебы и трудовой деятельности.

На конгрессе обсуждались последние достижения и новейшие разработки в области атеросклероза, минимализации рисков его последствий. Большое внимание уделялось анализу практических аспектов профилактики, диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

В настоящее время разработано достаточно биотехнологий, подтверждающих генетическую предрасположенность к развитию атеросклероза. Имеются возможности генной верификации пациентов с высоким риском развития атеросклероза, и особенно

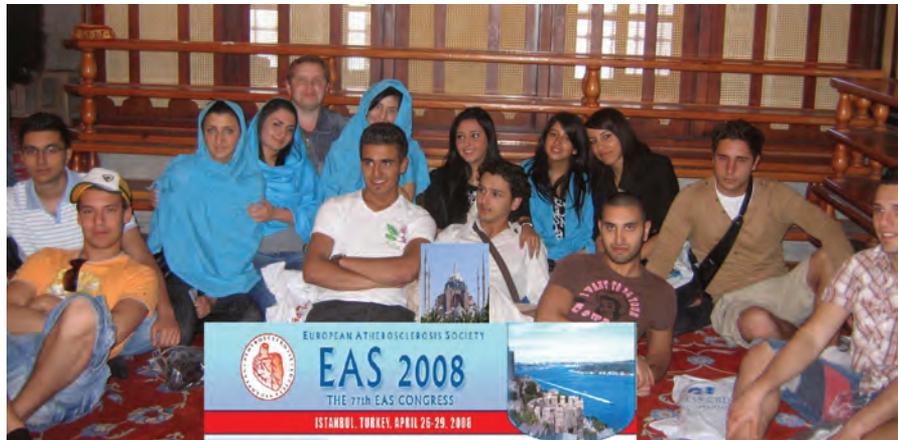


Рис.1. Участники конкурса молодых ученых на Европейском конгрессе атеросклероза 26-29 апреля в Стамбуле

перспективно данное направление для выявления лиц с ранним началом процессов атерогенеза. В связи с этим на конгрессе большое внимание уделялось наследственным гиперхолестеринемиям или семейным гиперхолестеринемиям. Остроту проблемы демонстрирует созданное общество «MEDPED», девиз которого «Ранняя диагностика – предотвращение ранней смерти». Европейские доктора упоминали о легкости диагностики наследственных гиперхолестеринемий.

Надеемся, что в скором будущем и в нашей республике появится данная возможность, и мы будем эффективно предотвращать такие последствия, как инсульты, инфаркты уже на ранних стадиях формирования дислипидемии посредством эффективного лечения тех пациентов, кому оно необходимо в молодом возрасте. В европейских странах возраст этого лечения настолько молодеет, что уже имеются дети с выявленными ранними дислипидемиями, находящиеся на терапии статинами (рис.2).

Известно, что целями и задачами лечения атеросклероза является снижение уровня холестерина крови (ОХС), уменьшение уровня липопротеидов низкой плотности (ХЛПНП) и повышение уровня липопротеидов высокой плотности

(ХЛПВП), нормализация уровня триглицеридов (ТГ). На сегодняшний день эффективными средствами коррекции дислипидемий остаются статины: аторвастатин (липримар), симвастатин (зокор), розувастатин (крестор) и флувастатин (лескол). Однако существуют проблемы их применения: повышение печеночных ферментов, миопатия, рабдомиолиз и высокая стоимость препаратов. В связи с чем остаются актуальными и другие пути коррекции дислипидемий: применение никотиновой кислоты (ниацин), фибратов (ципрофибрат (липонор) и фенофибрат (трайкор 145)), секвестрантов желчных кислот (холестирамин), омега-3-полиненасыщенных жирных кислот (омакор), ингибиторов абсорбции холестерина в кишечнике (эзети-



Рис.3. Приглашение на 78-й конгресс Европейского общества атеросклероза в г. Гамбург, Германия, на 2010 г. Слева автор статьи



Рис.2. Результаты лечения правастатином (по данным Albert Weigman, Academic Medical Center, Amsterdam, the Netherlands)

миб), физические упражнения, отказ от курения, кинезитерапия, умеренное употребление алкоголя.

На конгрессе также были озвучены гипополипидемические эффекты антагонистов кальция, антиоксидантов и лекарственных растений. Одними из новых антиатерогенных лекарственных препаратов представлены Алликор, разработанный на основе чеснока, и Каринат, который имеет фитозэстрогенный состав. Вселяет оптимизм, что они зарегистрированы в Российской Федера-

ции и в скором времени у нас появится возможность их использования.

Таким образом, имеется масса возможностей коррекции дислипидемий, дело остается за повышением комплаентности пациентов. В связи с чем основной задачей конгресса стало информирование врачей стран мира о различных аспектах проблемы атеросклероза, артериальной гипертонии, метаболического синдрома. В свою очередь, обученный врач более детально и доступно преподнесет информацию

большому, совместно с больным индивидуально подберет схемы лечения. Конгресс проводится в 77-й раз и с каждым годом он приобретает большую актуальность, поскольку заболеваемость атеросклерозом растет, проблема приобретает колоссальную значимость. Уже намечено 78-е заседание Европейского общества атеросклероза на 2010 год в Гамбурге и, по нашему мнению, предстоят более широкие обсуждения новых проблем атеросклероза (рис.3).

Врач-кардиолог МУ ЯГКБ №1 С.Н. Морозов

ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА БОРЬБЫ С ПАРАЗИТАРНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ»

С 27 по 29 мая 2008г. в г. Москве во Всероссийском институте гельминтологии им. К.И. Скрябина (ВИГИС) состоялась научная конференция Общества гельминтологов (ОГ) РАН, посвященная 130-летию со дня рождения Константина Ивановича Скрябина, доктора медицинских, ветеринарных и биологических наук, единственного в нашей стране ученого-академика трех отечественных академий (ВАСХНИЛ, АМН СССР и АН СССР), действительного и почетного члена Академий наук Болгарии, ГДР, Франции, Югославии, члена научных обществ США, Великобритании, Франции и других стран, члена экспертно-консультативного совета ВОЗ.



Памятник основателю отечественной гельминтологии академику К.И.Скрябину

В работе конференции приняли участие председатель ОГ РАН им. К.И. Скрябина, директор ВИГИСа, член-корр. РАСХН А.В. Успенский, академик РАСХН Ю.Ф.Петров, академик РАМН В.П. Сергиев, д.м.н. Е.А. Черникова (ИМПТиМ им. Марциновского), профессора В.В. Горохов (ВИГИС), И.А. Архипов (ВИГИС), Р.Т.Сафиуллин (ВИГИС), В.Я. Бекиш (Витебский ГМУ), В.Ф. Никитин (ВИГИС), М.Д. Новак (Рязанская ГСХА), к.б.н. Д.Н.Кузнецов (Центр паразитологии ИПЭЭ им. А.Н. Северцова), Д.М. Муртазов (Госсанэпиднадзор, Таджикистан) и др.

Программа конференции была насыщенной, особо была подчеркнута деятельность К.И. Скрябина как ученого, создателя гельминтологической науки, основоположника всемирно известной школы гельминтологов, которая неразрывно связана с развитием и укреплением медицинской, биологической и ветеринарной науки и практики в нашей стране.

Научное наследие К.И. Скрябина включает десятки томов книг и фундаментальных монографий, свыше 800 отдельных научных статей, множество докладов и ярких публицистических выступлений.

Работы К.И. Скрябина по изучению гельминтофауны дали возможность медицинским и ветеринарным специалистам научно и обоснованно планировать и проводить на всей территории нашей страны противогельминтозные мероприятия.

Константин Иванович Скрябин создал школу гельминтологов, в которой получили развитие лучшие традиции отечественной науки - глубокая образованность, культура, гуманизм, осоз-

нание роли и ответственности ученого в обществе.

В 1993 г. на основе Всесоюзного общества гельминтологов (1940-1991) было создано Российское общество гельминтологов РАН им. К.И. Скрябина с Центральным советом в Москве.

27 февраля 2003 г. состоялось учредительное собрание по организации Якутского отделения общества гельминтологов (ЯООГ) им. К.И. Скрябина Российской академии наук. Решение о создании Якутского отделения ОГ РАН было утверждено 27 февраля 2004 г. на заседании Центрального совета ОГ им. К.И. Скрябина под председательством академика РАСХН А.С. Бессонова.

Якутское отделение ОГ РАН им. К.И. Скрябина состоит из 16 членов – 3 докторов наук, 7 кандидатов наук и 6 научных сотрудников без степени, работающих в ЯНИИСХ, ЯНЦ СО РАМН, ЯГСХА, Институте биологических проблем криолитозоны, ЯСХТ и ЯРВИЛ и проживающих на территории Республики Саха (Якутия). Председателем ЯООГ РАН им. К.И. Скрябина избран д.в.н., профессор Решетников А.Д.

На конференцию 2008 г. поступило 215 научных сообщений от исследователей из научных учреждений Москвы, С-Петербурга, Иванова, Воронежа, Смоленска, Рязани, Кемерово, Дагестана, Башкирии, Калмыкии, Чечни, Якутии и других регионов России, а также из стран СНГ - Белоруссии, Грузии, Казахстана, Киргизии, Таджикистана, Украины. Заслушано 9 пленарных докладов и 19 сообщений.

В представленных на конференцию научных докладах охвачен широкий круг вопросов, касающихся мониторинга эпизоотической и эпиде-

мической ситуации по паразитарным заболеваниям животных и человека, также эпифитотологии заболеваний растений, изучения гельминтофауны и биологии возбудителей, клиники и патогенеза паразитарных болезней. На конференции отмечено, что эпизоотическая, эпидемическая и эпифитотическая обстановка по паразитозам в России и странах СНГ остается напряженной, наблюдается ощутимый экономический и социальный ущерб от этих заболеваний. Это связано со становлением новых форм хозяйствования, активной миграцией населения, недостаточным соблюдением санитарно-гигиенических, ветеринарных норм и требований.

От Якутского отделения ОГ РАН выступили с докладами по паразитарным заболеваниям животных и человека аспиранты ЯНИИСХ О.Д. Апсолихова, А.Р. Мариничева, с.н.с. Института биологических проблем криолитозоны СО РАН В.А. Однокурцев, Е.С. Захаров, к.б.н. А.И. Барашкова.

Научная конференция приняла резолюцию:

– в качестве приоритетных направлений паразитологических исследова-

ний считать разработку эффективных биотехнологических методов диагностики и профилактики болезней, биологических методов борьбы, внедрение новых технологий мониторинга эпизоотической ситуации в рамках Национального проекта по ускоренному развитию АПК, а также эпидемической, эпифитотической обстановки;

– разрабатывать научно обоснованные системы мер профилактики, способствующих улучшению противопаразитарной ситуации и охране внешней среды от загрязнения возбудителями паразитозов с учетом региональных особенностей эпизоотологии и эпидемиологии паразитарных болезней;

– использовать перспективные методы молекулярной биологии, геномной инженерии, клеточной и нанотехнологий для создания современных антипаразитарных препаратов для специфической профилактики и диагностики;

Вести разработку новых лекарственных форм антипаразитарных препаратов, обладающих широким спектром действия, а также мониторинг за развитием резистентности паразитов

к применяемым лекарственным препаратам;

– расширять и укреплять межотраслевые и межрегиональные исследования по общебиологическим, медицинским, ветеринарным и фитосанитарным проблемам борьбы с паразитарными болезнями, с укреплением сотрудничества и тесного взаимодействия биологов, медиков и ветеринаров-паразитологов в профилактике гельминтозоонозов;

– проводить исследования по мониторингу паразитарных болезней в условиях усиления антропогенного воздействия на окружающую среду;

– обращать особое внимание на роль воздействия технологии ведения животноводства и новых форм хозяйствования на паразитофауну животных и растений;

– усиливать пропаганду знаний по различным направлениям паразитологии с использованием современных средств информации;

– совершенствовать подготовку специалистов-паразитологов медицинского, ветеринарного и фитогельминтологического профиля, используя современные достижения науки.

Председатель Якутского отделения ОГ РАН им. К.И. Скрябина, зав. лабораторией ЯНИИСХ СО РАСХН, д.в.н., профессор Решетников А.Д., м.н.с. ЯНЦ СО РАМН Мариничева А.Р.

МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ, РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»

6 июня 2008 г. в соответствии с планом мероприятий ЯНЦ СО РАМН и МЗ Республики Саха проведена межрегиональная конференция онкологов, посвященная «Актуальным вопросам

профилактики, ранней диагностики, лечения рака молочной железы». В работе конференции приняли участие научные работники ЯНЦ СО РАМН, МИ ЯГУ, НИИО Томского НЦ СО

РАМН, РОНЦ РАМН им. Н.Н. Блохина, ГУН ЦИТО им. Н.Н. Приорова (Москва), практические врачи ЯРОД, Республик Тыва, Алтай, Хакассия, Иркутской области и др. На конференции выступили с докладом Л.М. Кагония (Москва), С.А. Коломиец (Томск), Ю.К. Батроев (Иркутск) и др.

Конференция прошла на высоком организационном уровне. Были приглашены специалисты из центральных улусных больниц и крупных медицинских учреждений республики, ответственные за организацию онкологической службы на местах, руководители регионального здравоохранения, ведущих научных учреждений и главные специалисты МЗ.

Программа конференции была насыщенной. Обсуждался широкий круг вопросов: усовершенствование организации маммологической службы;



Открытие конференции. Слева направо: зав. ХТО ЯРОД, внештатный гл. онколог МЗ РС(Я), к.м.н. Ф.Г. Иванова, гл. хирург МЗ РС(Я) к.м.н. Н.П. Степанов, зав. курсом онкологии МИ ЯГУ, д.м.н., проф. П.М. Иванов, гл. врач Томского областного онкодиспансера, к.м.н. С.А. Коломиец, зам. директора ЯНЦ СО РАМН, д.м.н. В.П. Николаев



Докладчик хирург-онколог,
к.м.н. Т.И. Николаева

эпидемиологические аспекты рака молочной железы в разных климато-географических зонах; факторы риска развития рака молочной железы, вопросы профилактики; хирургическое лечение ранних форм рака молочной железы; современное состояние химиотерапии и гормонотерапии рака молочной железы и др.

После всестороннего обсуждения участники межрегиональной конференции приняли РЕКОМЕНДАЦИЮ:

- Органам здравоохранения на местах принять меры по восстановлению профилактических медицинских осмотров населения, формированию групп повышенного риска. Усилить работу, направленную на повышение санитарной культуры населения, самооб-



Участники конференции обсуждают Рекомендацию

разование, пропаганду профилактики злокачественных новообразований в средствах массовой информации.

- В целях обеспечения доступности онкологической помощи выделить ставки врача-онколога независимо от численности обслуживаемого населения и добиться открытия на базе ЦУБ смотровых и онкологических кабинетов.

- Учитывая, что по современным стандартам лечения злокачественных опухолей используются в основном дорогостоящие препараты, главам улусных, городских администраций и главным врачам ЦУБ изыскать допол-

нительный источник финансирования по оплате стоимости химиопрепаратов для проведения курсов химиотерапии по месту жительства.

- Продолжить и расширить научно-исследовательскую работу по актуальным проблемам профилактики, ранней диагностики и эффективного лечения онкологических заболеваний, подготовку высококвалифицированных специалистов путем активного вовлечения практических врачей ЯРОД в научно-исследовательскую работу на базе лаборатории преанцирогенеза и злокачественных опухолей ЯНЦ СО РАМН.

С.н.с. ЯНЦ СО РАМН, к.м.н. Т.И. Николаева.
Фото н.с. В.С. Сивцева

ИЮНЬСКИЕ НАУЧНЫЕ ФОРУМЫ ЯНЦ СО РАМН

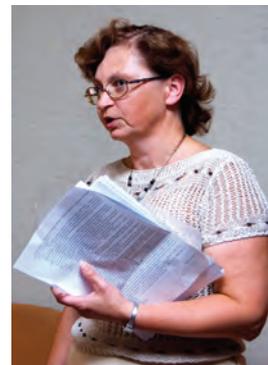
В соответствии с Планом основных мероприятий Сибирского отделения Российской академии медицинских наук на 2008 г. в г. Якутске 20-21 июня 2008 г. состоялись межрегиональная научно-практическая конференция «Сердечно-сосудистая патология в Арктическом регионе: фундаментальные и прикладные аспекты» и I научная сессия Общего собрания Якутского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук «Научно-организационная деятельность Якутского научного центра СО РАМН на этапе становления».

В работе конференции и сессии приняли участие заместитель председателя Сибирского отделения РАМН, директор НИИ клинической иммунологии, академик РАМН В.А. Козлов, директор НИИ терапии, член президиума СО РАМН, чл.-кор. РАМН М.И.

Воевода, заведующий Межведомственной лабораторией эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний, д.м.н., профессор В.В. Гафаров и начальник Отдела координации научных



Директор ЯНЦ СО РАМН, д.м.н., проф. М.И. Томский (слева) и зам. председателя Сибирского отделения РАМН, директор НИИ клинической иммунологии, академик РАМН В.А. Козлов



Выступает начальник Отдела координации научных исследований президиума СО РАМН к.м.н. Л.О. Гаврилова



Открытие работы конференции. В президиуме слева направо: зам. председателя СО РАМН В.А. Козлов, директор ЯНЦ СО РАМН М.И. Томский, министр здравоохранения РС(Я) В.Л. Александров и член президиума СО РАМН М.И. Воевода

исследований президиума СО РАМН, к.м.н. Л.О. Гаврилова.

С приветственным словом к участникам и гостям научно-практической конференции обратился министр здравоохранения Республики Саха (Якутия), д.м.н. В.Л. Александров, который отметил совместную работу медицинских научно-исследовательских учреждений и практического здравоохранения республики по различным аспектам охраны здоровья населения, в том числе по такой актуальной проблеме, как сердечно-сосудистая патология. При этом он подчеркнул давние плодотворные связи Якутии с Сибирским отделением РАМН как в научно-исследовательской работе, так и в подготовке высококвалифицированных кадров.

Работу конференции открыли до-

кладами академик РАМН В.А. Козлов «Клеточные технологии в современной медицине», чл.-кор. РАМН М.И. Воевода «Коренное население Российской Севера и болезни цивилизации» и профессор В.В. Гафаров «Психосоциальные факторы и риск сердечно-сосудистых заболеваний», вызвав большой интерес слушателей. Всего на 2 пленарных заседаниях был прослушан и обсужден 21 доклад по различным аспектам сердечно-сосудистой патологии.

Участники научно-практической конференции приняли резолюцию, которая на наш взгляд, содержательна и интересна тем, что имеет научно-практическую направленность и содержит ряд конкретных мер практического характера по совершенствованию организации кардиологической и ангионеврологической служб,

усилению кардиологической составляющей Республиканской целевой программы «Охрана здоровья населения Республики Саха (Якутия) на 2007-2011 гг.» и т.д.

Вечером 20.06.08 г. руководство президиума

СО РАМН встретилось с Вице-президентом РС (Я) Е.И. Михайловой. На встрече, прошедшей в деловой обстановке, были обсуждены итоги состоявшейся конференции «Сердечно-сосудистая патология в Арктическом регионе: фундаментальные и прикладные аспекты», и подведены итоги работы, проведенной после первой встречи Вице-президента РС(Я) Е.И. Михайловой с руководством президиума СО РАМН от 06.06.07 г. в г. Якутске.

Программа I сессии Общего собрания ЯНЦ СО РАМН включала пленарное заседание, дискуссию, обсуждение докладов и принятие постановления. Пленарное заседание включало 2 блока вопросов: 1) Научно-организационная деятельность ЯНЦ СО РАМН на этапе становления; 2) Программа НИР «Атеросклероз: эпидемиология, этиопатогенез и разработка мер профилактики, диагностики и лечения у жителей Крайнего Севера на примере населения Якутии» на 2009-2012 гг.

На пленарном заседании выступили 9 докладчиков. В дискуссии и обсуждении докладов приняли участие заместитель председателя Сибирского отделения РАМН, академик РАМН В.А. Козлов, чл.-корр. РАМН М.И. Воевода и начальник Отдела координации научных исследований, к.м.н. Л.О. Гаврилова. Они отметили достаточно большой задел в выполнении НИР по атеросклерозу, внесли ряд уточнений, дополнений и предложений по эффективной реализации программы.

С заключительным словом выступил заместитель председателя Сибирского отделения РАМН, академик РАМН В.А. Козлов.

По итогам обсуждения докладов и с учетом внесенных поправок I научная сессия Общего собрания ЯНЦ СО РАМН приняла Постановление.

Два больших научных форума ЯНЦ СО РАМН завершились национальным праздником Ысыах. Академик РАМН В.А. Козлов, чл.-кор. РАМН М.И. Воевода, профессор В.В. Гафаров и начальник Отдела координации научных исследований Л.О. Гаврилова

стали почетными гостями праздника, организованного работниками ЯНЦ СО РАМН.

Зам. директора ЯНЦ СО РАМН, д.м.н. В.П. Николаев



Директор НИИ терапии, чл.-кор. РАМН М.И. Воевода (первый слева), зам. председателя СО РАМН, академик РАМН В.А. Козлов во время встречи с Вице-президентом РС(Я) Е.И. Михайловой



РЕЗОЛЮЦИЯ

межрегиональной научно-практической конференции «Сердечно-сосудистая патология в Арктическом регионе России: фундаментальные и прикладные аспекты»

20 июня 2008 г.

г. Якутск

Участники межрегиональной научно-практической конференции «Сердечно-сосудистая патология в Арктическом регионе России: фундаментальные и прикладные аспекты», состоявшейся 20 июня 2008 г. в г. Якутске при участии академика РАМН, зам. председателя президиума СО РАМН, директора НИИ клинической иммунологии В.А. Козлова, ведущих ученых НИИ терапии СО РАМН (г. Новосибирск) и ведущих специалистов в области сердечно-сосудистой патологии Республики Саха (Якутия), заслушав и обсудив доклады и выступления, принимают следующую резолюцию:

1. Констатировать, что сердечно-сосудистые заболевания в Якутии, так же, как и в целом по России, являются лидирующей причиной смертности и инвалидизации лиц трудоспособного возраста.

2. Отметить положительный опыт здравоохранения Республики Саха (Якутия): принятие решения о создании с января 2009 г. Регионального сосудистого центра для лечения больных с мозговым инсультом и острым инфарктом миокарда, включая проведение экстренной ангиопластики боль-

ным с острым коронарным синдромом на базе РБ№2-ЦЭМП, Кардиологического диспансера РБ№1-НЦМ.

3. Продолжить и расширить консолидацию научного потенциала медицинских научно-исследовательских, образовательных и лечебно-профилактических учреждений республики в целях повышения эффективности совместных прикладных и фундаментальных научно-исследовательских работ по снижению смертности населения от болезней системы кровообращения и внедрения их результатов в практическое здравоохранение.

4. Расширить проведение научно-исследовательских работ по изучению особенностей патогенетических механизмов сердечно-сосудистой патологии (биохимические, иммунологические, генетические), совершенствованию методов их диагностики и комплексного лечения на базе РБ№1-НЦМ МЗ РС (Я).

5. Выйти с ходатайством в Министерство здравоохранения РС (Я): 1) разработать подпрограмму «Пути снижения смертности от сердечно-сосудистой патологии» (обеспечение доступности и дальнейшее совершенствование оказания высокотехнологической медицинской помощи

больным с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, дальнейшее развитие кардиологической и ангионеврологической служб, в том числе открытие реабилитационных центров) и включить с 2009 г. в Республиканскую целевую программу «Охрана здоровья населения Республики Саха (Якутия) на 2007-2011 гг.»; 2) ввести в формы отчетности ЛПУ графу этнической принадлежности обследуемых, пациентов и умерших.

6. Совершенствовать формы и методы работы общественных школ здоровья по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в республике с привлечением учреждений и организаций образования, социальной сферы и культуры с учетом этно-социальных и социально-экономических особенностей территорий.

7. Создать систему непрерывного мониторинга сердечно-сосудистой заболеваемости в Республике Саха (Якутия) и внедрение новых технологий лечения больных с сердечно-сосудистой патологией.

8. Проводить ежегодные научно-практические конференции по сердечно-сосудистой патологии на республиканском, региональном и российском уровнях.

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

I научной сессии Общего собрания Якутского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук «Научно-организационная деятельность Якутского научного центра СО РАМН на этапе становления»

Якутский научный центр РАМН и Правительства Республики Саха (Якутия) был создан в 2002 г. в соответствии с практикой создания периферийных научных структур под методическим руководством РАМН как самофинансируемых региональных центров РАМН и включен в состав Отделения клинической медицины при научно-методической курации другими профильными отделениями академии (медико-биологических наук, профилактической медицины).

Структура ЯНЦ РАМН была представлена: дирекция, административно-хозяйственная часть, научно-организационный отдел, 4 научно-исследовательских

составе которых 13 научных лабораторий. Общая штатная численность 134 единицы.

Основными направлениями НИР ЯНЦ РАМН в 2002-2006 гг. были:

- генетико-эпидемиологические и молекулярно-генетические исследования врожденной патологии, наследственных и мультифакториальных болезней среди населения РС (Я);

- биохимические и иммунологические исследования молекулярных и клеточных механизмов гомеостаза в условиях Арктического региона;

- экология и здоровье населения: разработка методов профилактики, диагностики, мониторинга и лечения наиболее распространенных неин-

фекционных заболеваний;

- состояние здоровья работающего населения и профилактика профессиональных заболеваний;

- клинико-патогенетическое изучение особенностей холодовой травмы в условиях Якутии.

Всего в 2002-2005 гг. выполнялось 25 тем НИР. В этот период ЯНЦ РАМН и Правительства Республики Саха (Якутия) была выполнена большая научно-организационная работа. Было проведено 5 научно-практических конференций, по результатам научных исследований опубликовано 6 монографий, 17 учебных пособий, 7 методических рекомендаций. В 2003 г. было учреждено научно-практическое

издание «Якутский медицинский журнал».

В связи с оптимизацией структуры научно-исследовательских учреждений РФ в 2007 г. ЯНЦ РАМН и Правительства Республики Саха (Якутия) был передан в ведомственное подчинение СО РАМН. Следует подчеркнуть, что благодаря четкой работе президиума СО РАМН передача учреждения была произведена в кратчайшие сроки и безболезненно. Было сохранено прежнее штатное расписание центра, более того объем финансирования ЯНЦ СО РАМН на 2007 г. по сравнению с 2006 г. увеличился на 9,0 млн. руб. (39,2 %).

Структура ЯНЦ СО РАМН в целом сохранилась, но в соответствии с основными направлениями НИР был внесен ряд изменений: дирекция, административно-хозяйственная часть, научно-организационный и информационно-издательский отдел, 3 научно-исследовательских отдела: эпидемиологии хронических неинфекционных заболеваний; изучения механизмов адаптации; молекулярной генетики, в составе которых 13 научных лабораторий. Общая штатная численность 134 единицы, в том числе 69 исследователей.

Основные научные направления ГУ ЯНЦ СО РАМН утверждены в его Уставе (постановление президиума СО РАМН от 16.03.07 г. №27, протокол 3/2):

- изучение фундаментальных механизмов адаптации и формирования патологии, влияния низких температур на организм человека в условиях Крайнего Севера и разработка эффективных методов профилактики и сохранения здоровья;

- изучение медико-социальных, клинико-патогенетических аспектов экологически обусловленных, профессиональных и наиболее распространенных заболеваний в Республике Саха (Якутия) и разработка методов профилактики, диагностики, мониторинга и лечения;

- генетико-демографические и молекулярно-генетические исследования врожденной патологии, наследственных и мультифакториальных болезней среди населения Республики Саха (Якутия), разработка новых методов генодиагностики, профилактики и лечения.

В 2007-2008 гг. ЯНЦ СО РАМН выполняет 4 программы НИР, утвержденные президиумом СО РАМН 20.06.07 г. (прот. №5, п.20): «Атеросклероз: эпидемиология, этиопатогенез и разра-

ботка мер профилактики, диагностики и лечения у жителей Крайнего Севера на примере населения Якутии»; «Распространенность онкопатологии и выявление риска ее развития, установление патогенетических основ индивидуальной чувствительности к противоопухолевым препаратам у больных в зависимости от этнической принадлежности»; «Генетическая эпидемиология моногенных и широко распространенных заболеваний в этнотерриториальных группах населения Республики Саха (Якутия)»; «Нейроиммунные и эндокринные механизмы нарушений соматического, психосоматического и репродуктивного здоровья подростков Республики Саха (Якутия)».

Следует отметить, что ряд положений учредительных документов (Указ Президента РС (Я) и постановление Правительства РС (Я), в частности вхождение Института здоровья АН РС (Я) и Якутского НИИ туберкулеза МЗ РС (Я) в состав ЯНЦ РАМН и Правительства РС (Я) в качестве структурных подразделений, не были выполнены в 2002 и в последующие годы. Основной причиной этого была различная ведомственная принадлежность данных учреждений.

В настоящее время необходимость сосредоточения сил и средств медицинских научно-исследовательских учреждений республики для решения актуальных проблем охраны здоровья населения на основе рационального использования материально-технического и кадрового потенциала, особенно его высококвалифицированного состава, становится очевидной.

В Якутии фундаментальные исследования региональных особенностей атеросклероза проводились единично и в ограниченных выборках, касаясь лишь некоторых его аспектов.

Так, эпидемиологические исследования атеросклероза аорты и коронарных артерий на основе изучения патологоанатомических материалов с интервалом в 20 лет (первое исследование в 1965-1968 гг., второе и третье – в 1985-1989 и 2001-2003 гг.) дали возможность наиболее полно выявить особенности развития атеросклероза в коренной и некоренной популяциях. В последние годы отмечено значительное увеличение распространенности атеросклероза сосудов у якутов. Установлено, что распространенность атеросклероза является достаточно динамичным показателем, причем существенные изменения темпов его развития на популяционном уровне

могут происходить уже на протяжении жизни одного поколения, т.е. за 20-25 лет. При этом атеросклеротический процесс у человека характеризуется как прогрессированием, так и регрессированием, что предполагает возможность воздействия на его течение путем влияния на различные факторы риска ИБС и атеросклероза.

Одним из подходов к изучению наследственной предрасположенности к сердечно-сосудистым заболеваниям является исследование ассоциаций полиморфных маркеров генов-кандидатов с риском заболевания в различных этнических группах. Отсутствие ассоциаций в некоторых этнических группах, ранее обнаруженных у других народностей, вероятно, может объясняться особенностями генетической структуры данных этнических групп или отсутствием у них «провоцирующих» факторов риска.

В последние годы особое значение приобрела воспалительная теория атерогенеза. Признаки локального неспецифического воспалительного процесса при атеросклерозе прослеживаются с самых ранних стадий развития поражения стенки сосуда до момента дестабилизации и повреждения атеросклеротической бляшки.

Установлено, что воспаление эндотелия сосудистой стенки стимулирует экспрессию адгезивных молекул для активированных лейкоцитов и тромбоцитов, вызывает инфильтрацию сосудистой стенки воспалительными клетками, тем самым оказывает влияние на факторы свертывания, вызывающие тромбоз как артериальных, так и венозных сосудов.

Одним из важных патогенетических факторов развития атеросклероза является нарушение липидного и белкового обмена, усиление перекисного окисления липидов и ослабление антиоксидантной защиты организма. Атерогенное значение имеет не столько абсолютное содержание общего холестерина, сколько соотношение фракций холестерина, входящего в структуру соответствующих фракций липопротеидов (ХС ЛПВП, ХС ЛПНП и ХС ЛПОНП и др.).

Значительное увеличение распространенности атеросклероза в сосудах у якутов, увеличение заболеваемости коренного населения инфарктом миокарда и инсультом и смертности от них с явной тенденцией к «омоложению» в большей мере обусловлено интенсивным промышленным и социально-экономическим освоением Якутии и тесно связанными с ним процессами

адаптации аборигенов Крайнего Севера к быстрым изменениям традиций, образа жизни, питания и экологии северных территорий.

В связи с этим комплексный подход в изучении фундаментальных основ этиологии и патогенеза сердечно-сосудистых заболеваний является бесспорным. Это предполагает проведение исследований, которые позволят установить более полную характеристику атеросклеротических поражений на основе гистометрических, морфологических показателей, проведение патофизиологических, биохимических, иммунологических, генетических исследований, изучение особенностей клинических проявлений и течения сердечно-сосудистых заболеваний.

На основе этих исследований будет создана система мониторинга атеросклероза и связанных с ним сердечно-сосудистых заболеваний в популяциях Республики Саха (Якутия). Исследования будут проведены в соответствии с унифицированными, стандартными программами, имеющими единые критерии диагностики и методику работы для сравнения результатов между центрами.

В связи с этим Якутским научным центром СО РАМН программа НИР «Атеросклероз: эпидемиология, этиопатогенез и разработка мер профилактики, диагностики и лечения у жителей Крайнего Севера на примере населения Якутии», утвержденная Президиумом СО РАМН 20.06.07 г. (прот. № 5, п. 20), пролонгирована и подана в президиум СО РАМН на 2009-2012 г. в рамках выполнения «Плана фундаментальных научных исследований РАМН на 2008-2012 гг. и ассигнования из федерального бюджета на его реализацию», утвержденного Распоряжением Правительства РФ от 27.02.08 г. № 233-р, по следующему направлению фундаментальных исследований:

- п. 11. Изучение закономерностей и механизмов влияния окружающей и производственной среды (климато-географические, территориальные, экологические, антропогенные, производственные факторы) и условий жизнедеятельности на состояние здоровья и качество жизни населения России и разработка основ государственной политики в целях профилактики, сохранения и укрепления здоровья населения;

- п.п. 8. Разработка научных основ профилактики социально значимых заболеваний человека с учетом региональных особенностей.

Соисполнителями программы являются ГУ НИИ терапии СО РАМН, ГУ НИИ клинической иммунологии СО РАМН, ГУ НИИ физиологии СО РАМН, ГОУ ВПО Якутский госуниверситет им. М.К. Аммосова.

Научными консультантами программы выступают: академики РАМН Труфакин В.А. и Козлов В.А., член-корр. РАМН Воевода М.И., д.б.н., профессор Хуснутдинова Э.К., д.м.н., профессор Николаева Т.Я.

В результате получения новых знаний по этиопатогенезу атеросклероза и связанных с ним сердечно-сосудистых заболеваний в популяциях Республики Саха (Якутия), позволяющих разработать современные подходы к формированию групп риска и их характеристике, будут усовершенствованы применяемые и разработаны новые медико-социальные меры их эффективной профилактики.

Сессия Общего собрания Якутского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук

ПОСТАНОВЛЯЕТ:

I. Считать, что Якутским научным центром СО РАМН в период 2007-2008 гг. совместно с президиумом и научно-исследовательскими структурами СО РАМН выполнена определенная научно-организационная и научно-методическая работа по оптимизации структуры и разработке основных направлений научно-исследовательской деятельности и программ НИР ЯНЦ СО РАМН.

I.1. ЯНЦ СО РАМН в целях оптимального и эффективного решения научно-организационных, научно-методических и других вопросов совместной работы подготовить Соглашение о взаимодействии и сотрудничестве между Республикой Саха (Якутия) и Сибирским отделением Российской академии медицинских наук.

Срок: X-XI.2008 г.

I.2. ЯНЦ СО РАМН в рамках выполнения «Плана фундаментальных научных исследований РАМН на 2008-2012 гг. и ассигнования из федерального бюджета на его реализацию», утвержденного Распоряжением Правительства РФ от 27.02.08 г. № 233-р:

- провести оптимизацию деятельности центра с максимальным укомплектованием научно-исследовательских подразделений постоянными сотрудниками;

- провести техническую модернизацию приборного обеспечения научно-исследовательских лабораторий;

- продолжить и расширить практику подготовки высококвалифицированных научных кадров на базе научно-исследовательских учреждений СО РАМН и других российских и зарубежных учреждений;

- в 2008-2012 гг. провести работу по изучению возможности создания клиники ЯНЦ СО РАМН в целях эффективного выполнения программ НИР;

- проводить постоянно работу на уровне Правительства Республики Саха (Якутия), президиума СО РАМН и РАМН по изысканию возможности строительства здания ЯНЦ СО РАМН в г. Якутске.

I.3. Активизировать работу по участию в выполнении грантов различных программ, НИОКР, проводимых по государственному заказу министерств и ведомств республики, изысканию других внебюджетных источников финансирования и по осуществлению международного научного сотрудничества.

I.4. ЯНЦ СО РАМН как подведомственному НИУ Сибирского отделения РАМН в регионе Крайнего Севера рекомендовать выполнение функции научного центра по консолидации медицинского научного потенциала и координации проведения НИР по актуальным для республики медико-биологическим проблемам в рамках выполнения фундаментальных программ НИР, утвержденных правительством РФ.

II. Считать, что программа НИР «Атеросклероз: эпидемиология, этиопатогенез и разработка мер профилактики, диагностики и лечения у жителей Крайнего Севера на примере населения Якутии» по актуальности, научной новизне и научно-практической значимости ожидаемых результатов является одним из приоритетных направлений фундаментальных научно-исследовательских работ ЯНЦ СО РАМН на 2008-2012 гг.

II.1. В целях достижения должной интеграции научно-исследовательских подразделений и повышения достоверности результатов исследования все задачи программы целесообразно выполнять на едином массиве материалов.

II.2. В целях получения достоверных результатов провести сопоставление данных «Регистра инфаркта миокарда», «Регистра инсульта», «Регистра общей смертности», «Канцер-регистра».

II.3. В программе усилить изучение этногенетического аспекта этиопатогенеза атеросклероза и сердечно-со-

судистых заболеваний в сопоставлении с психосоциальными факторами риска.

II.4. В рамках выполнения программы повысить научную результативность в соответствии с индикаторами,

утвержденными постановлением 26-й научной сессии Общего собрания СО РАМН от 14.12.07 г.

III. Опубликовать материалы, представленные на сессии, в виде статей в «Якутском медицинском журнале»

и «Бюллетене Сибирского отделения РАМН».

IV. Контроль за выполнением постановления возложить на заместителя директора по научной работе ГУ ЯНЦ СО РАМН, д.м.н. В.П. Николаева.

“ДЕТИ АЗИИ” ПОД ПРИСМОТРОМ МЕДИКОВ

Этим летом в Якутск съехались юные спортсмены из 16 стран ближнего и дальнего зарубежья, многих регионов Российской Федерации. IV международные спортивные игры «Дети Азии», прошедшие 3-12 июля с.г. под патронажем Международного олимпийского комитета, стали первыми серьезными спортивными стартами для тысяч детей.

А еще они подтвердили необходимость целенаправленной работы по сохранению и укреплению здоровья детей.

Потенциал медицинского обеспечения Игр «Дети Азии» в городах Якутск, Мирный и Нерюнгри, где проходили соревнования, составил 24 медицинских пункта и более 100 медицинских работников, в том числе бригада Центра медицины катастроф и дополнительная бригада «03». Они оказывали все виды медицинской помощи. К каждому медпункту была прикреплена территориальная поликлиника. Руководил работой медицинских служб оперативный штаб, возглавляемый заместителем министра здравоохранения Людмилой Вербицкой.

Всего за десять дней Игр медицинскими работниками принято и обслужено более 2 тысяч различного характера обращений, бригадами «Скорой медицинской помощи» обслужено 87 вызовов (спортсмены, тренеры, участники культурной программы и обслуживающий персонал). Только в местах проживания участников Игр в сутки медицинскими работниками зафиксировано около 100 обращений.

– Растяжения, ушибы, переломы и вывихи – обычное явление во многих видах спорта, - говорит главный внештатный травматолог Минздрава республики Данил Кобяков, дежуривший все дни проведения Игр на одном из спортивных объектов, где проходили

соревнования по вольной борьбе и дзюдо.

Думается, немаловажную роль сыграло то, насколько серьезным был подход к подготовке медицинских работников. Еще задолго до самих соревнований Республиканский центр лечебной физкультуры и спортивной медицины Министерства здравоохранения провел несколько семинаров с

ского государственного университета, спортивные врачи, педагоги, зарубежные гости. Большой интерес вызвали выступления гостей из Москвы, Краснодарского края, Новосибирска, Омска, - говорит ответсекретарь конференции, к.м.н., доцент Медицинского института ЯГУ Светлана Винокурова.

По материалам конференции в Якутске в дни проведения Игр выпущен

сборник, куда вошли научные статьи ведущих зарубежных и российских ученых, специалистов в области физической культуры и спорта.

Вот несколько цифр из предисловия к книге:

- 2004–2006 годы в республике были объявлены годами детского спорта и здоровья
- В республике работает 3541 штатный физкультурный работник
- В 59 спортивных школах занимается

33101 воспитанник по 36 видам спорта

- Работают 323 детских физкультурно-оздоровительных клуба

- 95 образовательных учреждений работает по проекту «Формирование здорового образа жизни»

- В республике ежегодно проводится конкурс на Грант Министерства образования «Школа – территория здоровья»

- В 2007 году приобретено 33 школьных медицинских кабинета, в 2008 – медицинские кабинеты на 20 млн. рублей направлены в муниципальные районы

- Для детей, освобожденных от уроков физкультуры по различным медицинским показаниям, организуются занятия в специальных медицинских группах.

Сама подготовка к Играм, в том числе и состояние медицинского обеспе-



целью повышения квалификации медицинских работников. Здесь постоянно повышают уровень врачей центра, работают с командными врачами, большое внимание уделяют проведению мониторинга состояния здоровья детей, занимающихся спортом.

Очень символично, что с участием студентов и школьников в рамках Игр прошла вторая Международная научно-практическая конференция «Физическая культура и детско-юношеский спорт в современных условиях: идея, духовность, воспитание».

Работала конференция по нескольким секциям, на одной из них были обсуждены вопросы медицинского обеспечения подготовки юных спортсменов. В ее работе приняли участие ученые, практические врачи, сотрудники Якутского научного центра СО РАМН, Медицинского института Якут-

чения, были оценены и участниками и гостями Игр очень высоко.

О влиянии занятий спортом на здоровье детей тренеры, врачи, родители, да и сами ребята, участники соревнований, отзывались только положительно.

Исполнительный директор Федерации дзюдо Республики Саха (Якутия) Владимир Капелевич считает, что дзюдо прежде всего воспитывает уважение к старшим, к человеку вообще. Каждый поединок начинается с поклона, в котором спортсмен выражает уважение к сопернику. А в плане физического развития в дзюдо работают все без исключения мышцы тела, что очень полезно для растущего организма. Этот вид спорта очень гармоничен сам и воспитывает гармоничную личность.

Виктор и Ольга Паршины, родители члена сборной нашей республики по баскетболу Юрия Паршина, уверены, что занятия спортом вообще дают хорошую физическую подготовку, воспитывают выносливость, уверенность в



себе, самостоятельность, подтягивают во всех отношениях. Благодаря регулярным и напряженным тренировкам Юра хорошо ориентируется во времени, поэтому его особо даже не приходится контролировать в плане режима дня.

– На наш взгляд, спорт воспитывает выносливость, дети стали более дисциплинированными, организованными, более живыми. Дочь занимается волейболом, сын – баскетболом.

себе, самостоятельность, подтягивают во всех отношениях. Благодаря регулярным и напряженным тренировкам Юра хорошо ориентируется во времени, поэтому его особо даже не приходится контролировать в плане режима дня.

– На закрытии IV международных спортивных игр «Дети Азии» было объявлено, что и пятые Игры тоже решено проводить в Якутске, так что готовиться к ним будут не только юные спортсмены и их тренеры, но и медики, потому что главная задача взрослых – это сохранение и укрепление здоровья детей.

Пресс-секретарь Министерства здравоохранения РС(Я) З.Н. ИГНАТЬЕВА

СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ

П. Мионов

ЯКУТСКИЕ СТРАНИЦЫ*

5. У озера Алысардах
Подходил к концу второй год моей работы в Оймяконе. Я уже более или менее понимал якутскую речь, сам мог по-якутски сказать самое необходимое и, выезжая к больным, уже не брал с собой переводчика.

Частые выезды в отдаленные пункты Оймяконского района сдружили меня с тайгой. Я познал ее суровые законы, научился ориентироваться, свободно держаться в седле и владеть ружьем, что необходимо было не только на случай встречи со зверем, но иногда и с человеком, так как в оймяконской тайге легко можно было натолкнуться на опасных и коварных уголовников, бежавших из исправительных лагерей.

Как-то я услышал, что где-то в районе озера Алысардах, что находится более чем в двухстах километрах от Оймякона, имеется горячий источник. Иногда якуты им пользовались в лечебных целях. Конечно, мне очень захотелось побывать там, и я стал договариваться о поездке с несколькими своими больными – любителями охоты.

Мои приготовления к этой поездке велись исподволь, но когда я узнал, что несколько лет назад один фельдшер ездил на озеро с группой больных, страдающих суставным ревматизмом, и они вернулись почти здоровыми, сборы в дорогу сразу же ускорились.

Конь, принадлежавший больнице, гулял на болоте вблизи юрты. Стоило мне выйти из помещения, как он направил в мою сторону уши. За эту особенность его прозвали Ушастиком.

Когда я протянул руку в его сторону, он стремглав понесся ко мне в надежде получить очередную порцию якутской лепешки.

Ранним августовским утром с добрыми пожеланиями провожали меня в путь мои помощники и некоторые больные. Тяжелых в этот период в стационаре не было, а с легкими больными могли успешно справиться фельдшерица и медсестры – за эти два года они многому научились.

Мне прежде всего надо было ехать к Илье Слепцову, по прозвищу Кыптыкы (ножницы), который жил по соседству с райсоветом и охотно согласился сопровождать меня в поездке на озеро Алысардах.

Еще издали заметил я поджидавшего меня Илью. Его маленький рост, сухопарость и кривые тонкие ноги выдавали в нем прирожденного всадника.

Продолжение. * Начало см. в ЯМЖ №2 2008 г.

Прикрывая ладонью от солнца пораженные трахомой глаза, он внимательно смотрел на меня. Когда я подъехал к нему, он, не отвечая на мое приветствие, молча и проворно, несмотря на свои семьдесят лет, вскочил в седло и, не дотрагиваясь до поводьев, одними ногами направил своего коня в сторону предстоящей дороги.

Наши добрые кони, бодро перебирая ногами, звучно шлепали по болотистой тропе. Мы уже были в накомарниках, так как мириады висящих в воздухе комаров сразу же накнулись на нас. Некоторые все же сумели пробраться под сетку и беспощадно допекли меня: лезли в нос, глаза, уши. Илья, наблюдая за моей войной с комарами, не решался начинать дорожную беседу.

– Скажи, Илья, как давно ты живешь возле райсовета? – спросил я его.

Илья улыбнулся, немного выждал и ответил:

– Не я живу возле райсовета, а райсовет живет возле меня.

Мы оба громко засмеялись – правда ведь: Илья родился в этой юрте за сорок семь лет до провозглашения Советской власти.

Через полчаса пути мы находились у юрты нашего третьего спутника, Ивана Винокурова.

Высоко и легко он поднял с земли тяжелую на вид переметную суму и плавно опустил ее на спину коня. Все движения Ивана были медлительны и степенны, в его слегка сгорбленной фигуре чувствовалась недюжинная сила. Под стать хозяину выглядела и лошадь. Крупный белый конь до поры будто дремал, никак не реагируя на приторочку к седлу переметной сумы. Но стоило Ивану забраться в седло и взять в руки поводья, как конь мгновенно ожил. Всаднику то и дело приходилось сдерживать его ретивость.

Теперь наш путь лежал к Константину Винокурову, проживавшему в семи километрах от райцентра. Здесь, у озера, он жил с пятью сыновьями, невестками и внушительным выводком внучат. Константин слыл одним из лучших охотников района. Оймяконцы с завистью рассказывали, как он в одну весеннюю ночь убил сто пятнадцать турпанов. Увезти домой этих крупных уток ему удалось лишь с помощью вола, впряженного в нарты.

Константину Винокурову, как и его однофамильцу Ивану, перевалило за семьдесят лет. Знакомство с ним много дало мне в смысле познания жизни якутской тайги. Терпеливо учил он меня своим охотничьим навыкам.

Помню, как в нашу первую охотничью прогулку Константин, обратив внимание на мой порванный камус, предложил зайти в пустующую юрту, находившуюся немного в стороне от нашего пути. Не успел я перешагнуть ее порог, как он уже разжег камелек и приступил к ремонту моей одежды. В его походной сумке были и шило, и оленьи сухожилия, заменяющие нитки. Покидая тогда юрту, Константин подумал о тех, кто зайдет в нее после нас, и оставил на столе табак, а мне предложил «забыть» немного сахара и консервов, сказав при этом:

– Сделанное тобой добро не пропадет. Оно, как посеянное зерно, умножится.

И вот мы добрались до его жилья: показалась юрта, одиноко стоящая на берегу небольшого, заросшего травой озера. С шумом взлетел с него выводок уток. Сделав небольшой круг, стая, не обращая внимания на выбежавших из юрты ребятишек, опустилась вновь на воду. Было нетрудно догадаться, что это утки местного гнездования, привыкшие к людям и крепко оберегаемые ими.

Мы еще не слезли с коней, а уже услышали от ребят:

– Дедушка нет домой!

Константин на рассвете отправился в тайгу за лошадью, да вот все не возвращался. В юрте две молодые женщины – невестки Константина – хлопотали у камелька, а их сыновья грудного возраста молча лежали голенькими на постели и взмахивали ручонками, как птенцы крыльями.

Мои спутники густо чадили из трубок, набитых листовым табаком, поминутно сплевывая на земляной пол. Их примеру следовали и женщины. Тогда здесь еще не было принято оберегать детей от табачного дыма. Тем более что женщины курили трубки наравне с мужчинами. Нередко случалось и так, что ребенка с грудного возраста приучали к курению.

В ожидании хозяина прошло больше часа. Он вернулся усталым и немного расстроенным – долго искал коня, уже на обратном пути случайно набрел на него, едва живого, запутавшегося в волосистой веревке, с которой был пущен в тайгу.

Пока он не спеша рассказывал о своих поисках, молодые хозяйки успели приготовить для нас угощение. На огромном подносе лежали большие куски свежееваренного мяса, слегка парившие, и горка якутских лепешек. Усвоив якутское правило, что ждать приглашения к столу неприлично, я вместе с другими принялся за еду. Взяв

увесистый кусок мяса в левую руку, а в правую – острый якутский нож, я стал действовать им, как заправский старожил: не глядя отрезал почти у самого своего носа куски крепко схваченной зубами свежатины.

Обильный обед закончился общим курением табака. Густой дым, как плотный туман, повис в юрте. Я еще раз с сочувствием взглянул на молчавших младенцев. А выходя вместе с Константином из юрты, не утерпел и спросил:

– Почему ребятишки молчат?

– У нас кричит ребенок накормленный, – ответил Константин. – А голодный молчит. Ждет еды!

Позже я узнал, что в якутских семьях укоренился своеобразный метод воспитания детей. Якутская мать никогда не подходит к плачущему ребенку, чтобы его накормить, и поэтому не удивительно, что у него вырабатывается своего рода рефлекс ждать кормления молча.

...На пикете в Сордонохе к нашей компании должен был примкнуть Василий Амосов. Этот дальний потомок политического ссыльного страдал тяжелым, часто обострявшимся радикулитом. Больницу он посещал исправно, но перепробованные мной различные способы лечения не приносили ему облегчения. По-русски изъясняться не умел, но свободно понимал русскую речь. Его густые темные брови над слегка раскосыми черными глазами и римский нос придавали лицу особую выразительность. Он и в холода ходил с непокрытой головой – головной убор ему заменяла густая выщаящая шевелюра.

Амосов слыл мастером на все руки. Он прекрасно владел резьбой по слоновой и моржовой кости, был известным кузнецом. Его якутский нож собственного изготовления с наборной ручкой из слоновой кости высоко ценился среди населения района.

Мы заночевали в его просторной и чистой юрте. Никого из многочисленного его семейства не было видно. Таков здесь обычай: гостям не мешать.

Утром, когда наших лошадей вернули с пастбища, я обратил внимание на одну примечательную особенность: седловка моей лошади, как и устройство переметных сумок, была выполнена точно так же, как я сделал это накануне сам. Якуты обладают исключительно редкой наблюдательностью. Стоит им только раз взглянуть на что-нибудь – и они, подобно фотоаппарату, в точности воспроизведут все до мельчайших подробностей.

Застав лошадь на том же месте, где вчера ее привязал, да так же экипированную, с прикрепленным к седлу ружьем по придуманному мною самим способу, я на миг даже усомнился, освобождали ли ее от сбруи и вообще пускали ли на ночь пастись.

Последним перед озером был населенный пункт Кубалах. В одной из четырех здешних юрт, самой маленькой, с земляным полом и грязными тряпками вместо стекол в окнах, нас дождался одиноко живший якут Афоня Колодезников. Его считали человеком состоятельным и большим силачом. Сухощавое лицо при ширококостной фигуре придавало ему чудаковатый вид.

Афоня предложил нам взять с собой в дорогу двухлетнего телка, чтоб забить его у источника и иметь в нашем рационе свежее мясо. Когда наша кавалькада двинулась дальше в последний семидесятикилометровый переход, обреченный телок, словно предчувствуя свою участь, с неохотой следовал за нами, привязанный к хвосту Афоного коня.

Наш путь пролегал по гористой нетронутой тайге. А единственную тропу знал хорошо лишь Афоня. Три года назад он подлечивал у источника на озере Алысардах свои больные суставы.

Дорога была на редкость тяжелой: крутые подъемы и опасные спуски по топкой, болотистой местности.

На следующий день, когда мы поднялись на одну из возвышенностей, перед нами во всей красе открылась чудесная панорама большого озера. На берегу его виднелся дом русского типа с какими-то подсобными пристройками.

Наша группа, состоящая из шести всадников и телка, приближалась к озеру с восточной стороны, где поблескивало много мелких травянистых водоемов. Мое внимание сразу же было приковано к дичи, которой они изобиловали. Создавалось впечатление, что перед нами раскинулась заправская птицеферма.

Продолжая путь к лечебному источнику, мы ехали по болотистой равнине, переходящей в распадок, а потом стали подниматься в гору по небольшой расщелине. Зеленую растительность, пышную, как добротный ковер, вскоре сменила жесткая пожелтевшая трава, напоминавшая стерню с плешинками. Ощущался запах сероводорода. Чем выше мы поднимались, тем он становился резче, неприятнее.

Сероводородный источник бил из

скалы на высоте примерно в пятьсот метров над уровнем озера. Температура воды в нем доходила до тридцати девяти градусов выше нуля.

У самого источника на горном полусклоне примостилось маленькое рубленое строение. Оно было без кровли, но с камельком, выложенным из дикого камня. Вековые лиственницы, буйный стланник придавали окрестности на редкость живописный вид.

Привязав лошадей на короткую выстойку, мы занялись хозяйственными делами: одни стали натягивать прихваченную с собой палатку, другие взялись за заготовку дров для костра. Я отправился вскоре знакомиться с окрестностями. Стоило мне сделать несколько шагов в сторону, как в стланнике поднял выводок куропадок. Еще несколько шагов – тетерева и глухари, сновавшие по веткам лиственниц белки. Несколько раз наткнулся на свежие медвежьи следы.

Вернувшись к нашему стойбищу, я был озадачен встревоженными лицами ожидавших меня спутников. Илья взволнованно сообщил мне, что, отправившись с ведром по воду, он на другой стороне склона увидел дым от костра. А так как экспедиций в этих местах сейчас никаких нет, значит, огонь мог развести только какой-нибудь беглец из лагеря.

Посоветовавшись, мы вновь оседлали неостывших лошадей и, оставив у источника одного Амосова, отправились в тайгу на разведку. Когда мы подъехали к тому месту, откуда Илья заметил дым костра, оказалось, что костер уже погас. Тогда мы решили взять курс на противоположный склон горы и стали подниматься по распадку вверх. Илья с Константином ехали по левому гребню распадка в полукилометре от меня, а Афоня с Иваном – по правому. Условились, что выстрел будет сигналом тревоги и по нему спешить туда, откуда он раздастся.

Взбираясь вверх по обрывистой ложине, я временами останавливался и прислушивался, старательно рассматривал все впереди. Но густая растительность очень ограничивала обзор. Двустволка, крепко зажата в руках, со взведенными курками, лишь усиливала тревогу. Шумные взлеты дичи заставляли меня часто вздрагивать, мое волнение передавалось и лошади. Ушастик шагал медленно и осторожно, словно тоже рассматривал все впереди. Преодолевая завалы сухого валежника, густые заросли кустарников, я медленно поднимался вверх. Раститель-

ность становилась мельче, скуднее, обозревать местность было уже легче. Временами мне даже удавалось разглядеть то одну, то другую пару моих посланных в обход спутников. Но это случалось лишь на миг. Вдруг какое-то едва уловимое движение возле корневища сваленной ветром лиственницы привлекло мое внимание. Придержав лошадь, я с затаенным дыханием стал всматриваться в это место. Спустя минуту мне показалось, что корни дерева шевелятся, меняют форму: то похожи на ветвистые рога оленя, то на поднявшегося на задние лапы медведя.

Это заставило меня спешиться. Крадучись, как на охоте, приближался я к сваленной лиственнице.

Кругом тишина гробовая. Из-за этого чмокание копыт следовавшего за мной коня раздавалось звонче, особенно когда Ушастик с усилием выдерживал ноги из топкой почвы.

Не знаю почему, но, пройдя несколько шагов, я сдержанно крикнул:

– Кто там? Прошу встать!

Тишина. Значит, ясно, что если кто и таится за корневищем, то это не зверь.

И я крикнул вторично, уже более решительно. И потом, не получив ответа, выстрелил.

И тогда передо мной медленно выросла крупная человеческая фигура с поднятыми вверх руками.

Устало перешагивая через кочки, человек приближался ко мне, подойдя метров на десять, хриплым басом заявил:

– Гражданин начальник, не стреляй, сдаюсь!

– Кто ты? – сурово спросил я, не опуская ружья.

– Зек.

– Костер разводил?

– Разогревал жратву!

Он пылливо пронизывал меня сверлящим взглядом. Широкое и скуластое лицо, обросшее щетиной, низко нависающий на глазницы лоб и массивная челюсть придавали ему свирепый вид. На нем была явно чужая, с трудом натянутая на голову меховая шапка, плечи прикрывал драный ватный пиджак без пуговиц, нараспашку, на ногах едва держались изорванные в лохмотья якутские камусы.

Стоя с поднятыми руками, беглец молча ждал своей участи. Мои спутники между тем быстро съезжались на выстрел. Первым подъехал Афоня. Спешившись, он молча подошел к беглецу, жестом потребовал, чтобы тот еще выше поднял руки, и стал обыс-

кивать его. На свет прежде всего появился извлеченный из-за голенища камуса длинный обоюдоострый кинжал, а затем и массивный напильник.

Илья и Иван нашли в кустах рюкзак и высыпали из него на землю запас консервов, сушеной рыбы и съедобные корни.

На обратном пути к нашему стойбищу шествовавший впереди беглец, остановившись, спросил у меня:

– Гражданин начальник, что собираетесь со мной делать?

– Это мы решим на совете отряда, – грозно отчеканил я. На стойбище у источника я велел ему сесть возле дерева, одиноко стоявшего на небольшой полянке, и предупредил, что за малейшую попытку к побегу он заплатит жизнью.

Голодные и уставшие, мы уселись возле костра.

Константин разлил по кружкам спирт из бережно сохранявшейся в пути бутылки. Подняв первую кружку, он провозгласил тост за благополучие будущей нашей жизни у источника и вылил спирт в костер. Этим самым он умиротворил бога. Вторую кружку мудрый старик передал в руки Ильи:

– Угости беглеца! Он тоже человек. За добро не должен платить злом!

Пообедав, мы приступили к оборудованию ночлега. Кони, пущенные еще до трапезы пастились со спутанными по-якутски ногами, похрапывая, энергично отбивались хвостами от комаров и слепней. Беглец, плотно насытившийся, так крепко храпел, что забивал храп лошадей.

Настало время решать, что с ним делать. Поговорили и все согласились на том, что лучше всего отправить его на пикет в Сордонох, пусть там разбираются.

Всю ночь я не спал, сторожа его. Утром он покорно дал связать себе руки, и Константин с Афоней, как это было решено заранее, набив продуктами свои переметные сумы, повезли его на пикет, до которого было около двух дней пути. С тяжелым сердцем провожал я товарищей в этот опасный путь.

Мне пора было приступить к выполнению своих медицинских обязанностей по исследованию целебного источника. Сначала я сам погрузился в углубление водоема, чтобы испытать на себе его действие. Самочувствие мое от этого не ухудшилось, лишь к концу процедуры, длившейся пятнадцать минут, участилось сердцебиение. Затем по очереди побывали в источнике и остальные три пациента – Илья,

Иван и Амосов. После процедуры каждый отдыхал на спине не менее часа.

Такое лечение провели и на второй день. Но целебные ванны не могли отвлечь нас от тревожных мыслей о товарищах: что, если задержанному нами беглецу удалось обезоружить своих конвоиров?

В молчаливой тревоге прошел и третий день. Мы отводили друг от друга глаза. Мне особенно доставалось от себя: почему не поехал сам? Якуты отговаривали меня от поездки из-за уважения ко мне как к доктору, но имел ли я право согласиться с ними?

Подошел вечер, но ужинать никто не стал. Спать тоже никто не ложился. В полночь Илья, поспешно поднявшийся со своего места, закричал:

– Приехали!

И мы все выбежали из палатки. Никого не увидев, я с упреком обратился к Ильи:

– Зачем, друг, обманываешь?

– Правду говорю, слышишь, три лошади приближаются, значит, наши.

Спустя несколько минут и я услышал шлепанье копыт. Приехавшие так устали, что обоим им, Константину и Афоне, пришлось помогать слезть с лошади.

Оба молчали. Расспрашивать здесь, в тайге, тем более уставших людей, считалось неприличным.

Только выпив кружку крепкого чая, Константин закурил и, затянувшись, вымолвил:

– Зря его возили. Лучше бы оставили связанного в тайге.

И все поняли, что они так намучились в дороге с этим бандитом, что и говорить не хочется. Все молча устроились в палатке на своих местах. И утром разговор о беглеце не поднялся.

На следующий день задумали заколоть на мясо телка. Чтобы не видеть этого зрелища, я решил отправиться к озеру Алысардах.

Это озеро с прозрачной водой изобиловало рыбой и дичью. Но стрелять непуганую дичь не хотелось. Думал побывать у домика, маячившего на южном берегу озера, но решил, что сначала надо расспросить о нем своих спутников. За ужином Афоня поведал мне его загадочную историю.

– Это было, наверное, в 1932 году, – рассказывал Афоня. – Тогда на озеро сели водоплавающие самолеты с людьми. Срубили эти люди на берегу русский дом, складские помещения, обнесли все постройки забором, а потом самолеты поднялись и улетели.

Остался жить в доме один русский с женой. Он был настоящим охотником и рыболовом. Сушил и коптил рыбу, дичь. Все склады забил. А зимой жена у него умерла от родов. И наши люди видели, как он с ребенком на руках выбирался из тайги. Куда ушел, зачем бросил все – никто этого не знает.

Рассказ Афони еще больше подзадорил меня. И на следующий день, оставив своих пациентов на самообслуживании, я с раннего утра отправился к этому домику.

Спуститься к озеру с возвышенности, где находился источник, легко. А вот пробираться без тропы берегом было трудно и лошади и мне. Крупные валежины то и дело преграждали путь, хлестали меня по лицу, а коня – по бокам. Да и почва была вязкая. Глушь и мрак от густых крон деревьев наводили грусть.

Много сил и времени потратил я, пока подошел к небольшому, хорошо сохранившемуся рубленому дому, к которому примыкали складские помещения. Отражение солнца от застекленных окон дома и порядок за оградой невольно заставляли думать, что меня здесь ждет гостеприимный хозяин. Но потом, заметив какое-то легкое движение в доме, словно кто-то из окон на меня глянул, я вдруг, сам не пойму с чего это, резко повернул коня и погнал его обратно. Лесная глухомань показалась мне еще более страшной. Ушастик, словно понимая мое состояние, трудные места преодолевал прыжком.

Когда я выбрался на тропу, мне перед самим собой стало стыдно за безответный страх. Подъезжая к источнику, я перевел коня на тихий шаг и, чтобы успокоить себя, стал потихоньку напевать волжские матанечки. Своим спутникам я сказал, что дом не стал осматривать внутри, так как не нашел в нем ничего интересного.

У источника мы провели три недели. Все заметно пополнили и посвежели. У моих добросовестных пациентов боли в суставах и пояснице почти прошли.

Отдохнувшие кони на обратном пути, торопясь домой, неслись, как угорелые. В Кубалахе мы переночевали у Афони. На пикет в Сордонох прибыли поздно вечером. Я поспешил к начальнику пикета Никите Хабидулину, приславшему мне посыльного с запиской.

– Ты почему скрыл от нас преступников у озера Алысардах?

Я ответил:

– Спешу и легкомысленными шутками заниматься не намерен!

– Ах, ты вот как? – взорвался Хабидулин. Путаясь в словах, он продолжал орать: – Отпустить матерых преступников, не сообщить нам о них для тебя – шутки? – И, перейдя на визг, заключил: – Да ты знаешь, что могу тебя за это посадить на десятку, а будешь особенно трепыхаться, так и «вышку» припишут!

Не чувствуя за собой никакой вины, я сказал ему в ответ:

– Ну, хватит орать, пора успокоиться и говорить толком! Никаких твоих разбойников я не видел, кроме того, которого поймал.

Мой подчеркнuto независимый тон подействовал на Хабидулина успокаивающе. Из разговора с ним выяснилось, что из одного лагеря в районе Магадана сбежали два матерых рецидивиста. На пути им ночью попала палатка геологов. Подобравшись к ней, они одному из геологов, охранявшему сон двух своих товарищей, размозжили дрючком голову, двоих других обезоружили. Забрав документы, планшеты с картами, продукты и оружие геологов, бандиты отправились дальше, должно быть уже руководствуясь картой, и вскоре, как это стало известно нашему пикету, попали на озеро Алысырдах и отдыхали там в доме, построенном летчиками.

– А ты, будучи на озере, подъехал к дому, увидел бандитов и мигом скрылся. Признавайся, так было? – допрашивал меня Хабидулин.

Мне не оставалось ничего больше как воскликнуть:

– Ну и ну!

Потом, конечно, пришлось рассказать Хабидулину, как это случилось, что, подойдя к злополучному дому, я не осмелился заглянуть в него. Хабидулин извинился за свою резкость, которой он, должно быть, хотел меня запугать, так же как я запугивал своим грозным видом задержанного на озере беглеца.

6. Проводы и встречи

Заканчивался третий год моей жизни в Оймяконе. Меня все больше и больше тянуло туда, где я родился и вырос, где все было дорого сердцу.

Под горячую руку я как-то послал телеграмму в Наркомздрав Якутской АССР с просьбой отпустить меня на родину. Вскоре от наркома пришел сухой, но утешительный ответ: « В мае 1941 года вашу просьбу удовлетворим».

Моя просьба о переводе рассматривалась на заседании Оймяконского

райисполкома. Члены исполкома настойчиво уговаривали меня остаться работать здесь хотя бы еще годик. Но было что-то такое в моей просьбе, что заставило райисполком принять решение «отметить усердную работу врача Миронова и предоставить ему выезд почтовым транспортом – верхом на перекладных лошадях».

С первым после весенней распутицы почтовым рейсом отправился фельдъегерь Алексей Иванов. Уезжая, он пошутил:

– Взял бы тебя в напарники, да боюсь: вдруг в тайге медведи сожрут.

Через три дня двинулся в путь и я.

Навсегда останется в памяти трогательное прощание с сослуживцами и больными. Проводить меня пришли многие жители районного центра и ближних селений. Столпившись у больницы, они долго глядели мне вслед. Я махал им рукой. Да, не зря я отдал три года служению этим чудесным людям!

К вечеру мы прибыли на первую почтовую станцию, расположенную в наслеге Улахан. На вопрос, сможем ли мы немедленно двигаться дальше, нам ответили:

– Фельдъегерь уехал вот уже три дня, и лошади, выделенные ему, все еще не возвращались, а других нет.

В наслеге волновались, предполагая, что с почтой, видимо, произошло несчастье.

Утром я упросил проводника, с которым приехал, подбросить меня на своих лошадях до следующей почтовой станции.

Когда мы прибыли на вторую станцию, Алексея Иванова еще не было там. Как не вспомнить было его слова: «Сожрут в тайге медведи!»

Один за другим оставались позади почтовые перегоны, но я нигде ничего не мог узнать о судьбе пропавшего где-то фельдъегеря..

Не раз приходилось мне удивляться наблюдательности и памяти проводников. В дикой тайге они легко ориентировались в любое время суток. Троп не было, двигались как будто на ощупь, но никогда не петляли, ехали только вперед. Правда, когда через одну и ту же реку переправлялись по нескольку раз, мне казалось, что проводник заблудился. Однако, поднявшись на возвышенность, я видел, где мы переправлялись в первый раз и где во второй.

Конечно, не обходилось и без неприятностей. На одной из переправ, переходя быстрину, моя лошадь спот-

кнулась и упала. Окунувшись в воду и поспешно выбравшись из стремян, я вместе с переметными сумами, которые сразу потяжелели, оказался отброшенным течением реки далеко вниз. Хорошо, что на сравнительно мелкое место. Лошадь, привычная к таким передрыгам, выскочила на противоположный берег раньше меня.

Купанье в одежде настолько обычное здесь явление, что и остановок для обсушки не производят – путешественник должен обсыхать в седле.

На восьмой день мы прибыли на последнюю станцию, обслуживаемую проводниками Оймяконского района. Дальше почту должны были сопровождать проводники Таттинского района. Но они где-то задержались. Снова мне пришлось переживать: а вдруг Таттинский район по какой-либо причине вообще не выставит почтовой связи? С большим трудом я упросил оймьяконского проводника подбросить меня еще на один перегон – оттуда уже было недалеко и до Хандыги, а от Хандыги один день пути – и пристань на реке Алдан, где я сяду на пароход.

И вот мы снова в пути. Двигаемся медленно. Дорогу оймьяконский проводник здесь не знал. Когда проехали с десяток километров, услышали ружейный выстрел, отдавший эхом. Проводник вопросительно посмотрел на меня, а я, в свою очередь, на него. Потом он зачем-то понюхал воздух, на миг прислушался и обрадованно сказал:

– Вот и твоя почта, доктор, нашлась!

Действительно, это были два проводника Таттинского района с лошадьми. Они охотились и не очень-то торопились встретиться с оймьяконскими проводниками. Выстрелом, который так обеспокоил нас, пожилой якут убил крупного лося. Прямо возле туши таежного красавца состоялся несложный обмен почты и документов. Затем проводники сообща приступили к свежеванию лося. Неожиданная встреча в тайге закончилась плотным обедом у костра. Оставшееся мясо быстро распределили по седлам. Солидную долю лосятины старательно приторачивал и мой бывший проводник.

Двинулись дальше. Мерно покачиваясь в седле, я с приятной уверенностью думал, что теперь все трудности уже позади.

Дважды в этот день мы с превеликим удовольствием ели свежее мясо. Доброта и отзывчивость моих проводников были беспредельны. На ночевке

они поделились свежатиной и с якутом, державшим почтовую юрту.

Как раз в ту самую минуту, когда они выбирали для его семьи самые лучшие куски, снаружи раздались звонкие возгласы «хо!» и топот копыт. Полог палатки откинулся, и перед нами предстал плотный человек с патронташем, в теплой не по сезону шапке.

– Большая беда! – воскликнул он. – Фашистская армия перешла наши границы. Бомбят Смоленск, Минск, Киев...

Первой моей мыслью при этой обжегшей сердце вести было: «Иду на фронт! Место хирурга сейчас там». Целиком захваченный этой мыслью, я ехал дальше как во сне. Помню только, что наконец обозначилась почтовая тропа. Пролегала она по берегу реки, впадающей в Хандыгу. День выдался пасмурный, несколько раз принимался лить дождь. Проводник ехал впереди. К хвосту его лошади была привязана другая, навьюченная почтой. Третья лошадь, на которой ехал я, понуро плелась позади. Изредка она хватала на ходу вершинки высокой травы. Один раз как-то, хватив травки, она вдруг остановилась. Я взглянул вперед: на дороге на задних лапах стоял огромный медведь. Я тотчас спрыгнул с седла. Лошадь спокойно отошла в сторону и как ни в чем не бывало продолжала мирно чипать траву.

Присев на корточки, я лихорадочно принялся складывать извлеченную из чехла двустволку. Медведь стоял передо мной как гора – неподвижно. Он рассматривал меня своими маленькими глазками, как ребенок новую игрушку. Уже оставалось присоединить цевье и взвести курки – патроны, заряженные пулями, находились в стволах. Но как только раздался щелчок, вызванный присоединением цевья, медведь, подобно зайцу, прыгнул в кусты и был таков...

Мишка этот мне очень понравился, и я был рад, что не пришлось стрелять. Вот только странно было, что такой храбрый зверь, как медведь, второй по силе после льва, уподобился пуливному зайцу.

Я думал, что ехавший впереди проводник не заметил моей встречи с медведем, и не стал ему рассказывать о ней. Оказалось, что он видел ее с начала до конца. И на почтовой станции за ужином у костра сам рассказал о ней сменщику.

Рассказывал он с такими смешными подробностями, что все улыбались.

Показывая на меня пальцем, проводник сказал:

– Он счастливый, а медведь глупый! – И заключил: – Долго, доктор, ты проживешь, да и у этого медведя век будет долгий – таково наше якутское поверье.

На четырнадцатый день пути мы прибыли на станцию поселка Хандыга. Я не стал здесь ночевать, отправился в Хандыгу, условившись с проводником, что утром буду ждать его в поселке у здания управления строительства.

Хандыга тогда была быстро растущим производственным центром, я знал о ней по рассказам одного моего больного, Хмелевского, которого доставили к нам в Оймяконскую больницу с тяжелым астматическим бронхитом.

Его болезнь упорно не поддавалась лечению. Все перепробованные медикаменты не могли снять приступов кашля, которые завершались угрожающим жизни кровотечением. Только после дробного вливания крови, которую я давал больному сам, он постепенно начал поправляться. Это было и для меня, и для всего персонала больницы большой радостью.

Хмелевский работал в изыскательной партии, занятой прокладкой автотрассы Хандыга – Магадан.

Много хорошего слышался я от него и о начальнике Хандыгской базы Карповиче. С каким-то детским упоением и доброй завистью рассказывал он, как тот строго распекает нерадивых, но всегда был справедлив и чуток к запросам добросовестных людей. Вскоре после выписки Хмелевского из больницы я получил телеграмму из Хандыги, подписанную начальником базы Карповичем. Он сердечно благодарил меня и весь коллектив больницы за полное излечение Хмелевского.

И вот, пробираясь пешком к поселку Хандыга, я думал, что, может быть, мне удастся увидеть прославленного начальника базы строителей Карповича.

Возле строительного управления на волейбольной площадке было шумно и весело. За игрой следила сотня болельщиков, которые плотным кольцом окружили посыпанный свежим песком прямоугольный.

– Скажите, пожалуйста, – обратился я к одному из болельщиков, – где бы я мог увидеть товарища Карповича?

– Считайте, что вам повезло, – откликнулся молодой парень. – Видите, вон в стороне стоят два военных. Тот, что с орденом, и есть Карпович.

Обрадованный тем, что так удачно все складывается, я подошел к начальнику стройки.

– Простите меня за беспокойство: врач Миронов из Оймякона. Лечил Хмелевского – помните? Сейчас еду в Якутск. Мне очень хотелось бы с вами поговорить, – обратился к нему я.

Но тут меня словно облили ушатом холодной воды.

Карпович, смерив меня цепким взглядом с ног до головы, отчеканил:

– Ты знаешь, что находишься на территории Дальстроя? Так вот, если через двадцать четыре часа не покинешь ее, я тебя арестую!

До сих пор не могу понять, что было причиной такого обращения со мной.

С чувством незаслуженного оскорбления и стыда я резко повернулся и отошел от него. Если судить по холодному блеску глаз этого начальника, ему действительно ничего не стоило выполнить свою угрозу.

Мне оставалось только искать пристанище на ночь, чтобы утром продолжать путь к Крестхальджаю, на пристань.

...Июльским утром наш небольшой пароходик, курсировавший по рекам Алдан и Лена, подошел к Якутску.

Несмотря на ранний час, на берегу царило необычайное оживление. Толпы людей заполняли прибрежное пространство на большом протяжении. Множество катеров, барж и лодок занимали русло реки Лены, словно перегораживали его.

Очередным караваном барж якуты отправляли своих сыновей на защиту родины. Жены, матери, сестры и дети их махали платками с высоких берегов вслед отдалявшемуся каравану.

Защемило сердце, захотелось сейчас же оказаться на одной из отплывающих барж, быть вместе с теми, кто шел исполнить свой высокий долг. Да и о чем другом можно было думать в эти минуты...

Сойдя на берег, я постучал в первый попавшийся дом. Открылась дверь. Пожилая, с сидящими волосами женщина с первого слова участливо спросила:

– Издалека мобилизован?

– Пока еще не мобилизован, – ответил я. – Разрешите у вас привести себя в порядок, чтоб пойти в военкомат для оформления.

– Ну что же, в час добрый, сейчас у всех одна забота.

Не теряя времени, направился в военкомат.

Возле здания военкомата было, как на толкучке, шумно и многолюдно.

Просмотрев мои документы, начальник учетного стола сказал:

– Вам, товарищ, прежде всего надлежит оформиться в Наркомздраве – и только потом явиться к нам.

Как только я перешагнул порог кабинета наркома здравоохранения, Алексей Захарович Белоусов спросил голосом, в котором были удивление и строгость:

– А ты как здесь оказался? Кто тебе дал право выехать?

Не успел я ответить, что разрешение дал он сам, как Алексей Захарович сказал:

– Ну, ладно, раз уж выехал, что с тобой поделаешь! Найдем другое место. Врачи во как нам нужны! – Он коснулся пальцами шеи.

– Мне хотелось бы на фронт.– сказал я.– В военкомате я уже был, и там не возражают.

– Не возражают, говоришь? Я бы тоже не возражал.– вдруг повысил голос он.– да вот кто здесь будет работать, об этом стоит думать или нет? Поедешь в Ленский район в Мухтуйскую больницу.– заявил он решительно.– Там, надеюсь, поймешь, что тыл и фронт едины.

Все мои планы рухнули.

Пока шло оформление, мне была предоставлена возможность временно поработать в хирургическом отделении Якутской республиканской больницы. В эти дни однажды на улице я столк-

нулся нос к носу с пропавшим в дороге фельдшером Алексеем Ивановым. От неожиданности вместо приветствия выпалил:

– Да ты еще жив?

– Жив, жив курилка!

– Ну, а что случилось? Куда ты тогда исчез? – спросил я.

– Да просто, как говорится, бес попутал. Отъехав от Учугея верст сорок, мы немного отклонились от тропы, а тут, на грех, увидели двух красавцев лосей. Я не выдержал и разрядил карабин в рога и крепко подранил его. Ну, а потом как в сказке: дальше в лес – больше дров. Так увлеклись, что еле живыми выбрались. Лось, конечно, так и ушел, – с огорчением закончил он.

– А дальше какие у тебя планы? – спросил я его.

– Планы теперь у всех одни. Вот и повестка в руках.

Он шел в военкомат. Спустя несколько дней после этого я отправился на пароходе к месту новой работы.

Вечером, когда пароход прибыл в Мухтую, на крутом берегу Лены было многолюдно. Здешние жители традиционно встречали и провожали пароходы. Меня встретил заведующий райздравотделом высокий сухопарый фельдшер Леонид Евстафьевич Фролушин. И тут же представил двух милостливых девушек:

– Знакомьтесь!

Пожимая руку и приветливо улыбаясь, девушка в желтом берете назвалась:

– Адельсон Ольга!

Леонид Евстафьевич тут же добавил:

– Григорьевна, исполняющая обязанности главного врача больницы.

Лицо Ольги Григорьевны мне показалось знакомым. Встретив ее взгляд, я подумал, что мы, кажется, где-то встречались, но не мог вспомнить где.

Мой увесистый чемодан с книгами был положен на больничную повозку, и мы направились к дому врачей, где мне была отведена просторная светлая комната.

В домашней непринужденной обстановке, за круглым столом мы с Ольгой Григорьевной быстро разговорились, и оказалось, что действительно мы с ней уже раньше были немного знакомы. Ольга Григорьевна рассказала о своей студенческой поездке в Ленинград, и я вспомнил, как мы, ленинградские студенты, подсмеивались над робостью сибирячек. Забегая немного вперед, скажу, что после первых моих операций в Мухтуе, в которых Ольга Григорьевна участвовала как ассистент, мы не только подружились, но и полюбили друг друга. Ольга стала моей женой.

(Окончание следует)

НАШИ ЮБИЛЯРЫ

З.М. Кузьмина

НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ) 65 ЛЕТ

В июне 2008 г. неврологической службе Республики Саха (Якутия) исполнилось 65 лет. В далеком 1943 г., несмотря на тяжелое военное время, при Республиканской больнице было организовано неврологическое отделение на 18 коек. Возглавил его д.м.н., профессор, бывший политссылный из Литвы Исай Давыдович Сапир, а ординатором была назначена выпускница Иркутского медицинского института, талантливая ученица известного профессора невролога Х.Б.-Г. Ходоса Даурова Лидия Дормидонтовна. В те годы потоком поступали раненные с фронта с последствиями черепно-мозговых травм, ранений перифери-

ческой нервной системы, тяжелых контузий головного мозга. В 1945 г. в Якутск приехала выпускница Ивановского медицинского института невролог Жарникова Галина Александровна. Это те люди, которые стояли у истоков со-здания неврологии в Якутии. В 1948 г. из Алдана приезжает выпускник Омского медицинского института Афанасий Иванович Владимирцев. Около 20 лет он был заведующим отделением и главным неврологом МЗ ЯАССР.

Шли годы. Отделение расширилось до 60 коек, пополнилось молодыми кадрами, среди которых хочется вспомнить уроженку г.Виллюйска И.И. Кожову, впоследствии доцента Иркутского мединститута, Ш.Ш. Шасаитова, Р.В. Смольникову, В.И. Бажину, В.Г. Альперович, М.П. Андрееву, В.С. Семенову, Н.И. Бельчук и многих других.

За эти 65 лет неврологическое отделение укрепилось не только высококвалифицированными кадрами, был расширен коечный фонд и были созданы новые службы.

В последующем в течение 30 лет неврологическим отделением и службой руководила народный врач СССР Лидия Ивановна Бабенко. В 1998г. и по настоящее время неврологическим отделением заведует заслуженный врач РС(Я) Людмила Тимофеевна Оконешникова. Отделение является флагманом неврологии в республике, организационно-методическим центром неврологической службы, обеспечивает диагностику и лечение наиболее сложных больных. Пришли специалисты, которые в настоящее время составляют костяк отделения. Это С.Ф. Задонская, Т.К. Давыдова, позже А.Р.

КУЗЬМИНА Земфира Макаровна – зав. отделением РБ №2-ЦЭМП, засл. врач РФ и РС(Я), гл. внештатный невролог МЗ РС(Я).



Доктор медицинских наук, профессор
И.Д. Сапир

Минурова, Р.П. Лукачевская, А.Ю. Петрова. За эти годы внедрены современные методы диагностики и лечения, проводится научное изучение таких заболеваний, как рассеянный склероз, эпилепсия, болезнь двигательного нейрона. В 2007 г. проведена межрегиональная научно-практическая конференция, посвященная проблеме рассеянного склероза, организован Центр рассеянного склероза.

В 1956 г. в Якутии была зарегистрирована вспышка полиомиелита - грозного инфекционного заболевания нервной системы у детей. И в этом же году при неврологическом взрослом отделении развернуто детское на 10 коек, в последующем реорганизованное в специализированное детское неврологическое отделение. Первой заведующей была А.А. Мартынова. Много лет проработали в нем прекрасные врачи - Н.П. Захарова, К.И. Пахомова, Р.А. Машанова, Н.Е. Авдеева, Р.С. Гурьева и многие другие. Сегодня это ведущий лечебно-диагностический центр в республике, возглавляет его Елена Владимировна Басова. Открыты отделение перинатальной патологии, реабилитационный центр для детей, страдающих детским церебральным параличом (г. Нерюнгри), реабилитационный центр при РБ№1-НЦМ, детский эпилептологический центр. Детская неврологическая служба, имея свою историю, традиции, находится в динамичном развитии, появились свои научные кадры.

Развитие неврологической службы в Якутии связано с научными исследованиями и, в первую очередь, с открытием и описанием нового заболевания - вилюйского энцефалита. Неоценим вклад Прокопия Андреевича Петрова в его изучение, когда в 50-е годы, будучи практически врачом в Вилюйском

районе, он впервые привлек внимание ученых-неврологов, вирусологов к этому тяжелому заболеванию нервной системы среди коренных жителей республики. В 1967г. в связи с изучением этой краевой патологии было организовано энцефалитное отделение, которое все годы возглавлял А.И. Владимирцев. Исследования проводились при участии ведущих ученых страны академика М.П.Чумакова, профессоров Е.С. Сармановой, А.Н. Шаповал, Л.Г. Гольдфарб, А.С. Караванова, А.В.Дубова и других специалистов из Москвы, Ленинграда, Красноярска, а также зарубежных ученых. Данной проблеме посвящены научные работы А.И. Владимирцева, Р.С. Тазловой, В.А. Владимирцева, Т.Я.Николаевой. Большой вклад в изучение данной патологии внесли практические врачи Е.Н.Ермолаева, М.Н. Коротов, А.П. Стручкова, В.В.Тимошук, А.А.Иванова и многие другие. В 1992г. Президентом РС(Я) была утверждена национальная программа «Биология вилюйского энцефаломиелита», выделялись финансовые средства, подготовлены кадры в лучших мировых научных центрах. Исследования проводились с участием лауреата Нобелевской премии Карлтона Гайдушека. Но научный интерес к данной проблеме не уменьшается, периодически проводятся международные конференции с участием ведущих российских ученых и ученых из США, Японии Австралии, Великобритании. Можно с определенной долей уверенности сказать, что исследователи вилюйского энцефалита как никогда близко подошли к раскрытию причины заболевания, но еще остается много вопросов, требующих дальнейших исследований в его изучении. В настоящее время исследования вилюйского энцефалита проводятся на базе Института здоровья.

Начиная с 60-х гг. начались исследования цереброваскулярной патологии в СССР, в том числе и в Якутии. Первые исследования проводила ассистент кафедры неврологии, выпускница Ярославского медицинского института В.Н. Асекритова. При активной поддержке П.А.Петрова, министра здравоохранения РС(Я), и главного невролога Л.И. Бабенко в 1983г. впервые в Дальневосточном регионе открылось нейрососудистое отделение на 60 коек. Основная задача отделения - это оказание специализированной помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения, диагностика, лечение и ранняя реабили-



Заслуженный врач РФ и ЯАССР Л.Д. Даурова

литация больных из г. Якутска и улусов республики. У истоков организации отделения стояли такие опытные неврологи, как Е.Н. Ермолаева, А.Д. Ягольницер, М.Н. Коротов, А.Г. Игнатьева, логопед Л.Ф. Попова. С первых дней до настоящего времени заведует отделением заслуженный врач РФ и РС(Я) Земфира Макаровна Кузьмина. Большой вклад в работу отделения внесли О.И.Костенко, Л.И. Третьякова, Н.А. Тумаева, С.А. Чугунова. В последние годы в коллектив влились молодые кадры - Н.Г. Чупрова, М.Н. Ильина, О.В.Кобылина, М.Е. Винокуров. Врач Н.Н.Третьякова, внедрив Регистр мозгового инсульта в г. Якутске, успешно защитила кандидатскую диссертацию. В апреле 2008г. отделение отметило 25-летие работы. В последние годы активно внедряются новые методы лечения, включая хирургические при геморрагическом инсульте, проводятся научные исследования по изучению генетических факторов, липидного обмена, проводится обучение специалистов для внедрения высокотехнологичных методов лечения инсультов.

В последние десятилетия возрос интерес к геронтологии, т.к. среди наиболее неотложных проблем, стоящих перед мировым сообществом, выдвинулась проблема старения населения. Численность россиян пожилого возраста превысила 29 млн. чел. В Республике Саха Якутия, по данным Госкомстата, в 2000г. количество людей пожилого возраста составило 100 909 чел. В республике в составе РБ №3 в 2000г. открыт неврологический стационар. В работе его используются принципы нейрогериатрической профилактической и лечебной тактики, принципы гериатрической фармакотерапии, проводится научная работа врачами А.И. Ефремовой, заведующей отделением, и П.И. Кудриной. Все это

направлено на улучшение состояния здоровья пожилого и старческого населения Якутии.

Большая роль в подготовке врачебных кадров, в научном руководстве основными неврологическими проблемами принадлежит курсу нервных болезней и нейрохирургии, а в последующем кафедре неврологии и психиатрии МИ ЯГУ. Курс с 1961 по 1988г. возглавлял к.м.н., доцент П.А. Петров, в последующие годы – д.м.н., профессор М.П. Гоголев, в настоящее время кафедрой руководит д.м.н., профессор Т.Я. Николаева. Первыми ассистентами кафедры были В.Н. Асекритова, З.М.Кузьмина, в настоящее время на кафедре успешно трудятся к.м.н., доцент Т.Е. Попова, старший преподаватель Э.Э. Конникова, к.м.н., доцент Г.М. Баишева. Отрадно заметить, что в последние годы практические врачи-неврологи активно и

успешно занимаются научно-исследовательской работой. Защитили кандидатские диссертации Н.И. Васильева (РБ №1-НЦМ), П.И. Кудрина (Гериатрический центр), Н.Н. Третьякова (РБ №2-ЦЭМП), Л.Н. Ефимова (РБ №3), З.П.Андросова (РБ №1-НЦМ).

С открытием в 1992г. Национального центра медицины появилась возможность применять методы нейровизуализации, неинвазивные методы исследования сосудов, что расширило диагностические и лечебные возможности.

Успехи и достижения в развитии неврологии были бы невозможны без самоотверженной работы районных неврологов, большинство из которых проработали много лет. Это Ф.И. Иннокентьева, А.Е. Зыкова, С.Т. Трофимова, И.П. Заболоцкая В.С. Евсеева, В.А. Данилова, Р.Н. Тимофеева и многие другие. Вызывает оптимизм факт, что

в последние годы врачи более охотно едут в улусы после окончания интернатуры.

Огромная роль в улучшении неврологической помощи принадлежит врачам, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь населению города. На сегодня в Якутске 5 поликлиник, где работают опытные специалисты-неврологи, такие как Г.В. Шишлянникова, Е.П. Аргунова, Е.Ю. Афонина, М.С. Егорова, Л.Н. Ефимова, Л.Е.Ядрихинская и другие.

На сегодня перед неврологической службой республики стоят новые задачи по совершенствованию форм оказания специализированной помощи, внедрению высокотехнологичных методов лечения, организации эффективной нейрореабилитации, постоянному повышению квалификации и привлечению молодых врачей к научно-исследовательской работе.



**МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ,
посвященная 65-летию неврологической службы в Якутии**

**«СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, ДИАГНОСТИКИ
И ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА СЕВЕРЕ»**

Дата: 2-3 октября 2008 года

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в работе
Межрегиональной научно-практической конференции.

Место проведения:

г. Якутск, Республика Саха (Якутия), РБ№2-ЦЭМП, РБ №1-НЦМ

Организаторы конференции:

- Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия);
- Медицинский институт Якутского государственного университета;

Направления конференции:

1. Организация помощи больным с неврологическими заболеваниями
2. Цереброваскулярные заболевания и инсульт
3. Эпилепсия и пароксизмальные расстройства сознания
4. Экстрапирамидные нарушения
5. Нейродегенеративные заболевания
6. Детская неврология

E-mail: vasilevanina@mail.ru, tyanic@mail.ru

или адрес оргкомитета

677000, г. Якутск, ул.Кулаковского, 36, Медицинский институт ЯГУ
Васильевой Нине Афанасьевне

Государственное учреждение
Якутский научный центр Сибирского отделения
Российской академии медицинских наук

**МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ КОРЕННЫХ НАРОДОВ СЕВЕРА»**

Ориентировочная дата: 28 октября 2008 года

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО №1

Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в работе межрегиональной научно-практической конференции, которая проводится согласно плану основных мероприятий Сибирского отделения РАМН на 2008г.

Место проведения:

г. Якутск Республика Саха (Якутия), Педиатрический Центр Республиканская больница №1 – Национальный центр медицины Министерства здравоохранения РС(Я), конференц-зал

Организаторы конференции:

- Якутский научный центр Сибирского отделения РАМН
- Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия)
- Министерство науки и профессионального образования Республики Саха (Якутия)
- Департамент по народам и федеративным отношениям Республики Саха (Якутия)
- Комитет по делам семьи и детства РС (Я)
- Республиканская больница №1 - Национальный центр медицины - Педиатрический центр
- Медицинский институт Якутского государственного университета им. М.К. Аммосова

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНФЕРЕНЦИИ

1. Тенденции медико-демографической ситуации, основные проблемы охраны здоровья аборигенного населения Севера и организация медицинской помощи в районах с низкой плотностью населения.
2. Физическое развитие и состояние здоровья детей коренных малочисленных народов Севера, особенности заболеваемости на современном этапе развития общества, факторы, формирующие возможности ее коррекции.
3. Особенности и проблемы функционирования систем здравоохранения северных регионов, возможные пути развития.

Отдел эпидемиологии хронических неинфекционных заболеваний ЯНЦ СО РАМН:
тел. (4112)39-55-49 Яковлев Роман Васильевич
Лаборатория мониторинга состояния здоровья детей и медико-экологических исследований ЯНЦ СО РАМН: тел. (4112)39-55-52 Бурцева Татьяна Егоровна
E-mail: bourtsevat@rambler.ru