



ISSN: 1819-0901
Medicina v Kuzbasse
Med. Kuzbasse

Медицина в Кузбассе



РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
Основан в 2002 году

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
А.Я. ЕВТУШЕНКО

Издатель:

НП «ИД Медицина
и Просвещение»

Адрес:

г. Кемерово, 650056,
ул. Ворошилова, 21
Тел./факс: 73-52-43
e-mail: m-i-d@mail.ru
www.medpressa.kuzdrav.ru

Шеф-редактор:

А.А. Коваленко

Научный редактор:

Н.С. Черных

Макетирование:

А.А. Черных
Т.С. Ахметгалиева
И.А. Коваленко

Директор:

С.Г. Петров

Отпечатано:

ООО «АНТОМ», 650004,
г. Кемерово, ул. Сибирская, 35

Тираж: 1500 экз.

Журнал распространяется по подписке
Розничная цена договорная

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Агаджанян В.В., Барбараш Л.С., Курилов К.С. –
зам. главного редактора, Луцик А.А. – зам. главного редактора, Ми-
хайлуц А.П., Разумов А.С. – ответственный секретарь,
Швец Т.И., Чуряев Ю.А.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Ардашев И.П. (Кемерово), Барбараш О.Л. (Кемерово),
Брюханов В.М. (Барнаул), Бураго Ю.И. (Кемерово), Га-
леев И.К. (Кемерово), Глушков А.Н. (Кемерово), Горба-
товский Я.А. (Новокузнецк), Громов К.Г. (Кемерово), Гу-
кина Л.В. (Кемерово), Ефремов А.В. (Новосибирск), Заха-
ренков В.В. (Новокузнецк), Золоев Г.К. (Новокузнецк),
Ивойлов В.М. (Кемерово), Казакова Л.М. (Кемерово),
Колбаско А.В. (Новокузнецк), Копылова И.Ф. (Кемерово),
Криковцов А.С. (Кемерово), Новиков А.И. (Омск), Но-
вицкий В.В. (Томск), Подолужный В.И. (Кемерово), Ры-
ков В.А. (Новокузнецк), Селедцов А.М. (Кемерово), Сы-
тин Л.В. (Новокузнецк), Усов С.А. (Кемерово), Устьянце-
ва И.М. (Ленинск-Кузнецкий), Ушакова Г.А. (Кемерово),
Хайновская И.Я. (Кемерово), Ханченков Н.С. (Кемерово),
Царик Г.Н. (Кемерово), Чеченин Г.И. (Новокузнецк),
Шмидт И.Р. (Новокузнецк), Шраер Т.И. (Кемерово).

ОГЛАВЛЕНИЕ:

ЛЕКЦИЯ

- Ю.А. Григорьев**
ВЗАИМОУСЛОВИЕ
РАЗВИТИЯ ЧЕЛОВЕКА,
ОБЩЕСТВА, ПРИРОДЫ
И ПАРАДИГМА СИНЕРГЕТИКИ3

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

- К.Г. Громов, В.И. Козлов, Н.Л. Денисов**
К ВОПРОСУ ОЦЕНКИ УРОВНЯ
АДАПТАЦИИ В КАЧЕСТВЕ КРИТЕРИЯ
ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА6

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

- А.В. Августиневич, А.А. Завьялов,
С.Г. Афанасьев, М.Ю. Волков**
ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ
И ЛЕЧЕНИИ НОВООБРАЗОВАНИЙ
ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ13

- Е.А. Вострикова, А.Г. Осипов, М.В. Завразина,
И.Т. Ветлугаева, О.В. Кузнецова**
ОСОБЕННОСТИ ТАБАКОКУРЕНИЯ
РАБОТАЮЩЕГО КОНТИНГЕНТА
ИНДУСТРИАЛЬНОГО ЦЕНТРА16

- В.А. Семенов, А.В. Субботин, В.М. Соколов**
ХАРАКТЕРИСТИКА КЛЕЩЕВЫХ
НЕЙРОИНФЕКЦИЙ У ВЗРОСЛЫХ
В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ
МНОГОЛЕТНИХ НАБЛЮДЕНИЙ20

- Е.Д. Басманова, Н.К. Перевощикова**
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ
АЛИМЕНТАРНЫХ ДЕФИЦИТОВ
У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА26

- Л.В. Куркина**
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ
ИНФЕКЦИЯМИ (ОКИ) СРЕДИ ДЕТСКОГО
И ВЗРОСЛОГО СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ
КЕМЕРОВСКОГО РАЙОНА29

- Е.В. Шабалдина, С.А. Павленко, А.В. Шабалдин**
ЮВЕНИЛЬНЫЙ РЕСПИРАТОРНЫЙ
ПАПИЛЛОМАТОЗ ГОРТАНИ32

- Ю.В. Захарова**
ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗОВ РАЗЛИЧНЫХ
БИОТОПОВ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ35

- В.И. Козлов, Н.Л. Денисов, А.А. Салеев**
НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЕМ НАСЕЛЕНИЯ ...38

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

- Г.В. Кобелева, О.М. Молчанова**
ЛЕТАЛЬНОСТЬ В ОТДЕЛЕНИИ
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА42

- Н.Б. Скребнева, М.Г. Терешина**
ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУХОПРОТЕЗНОЙ ПОМОЩИ
СЛАБОСЛЫШАЩИМ ПАЦИЕНТАМ
ПО ПРОГРАММЕ «ЛЪГОТА 2005»44

ИНФОРМАЦИЯ

- С.И. Хорунжина**
РАСШИРЕННОЕ ЗАСЕДАНИЕ НАУЧНОГО СОВЕТА
ПО МЕДИЦИНСКИМ ПРОБЛЕМАМ ПИТАНИЯ
РАМН И МЗ СР РФ В Г. КЕМЕРОВО45

МЕДИЦИНСКАЯ БИБЛИОТЕКА

- РЕКОМЕНДАТЕЛЬНЫЙ СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ
ПО ТЕМЕ: «МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ
ПОЖИЛЫМ И СТАРЫМ ЛЮДЯМ»48

Ю.А. Григорьев

ГУ НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний СО РАМН,
г. Новокузнецк

ВЗАИМОУСЛОВЛЕННОСТЬ РАЗВИТИЯ ЧЕЛОВЕКА, ОБЩЕСТВА, ПРИРОДЫ И ПАРАДИГМА СИНЕРГЕТИКИ

Синергетика является междисциплинарным направлением научного исследования, которое ориентировано на изучение законов эволюции и самоорганизации сложных систем разной природы. Синергетика может быть использована в качестве общей исследовательской установки, как подход, когнитивная схема исследования. Важно использовать возникающее в синергетике понимание общих законов интеграции, коэволюции и взаимосогласованного развития сложных социальных, экологических, демографических структур в современном мире [1, 2]. Синергетическая парадигма открывает возможность по-новому оценить взаимосвязь человека и природы при разном масштабе рассмотрения, вплоть до глобального. Механизмы функционирования социоприродной системы как синергетической по своей сути позволяют ей сделать выбор в каждой точке бифуркации. Решение социоприродных проблем требует от человека многоуровневой и многоаспектной деятельности. Среди граней такой деятельности можно назвать экологию, а также самого человека, его ценностно-нормативные и мотивационные установки.

Прогноз Римского клуба об экологической катастрофе на Земле не реализовался. Но поводов для тревоги более чем достаточно. Свидетельство тому — многочисленные локальные экологические катастрофы, что характеризует современную ситуацию в целом как кризисную. В этих условиях может быть реализован оптимальный вариант для решения современных кризисных социоприродных отношений, в которых необходимо выделить тактическую и стратегическую составляющие. Тактические решения должны приниматься на основе методологии оценки риска [3, 4], а стратегия социоприродных отношений — на основе идей коэволюции, которые формируют и утверждают новые ориентиры человеческой жизнедеятельности, выдвигают новые экологические, правовые и этические регуляторы [1, 2, 5, 6].

МЕТОДОЛОГИЯ ОЦЕНКИ РИСКА

В настоящее время мировое сообщество пришло к пониманию невозможности создания «абсолютной

безопасности» в реальной действительности, и было введено понятие риска как количественной меры опасности. Экологический риск — это возможность возникновения неблагоприятных экологических последствий, вызванных опасными природными или антропогенными, в том числе техногенными, факторами риска. Факторы экологического риска — это природные и антропогенные воздействия, которые способны вызвать нежелательные, опасные изменения состояния окружающей среды и здоровья человека. Реализация работ по оценке риска возможна только в случае выделения приоритетных целей и конкретизации средств их достижения в условиях ограниченности финансовых и материально-технических ресурсов. Критериями приоритетности экологических проблем считают [4, 7, 8]:

- 1) опасность нанесения вреда здоровью населения (эколого-гигиенический критерий);
- 2) опасность дестабилизации окружающей среды (экологический критерий);
- 3) опасность нанесения материального ущерба (эколого-экономический критерий);
- 4) совокупный критерий.

В регионах с повышенным экологическим риском основополагающим принципом жизнедеятельности должна быть концепция «жизни с риском». Риск должен рассматриваться как неотъемлемый компонент жизнедеятельности. Риск — это статистическое понятие, определяемое как ожидаемая частота или вероятность нежелательных эффектов, возникающих от воздействия данной опасности. В количественном отношении риск выражается в величинах, колеблющихся от нуля (вред не будет иметь место) до единицы (вред имеет место всегда). Риск зависит как от степени токсичности опасного агента, так и от уровней воздействия. Концепция риска включает два основных элемента — оценку риска и управление риском. При этом ставится основная задача — предотвращение угрозы здоровью человека при воздействии загрязненной окружающей среды.

По мере роста загрязнения окружающей среды качественно меняются фазы биологического механизма противостояния этому воздействию. Это сопровождается скачкообразным изменением уровня за-

болеваемости (при нарушениях принципа аддитивности). Хотя изучение заболеваемости населения и помогает определить риск неблагоприятного влияния загрязнения окружающей среды, однако результаты такого изучения свидетельствуют о реализованном риске и могут стать основой скорее оздоровительных, чем предупредительных мероприятий.

Установление причинно-следственных связей в системе «среда — здоровье» требует проведения объемных исследований в течение длительного периода времени, даже в случае изучения влияния единичного фактора. При комбинированном действии различных агентов решение задачи осложняется и требует еще больших усилий. В связи с этим, принятие оперативных управленческих решений в области охраны окружающей среды на основе лишь установления причинно-следственных связей является не всегда возможным в силу временных или финансовых ограничений. Вместе с тем, длительное наблюдение и анализ факторов среды обитания человека и его здоровья в рамках единого информационного пространства, как это предполагается осуществлять в системе социально-гигиенического мониторинга, способны создать эффективную основу для использования результатов этого вида работ в решении перспективных задач. Расчет потенциального риска наиболее успешно может быть использован для оперативной медико-экологической оценки ожидаемых последствий загрязнения окружающей среды [7, 8].

КОЭВОЛЮЦИЯ ЧЕЛОВЕКА И ПРИРОДЫ — ОСНОВА НОВЫХ ОРИЕНТИРОВ И ЦЕННОСТЕЙ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО БЫТИЯ

Предпосылки формирования нового планетарного мышления складываются в обществе благодаря совершенствованию жизни на Земле, развитию средств информации и коммуникации. Но достижение этой цели станет возможным лишь при формировании объединяющей всех идеи, воплощение которой в жизнь создаст благоприятные условия дальнейшего прогресса всего человечества. Такой перспективной идеей является идея коэволюции, или глобального эволюционизма. Необходим пересмотр с синергетических позиций социоприродных отношений, требуется утверждение новой системы ценностей. Это связано с тем, что в современных условиях экономика, политика, культура, духовная жизнь людей оказались так тесно связаны с экологическими проблемами, что именно они стали лимитирующими в определении всей перспективы мирового сообщества. В условиях нарастающего экологического кризиса идея коэволюции рассматривается как императив выживания человечества [1, 5].

В истории Земли был целый ряд экологических кризисов. В конце XX века системный анализ природных процессов получил новое выражение в динамической теории систем и синергетических моделях природы и общества. Представления и модели синергетики дали возможность рассматривать эко-

логические проблемы в общем контексте глобально-эволюционизма. Сейчас в науке все чаще подчеркивается значение отечественных мыслителей в становлении идей коэволюции в природе, в том числе возможности сопряженной эволюции человека и биосферы. Такие идеи разрабатывались в трудах В.И. Вернадского, Н.Н. Моисеева, Н.В. Тимофеева-Ресовского, А.Л. Чижевского. Эти исследователи изучали естественные законы развития биосферы и философски осмысливали цель жизни человека и предназначение человечества.

Новые технологии в современном промышленном производстве направлены как на эффективное использование ресурсов, так и на сокращение, реутилизацию отходов. Как и в природных экосистемах, устойчивость технологических систем в промышленности обеспечивается существованием разнообразия. Можно считать, что одним из глобальных естественных исторических процессов на Земле является эволюция экономики. В идеальном варианте развитие технологической цивилизации должно было бы привести к созданию ресурсосберегающих технологий. Современная концепция «устойчивого развития» — это, по сути, попытка перейти на путь коэволюции биосферы и цивилизации на основе представлений синергетики [6]. Конечно, концепция «устойчивого развития» является всего лишь технологическим и организационным планом для коррекции региональных и глобальных проблем человечества.

Экогуманизм является современной и более высокой исторической формой гуманизма. Его специфика заключается в преодолении противопоставления общества и природы, в понимании органического единства и взаимообусловленности развития человека, общества и природы. Экогуманизм обосновывает необходимость преодоления установки об определяющей роли человека и общества в социоприродном процессе. Экогуманизм формирует совершенно иную установку. Должно произойти осознание, что общество и природа являются функционально равными частями единого целого. Это целое может существовать в таком качестве при условии соотношения человеческих действий с возможностями природной среды, учитывая законы естественной саморегуляции биосферы.

Креативный потенциал классического гуманизма заключается в том, что человек рассматривается как свободное существо, способное к творчеству и выбору собственного образа развития на основе разума и деятельности. Это можно считать главным открытием гуманизма. Оно получило развитие в рационалистической мысли Нового времени. Оно утвердило в качестве определяющей его константы разум, способный познать и преобразовать мир, и обосновало идеал человека как свободную творческую индивидуальность. Итак, эволюция исторических форм гуманизма объективно подготовила почву для понимания определяющего значения «человеческих качеств» в развитии современного мира и возникновения экогуманизма. Экогуманизм также опирается на «Новый гуманизм», провозглашенный как необ-

ходимость для выживания человечества основателями Римского клуба. Он направлен на гуманизацию человеческого бытия в целом и пробуждение человеческого сознания.

Экогуманизм может быть рассмотрен как универсальный ответ на цивилизационные вызовы. В русле основных принципов экогуманизма (сохранение целостности биосферы при взаимодействии человека и природы, признание равноценности всего живого, ненасилия, необходимости нравственного самосовершенствования) возникло общественное движение, цель которого — поиск новых путей гуманизма. Таким образом, можно считать, что развитие идей коэволюции человека и природы пришло к важной точке бифуркации.

Только представление об общей логике развития мира, в котором мы живем, и эффективная целенаправленная деятельность свободных граждан в свободной стране помогут избежать катастрофических последствий неумолимо надвигающегося кризиса. Необходимо пропедевтический курс «Современное миропонимание», который должен предшествовать изложению обществоведческих дисциплин и философии в высшей школе [1]. Целостная картина мира мо-

жет быть построена только на базе методологии постнеклассической науки, где идеи самоорганизации, синергетики занимают весьма достойное место.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Моисеев, Н.Н. Универсум. Информация. Общество /Н.Н. Моисеев. – М., 2001. – 200 с.
2. Синергетическая парадигма. Человек и общество в условиях нестабильности. – М., 2003. – 584 с.
3. Владимиров, В.А. Управление риском /В.А. Владимиров, Ю.Л. Воробьев, Г.Г. Малинецкий. – М., 2000.
4. Киселев, А.В. Оценка риска здоровью /А.В. Киселев, К.Б. Фридман. – СПб., 1997. – 100 с.
5. Моисеев, Н.Н. Судьба цивилизации. Путь разума /Н.Н. Моисеев. – М., 2000. – 224 с.
6. Переход к устойчивому развитию: глобальный, региональный и локальный уровни. Зарубежный опыт и проблемы России. – М., 2002. – 444 с.
7. Окружающая среда и здоровье: подходы к оценке риска /под ред. А.П. Щербо. – СПб., 2002. – 376 с.
8. Основы оценки риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду /Г.Г. Онищенко, С.М. Новиков, Ю.А. Рахманин и др. – М., 2002. – 408 с.

БАКТЕРИАЛЬНЫЙ МИКРОБОТ ЗАЛЕЧИТ АРТЕРИИ

Австралийцы проектируют медицинского микроробота, способного плавать по артериям человека. Аппарат длиной 0,25 миллиметра создают Джеймс Френд и его коллеги из лаборатории микро- и нанофизики университета Монаша.

Френд утверждает, что его микробот будет фактически первым в мире роботом, способным на путешествия внутри кровеносной системы. При этом будет оснащен камерой, системой связи и сможет нести иную полезную нагрузку (например, клей для стенок сосудов). Это не первая работа в данной области, однако у австралийского проекта есть отличия. Так, ранее китайцы построили трехмиллиметровый прототип медицинского робота, предназначенного для очистки артерий, но он двигался за счет приложения магнитного поля извне.

Австралийская же машинка будет обладать собственным двигателем, основанным на пьезоэлектрическом кристалле, колеблющемся с ультразвуковой частотой, и винте, который преобразует эти колебания во вращение группы жгутиков.

Швейцарский микробот также действовал лишь за счет внешних полей. А вот реально созданный в США 0,25-миллиметровый робот, куда более самостоятельный, не предназначался для работы в организме.

В конце 2007 года австралийцы намерены показать работающий прототип: цилиндрок длиной около сантиметра и толщиной менее миллиметра, сообщает Membrana. А в 2009 году должен появиться окончательный вариант микробота.

Его смогут впрыскивать в артерию при помощи шприца. Аппарат будет плавать в организме, подчиняясь командам извне, и после выполнения задания возвращаться в точку старта, где его извлекут опять-таки шприцем.

Источник: MIGnews.com

К.Г. Громов, В.И. Козлов, Н.Л. Денисов

*Кемеровская государственная медицинская академия,
Кузбасский государственный технический университет,
г. Кемерово,
ФГУЗ Центр гигиены и эпидемиологии в Томской области,
г. Томск*

К ВОПРОСУ ОЦЕНКИ УРОВНЯ АДАПТАЦИИ В КАЧЕСТВЕ КРИТЕРИЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

Проблемы причинности изменения здоровья и способы его сохранения всегда волновали как отдельных людей, так и человечество в целом. Естественно, к проблеме взаимоотношения таких противоположных по сути понятий, как «здоровье» и «болезнь», пристальное внимание во все времена обращали в первую очередь врачи.

Однако определение и оценка здоровья необходимы не только в здравоохранении. Оценить здоровье важно с позиций как отдельного человека, так общества и государства, поскольку, как отмечается в Итоговом документе 5-й конференции европейских министров здравоохранения (ноябрь 1996): «Хорошее здоровье является предпосылкой и следствием социального благополучия и нормального экономического функционирования наций». Действительно, здоровье населения — это не столько медицинская категория, сколько социально-экономическая, важный фактор национальной безопасности [27, 30]. Начиная с 1979 года, когда Генеральной Ассамблеей ООН (UNGA 34/58) была принята резолюция, подтверждающая исключительную значимость здоровья населения, как единственного критерия целесообразности и эффективности всех сфер хозяйствования, ВОЗ поставила задачу пересмотра государственной политики в области здравоохранения [32].

Для нашей страны вопросы, связанные со здоровьем, имеют особое значение. Широкою огласку получили данные, согласно которым на протяжении уже пятнадцати лет в России растут показатели заболеваемости и увеличивается смертность населения. Как утверждает в ежегодном докладе фонда ООН в области народонаселения, Россия стабильно отстает по продолжительности жизни от десятка наиболее развитых стран мира (на 15-19 лет для мужчин и на 7-12 лет для женщин). За последнее десятилетие 20 века смертность в России увеличилась в 1,5 раза (с 10,7 % в 1989 году до 15,4 % в 2000 году). Рождаемость снизилась в 1,7 раза (с 14,6 % в 1989 году до 8,7 % в 2000 году). Общая заболеваемость взрослых выросла на 21,3 %, детей — на 37,5 %, а подростков — на 56,2 % [46]. Кроме того, до 80 % населения нашей страны находится в сос-

тоянии сниженных функциональных резервов (преморбидная форма нарушения здоровья) [35].

В этих условиях важнейшее значение приобретает профилактика. Однако создание эффективных профилактических программ немыслимо без решения проблемы количественной оценки уровня здоровья в конкретных группах и категориях населения. Считается, что именно из-за отсутствия референтного критерия здоровья сегодня просто нет предпосылок, как для разработки всеобъемлющих его показателей, так и самой дефиниции здоровья [23, 54]. Этой же точки зрения придерживаются и другие исследователи, которые считают, что универсального определения здоровья не только не существует, но и, без учета специфики решаемой задачи, является недостижимой целью [8, 9, 59].

Видимо по этой причине для диагностики здоровья в практическом здравоохранении до настоящего времени исходят из оценки диаметрально противоположного состояния человека — болезни. При этом по признакам наличия или отсутствия болезни, а также по особенностям их течения людей относят в ту или иную, так называемую, группу здоровья, которую уместнее было бы назвать группой медицинского динамического наблюдения [43].

Многие сложности в определении понятия «здоровье» проистекают, видимо, из двойственной природы самого человека — существа биологического и социального одновременно [66]. Различие дефиниции здоровья как медико-биологического и общественно-социального феномена было четко показано родоначальником отечественной гигиены А.П. Доброславиным. Более века тому назад он указывал, что в медицинском смысле здоровьем называется «физиологическое состояние организма, в котором все отправления совершаются, не отступая от нормы». Под общественным же здоровьем он подразумевал «состояние наибольшей способности к труду, соответствующему сумме сил человека» [31].

Следует отметить, правда, что по современным представлениям болезнь и сниженная трудоспособность имеют совершенно разные дефиниции. Наличие болезни (какой бы она ни была тяжелой) не

всегда связано с соответствующим снижением трудоспособности [24, 74, 75]. Анализ литературы свидетельствует и о том, что при рассмотрении здоровья совершенно недостаточно внимания уделяется его биологической стороне: морфофункциональному развитию, физиологическим резервам, наследственности, особенностям онтогенеза [62].

Очевидно, что видимое здоровье далеко не всегда реально, реально лишь приспособление — формы компенсации постоянно возникающих отклонений в деятельности организма. По мнению ведущих специалистов, сегодня здоровье следует рассматривать одновременно как целостное многомерное динамическое состояние организма и как форму жизнедеятельности человека, которая обеспечивает ему физиологически обусловленную продолжительность жизни, достаточную удовлетворенность состоянием своего организма и приемлемую социальную дееспособность [33]. То есть, альтернативная оценка «здоров» или «болен» представляется в настоящее время неправомерной. Необходимо установить, насколько здоров (уровень здоровья) и насколько болен индивид (клинический диагноз). Именно от взаимоотношения процессов здоровья и болезни зависит прогноз состояния конкретного индивида — выздоровление, переход болезни в хроническую форму, смерть [15].

Кроме того, имеющаяся диагностическая оценка здоровья абсолютно не мотивирует самих людей к самосовершенствованию, не оказывает позитивного влияния на оздоровление жизненного стиля и, на этой основе, на повышение уровня функциональных резервов организма и общего здоровья человека [12]. Диагностика же на донологическом уровне, по мнению некоторых авторов, должна обеспечить рядовому населению достаточно понятную количественную оценку общего соматического здоровья и функциональных резервов отдельных систем организма и стать мощным стимулом для людей по изменению жизненного стиля с повседневной ответственностью и заботой о личном здоровье [48]. Уместно подчеркнуть, что оценка состояния здоровья необходима не только в отношении здоровых людей. Не менее важно сегодня определять уровни здоровья тех, кто в результате заболевания или травмы получил стойкие изменения в отдельных органах и системах, и, на основе адаптационных возможностей их организма, условий внешней среды, способствовать активному функционированию таких людей в обществе [14, 17, 21].

Все чаще оценка состояния здоровья человека в настоящее время осуществляется с позиций приспособления организма к постоянно изменяющимся условиям внешней среды. При этом в основу здоровья индивида ложится феномен жизнеспособности, обеспечиваемый типовыми специализированными структурами, а способность организма адекватно изменять свои функциональные параметры и сохранять оптимальность в различных условиях является наиболее характерным его показателем [13, 16, 34]. Такое приспособление, как известно, именуется адаптацией, под которой понимаются все виды врожден-

ной и приобретенной деятельности, которые обеспечиваются определенными физиологическими реакциями, протекающими на клеточном, органном, системном и организменном уровнях [6]. Существует генотипическая адаптация, в результате которой на основе наследственности, мутаций и естественного отбора формировались современные виды животных. Комплекс видовых наследственных признаков — генотип — становится исходным пунктом следующего этапа адаптации, приобретаемой в процессе жизни каждой отдельной особи. Эта, так называемая, индивидуальная или фенотипическая адаптация формируется в процессе взаимодействия конкретного организма в процессе его взаимодействия с окружающей его средой обитания и обеспечивается специфическими для этой среды структурными морфофункциональными изменениями.

Однако переход от диагностики болезни к диагностике здоровья требует не просто усовершенствования используемых математических моделей, а обращения к принципиально иным подходам. Например, необходимо учитывать, что адаптация к любому фактору сопряжена не только с тратой энергии, но и с потерей структурных ресурсов организма [5]. Поэтому при поиске количественного критерия степени напряжения адаптационных механизмов организма («уровня здоровья») целесообразно перейти от оценки отдельных параметров к оценке свойства их совокупности [26].

Адаптация рассматривается как необходимый и непрерывно текущий процесс, не прекращающийся ни на одно мгновение от момента зарождения организма и до момента смерти. Эта непрерывность обусловлена, в первую очередь, изменчивостью самого организма и, конечно, изменчивостью внешней среды [55]. Необходимость постоянной адаптации, кроме прочего, обуславливается еще и тем, что слишком тесная связь организма со средой может стать причиной его вымирания (то есть, гибели не только отдельной особи, но и вида) при внезапном изменении среды [69]. При этом необходимо помнить, что в условиях изменения организма при постоянно текущей адаптации должны изменяться и критерии оценки его состояния, в том числе состояния здоровья. В процессе адаптации формируется определенный экопортрет человека — совокупность генетически обусловленных свойств и структурно-функциональных особенностей индивидуума, характеризующих специфическую адаптацию к конкретному набору особых факторов среды обитания [3]. Ведь в условиях адаптации организм переходит на новый уровень гомеостаза, при котором формируются иные экологически обусловленные нормы его здоровья [49].

Таким образом, адаптация к экстремальным условиям существования зависит не только от внешних факторов, но и от генотипических особенностей организма [60]. Поэтому при оценке здоровья людей, особенно при их отборе для работы в новых, неадекватных условиях необходимо установление экопортрета каждого индивидуума и выявление в соответствии с этим тех условий, в которых будет дос-

тигнута гармония эндогенной внутренней среды с экзогенной внешней экологической средой обитания [4]. Одновременно отмечается, что, независимо от длительности теоретического производственного обучения, наиболее напряженным для организма является первый год самостоятельной работы по избранной специальности. В этот период наблюдаются выраженное снижение уровня физической работоспособности и неблагоприятные сдвиги в функциональном состоянии центральной нервной системы, органов кровообращения, периферической крови. Последующие 2-3 года работы характеризуются увеличением темпа труда, расширением резервных возможностей сердечно-сосудистой системы, нормализацией показателей периферической крови. В центральной нервной системе наблюдается усиление тормозного процесса с улучшением характеристик психомоторных реакций, направленных на повышение работоспособности организма [61]. При этом следует учитывать, что, как показывают исследования, процесс овладения профессией в сложных условиях осуществляется как путем адаптации к труду, так и выбыванием из производства ослабленных контингентов [22].

Следует иметь в виду также то, что в формировании функциональных состояний при адаптации немаловажную роль играет субъективная сторона, к которой относятся разнообразные переживания и психическое состояние в целом. Более того, поскольку психическая сфера быстрее реагирует на изменение внешних условий деятельности, она по отношению к физиологической реакции является детерминантом. Следовательно, психологическое по отношению к физиологическому выступает и как системное качество. Поэтому теория функциональных систем [10] предполагает рассмотрение отношения между физиологическими процессами (характеризующими деятельность отдельных элементов) и психическими процессами (характеризующими деятельность целого организма), как отношения между свойствами элементов и системы [61]. Как показали исследования, проведенные А.Г. Маклаковым, исключительно значимыми для профессиональной адаптации и сохранения профессионального здоровья являются психологические свойства людей: уровень нервно-психической устойчивости, самооценка личности, уровень конфликтности, наличие опыта общения и социальной поддержки, ориентация на существующие нормы поведения и требования коллектива [40].

Истощение психологических и физиологических резервов адаптации приводит к ее срыву, что проявляется наличием манифестной или скрытой патологии. В основе этой патологии лежит, как правило, стресс, который носит либо чрезмерный, либо хронический характер. Поэтому без понимания возникновения стресса его профилактика и коррекция функциональных состояний с различным нарушением адаптационных процессов не может быть успешной [64]. Вместе с тем, в последние годы все большее признание получает точка зрения о полезности уменьшенного стресса, как одного из детерминирующих адаптацию условий. В частности речь идет о

том, что такого рода стресс сопровождается повышением продуктивности человека в различных видах деятельности [38, 58]. Таким образом, задача построения адекватной медико-физиологической модели стресса остается в настоящее время одной из актуальных [36, 63, 68, 70]. Вместе с тем, как отмечается, методологические и методические подходы к исследованиям в этом направлении до сих пор остаются неопределенными и неясными [36, 57, 63, 67, 68, 70, 73, 74, 78, 79].

Приспособление организма к различным факторам внешней среды осуществляется путем формирования системы, так называемых, функциональных резервов адаптации. Совокупность (наличных и потенциальных) резервов организма является гетерогенной системой, состоящей из биохимических, физиологических, психологических и профессиональных видов резервов. Ее стержнем являются физиологические резервы. Входящая в общую систему подсистема биохимических резервов обеспечивает процессы биоэнергетики, направленные на обеспечение усиленного функционирования подсистемы физиологических резервов, которая нейрогуморальным путем регулирует уровень функционирования подсистемы биохимических резервов. На основе деятельности подсистемы физиологических резервов функционирует подсистема психологических резервов. Подсистема психологических резервов выступает как механизм мобилизации физиологических резервов, а подсистема социального поведения — как регулятор их мобилизации [29].

Необходимо помнить, что любая деятельность (процесс) имеет свою цену, определяемую степенью изменения соотношения между исходным, текущим и предельным состоянием функциональных систем организма, обеспечивающих достижение целей деятельности [45].

Несмотря на то, что процесс адаптации зачастую рассматривается как чисто функциональный, необходимо помнить, что, как писал более 100 лет назад К. Бернар «...никакое действие невозможно иначе, как на материю и через материю». Таким образом, любой фактор среды может влиять на ту или иную функцию только опосредованно, через воздействие на структуру, «вырабатывающую» эту функцию [54]. Следовательно, и основа адаптации имеет морфологический характер. Причины же распространенности суждений о чисто функциональных механизмах различных биологических процессов, в том числе и адаптации, связаны с тем, что под структурными изменениями зачастую понимаются только анатомические и тканевые. При всей условности деления адаптационных резервов на структурные и функциональные следует все-таки отметить, что структурные резервы человеческого тела, в отличие от функциональных резервов адаптации, более ограничены [34]. Из функциональных резервов адаптации в качестве одного из наиболее важных отмечают биоэнергетические резервы, в качестве показателя которых могут быть использованы критерии физического качества общей выносливости [11].

Очевидно, что в основе здоровья человека лежит генетически детерминированная способность к осуществлению процессов самоорганизации и восстановления тканевых структур. Таким образом, важнейшая роль в поддержании равновесия между организмом и постоянно меняющимися условиями внешней среды принадлежит системам клеточного обновления — материальным ресурсам адаптации организма. Установлено, что сущность доклинического течения болезни составляет патология мембранных структур [53]. Следовательно, наиболее актуальными представляются исследования по изучению изменений клеточных структур как первичного звена в цепи морфофункциональных реакций в ответ на внешнее воздействие [34, 44]. Особое внимание, в этой связи, заслуживают цитогенетические исследования. Популяционно-генетический подход к проблеме неспецифической биологической устойчивости организма человека позволяет выделить как группы риска, так и группы потенциально устойчивые к разнообразным неблагоприятным факторам внешней и внутренней среды [7]. Резервы здоровья, иными словами генетический «багаж», позволяют в наиболее полной степени обеспечивать приспособление организма к постоянно изменяющимся условиям среды, сохраняя сбалансированность функциональных реакций.

Многочисленные исследования функционального состояния тканевых, клеточных и внутриклеточных структур жизненно важных систем организма человека свидетельствуют о том, что под влиянием воздействия неблагоприятных факторов в них возникают деструктивные изменения, в основе которых лежит усиление процессов свободнорадикального и перекисного окисления. Ответной защитной реакцией, направленной на предотвращение повреждающего действия продуктов окисления, служит повышение эффективности антиоксидантных систем. Именно снижение уровня антиоксидантной активности приводит к срыву компенсаторных механизмов и развитию необратимых изменений в организме. Поэтому, очевидно, состояние антиоксидантных систем и может служить в качестве критерия оценки состояния всей защитно-приспособительной системы организма. Например, по мнению профессоров В.Г. Маймулова и А.В. Шаброва, важную роль в поддержании гомеостаза организма и обеспечении его эндоэкологической защиты играют цитохром Р-450-зависимая монооксигеназная система и др. [44].

Возникает вопрос, что все-таки является побудительной основой адаптации как процесса? Известно, что ведущая роль в адаптивной саморегуляции различных функций организма принадлежит его разнообразным жизненно важным, и в первую очередь метаболическим, потребностям. Потребности первично объединяют разнообразные молекулярные процессы и ткани в системные организации, обеспечивающие удовлетворение этих потребностей [57]. В свою очередь в процессе удовлетворения потребностей, т.е. при подкреплении и достижении адаптивных результатов, происходит своеобразная фиксация сложившейся под влиянием потребности молекуляр-

ной и органной интеграции в динамические саморегулирующиеся системы, открытые П.К. Анохиным [10].

Таким образом, при изучении механизма действия факторов внешней среды на здоровье человека большое значение имеют методы морфологических исследований, среди которых наиболее информативными являются генетические, электронно-микроскопические и морфометрические, позволяющие получить представление о состоянии системы «клетка — ткань — орган — организм» [44]. Вместе с тем, в связи с недостаточной проработкой вопроса, большие затруднения вызывает диагностика, как самой адаптации, так и адаптационных резервов.

Согласно концепции В.В. Парина, выдвинутой им в 1967 году, индикатором адаптационных реакций целостного организма является система кровообращения, так как «...она первой реагирует на изменение окружающей среды и является важнейшей составляющей в комплексе компенсаторно-приспособительных механизмов, обуславливающих адаптацию организма в целом к различным факторам этой среды» [цитируется по 44]. Наиболее адекватно отражают реакцию сердечно-сосудистой системы на воздействие различных факторов среды, по мнению В.Г. Маймулова и А.В. Шаброва, частота сердечных сокращений; артериальное давление крови — систолическое и диастолическое; ударный и минутный объем крови; механическая работа левого желудочка сердца; общее периферическое сопротивление току крови; сердечный индекс, отражающий степень кровоснабжения единицы поверхности тела; коэффициенты выносливости и экономичности кровообращения.

На важнейшую роль психологического в адаптации уже указывалось. Например, уже давно не является спорным вопросом влияние характерологических свойств личности на психофизиологические адаптационные возможности человека [47]. Существуют данные о зависимости адаптации от уровня тревожности [18], показателей межполушарной асимметрии, темперамента, экстраверсии и интроверсии [52]. В настоящее время все большее внимание исследователей не только в области психологии, но и смежных дисциплин, привлекает классификация психологических типов К.Г. Юнга [19; 65].

Так, по мнению Ц.П. Короленко, важнейшими личностными особенностями, влияющими на психологическую адаптивность, являются юнгианские типологические характеристики — экстравертированность и интровертированность, а также мыслительная, чувствительная, сенсорная, интуитивная типологические функции [37]. Показана значимость юнгианских функций — рациональности и иррациональности — при срывах систем адаптации [51], зависимость выраженности дизадаптивных проявлений у студентов от принадлежности к определенному психологическому типу [50]. Сам К.Г. Юнг считал, что особенностями личности, ее психологический тип являются предпосылкой к развитию определенных, характерных именно для данного психотипа, видов патологии или нарушения адаптации [71].

Непрерывные реформы экономики и общества, происходящие в России начиная 1990-х годов, с неизбежностью затронули все население страны, вынуждая его изгнать привычные модели социально-экономического поведения в соответствии с новыми требованиями складывающейся институциональной среды. Знания и навыки, трудовые мотивации и модели коммуникаций пришлось обновлять и формировать вновь. Поддержание и тем более повышение уровня материального благосостояния потребовало от людей значительных усилий, связанных с выстраиванием адаптационных стратегий, основанных на реализации имеющихся индивидуальных ресурсов [2]. Масштабы и скорость проведения реформ не соответствовали адаптационным возможностям большинства населения [1]. В этой связи следует подчеркнуть, что процесс адаптации зависит не столько от внешних условий, как таковых, сколько от контраста между данными условиями и условиями, где формировался физиологический стереотип [42]. Перемещение человека из одной «ниши» в другую приводит к включению специфических и неспецифических механизмов адаптации [41]. Очевидно поэтому диспропорции в масштабах преобразований и возможностях приспособления к ним обозначили кризисный характер адаптации. Он, в частности, проявился в том, что поначалу поддержанные реформы впоследствии были отторгнуты значительной частью населения, не имеющего достаточных адаптационных ресурсов или возможностей их реализации [28].

Все это, безусловно, самым прямым образом отразилось на здоровье населения, в том числе трудоспособной его части. В этой связи особое значение имеют проблемы профессиональной адаптации. Ориентация органов здравоохранения, политических и общественных институтов власти на решение проблемы сохранения «здоровья здорового человека» привела к необходимости введения в научную практику таких понятий и концепций как «профессиональное здоровье» и «профессионально необходимое здоровье», объединивших в себе профилактический и медицинский аспекты оценки здоровья и рассматривающих его в качестве одного из основных факторов обеспечения профессиональной деятельности. До недавнего времени проблемы охраны здоровья на работе решались с помощью выплаты компенсации за профессиональный риск здоровью, а также применения хирургических, фармакологических и/или психологических мер (антидепрессанты; убеждение работника, что условия труда на его работе вполне приемлемы или даже оптимальны). Действительно, некоторые условия труда сложно изменить, по крайней мере, в настоящее время. Фактически нельзя полностью исключить попытки «подобрать ногу к туфле» [74]. Однако неизбежным является подход, гарантирующий человеку удовлетворение окружающей обстановкой; он имеет цель создать условия для «подбора туфли к ноге» и обеспечить себя разнообразной обувью, то есть экологическими нишами [72].

Очевидно, что главной причиной дезадаптации является несоответствие размера обуви размеру ноги, а степень этого несоответствия во многом определяет возникновение патологических процессов и их течение. Как представляется, одна из задач медицины в том и должна состоять, чтобы мы «покупая обувь» как можно меньше испытывали неудобств.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Авраамова, Е.М. Время перемен: социально-экономическая адаптация населения /Авраамова Е.М. – М., 1998.
2. Авраамова, Е.М. Социально-экономическая адаптация: ресурсы и возможности /Авраамова Е.М., Логинов Д.М. //Общественные науки и современность. – 2002. – № 5. – С. 24-34.
3. Агаджанян, Н.А. //Физиологические и клинические проблемы адаптации к гипоксии, гиподинамии и гипертермии: Матер. III Все-союзного симпозиума. – М., 1981. – Т.1. – С. 22.
4. Экология, адаптация и биоритмы /Агаджанян Н.А., Радыш И.В., Северин А.Е., Ермакова Н.В. //Авиакосмическая и экологическая медицина. – 1995. – Т. 29, № 3. – С. 16-19.
5. Агаджанян, Н.А. Экологический портрет человека на Севере /Агаджанян Н.А., Ермакова Н.В. – М., 1997. – 207 с.
6. Агаджанян, Н.А. Экология человека. Избранные лекции /Н.А. Агаджанян, Ю.П. Гичев, В.И. Торшин. – М.-Новосибирск, 1997. – 355 с.
7. Алтухов, Ю.П. Проблема адаптивной нормы в популяциях человека /Алтухов Ю.П., Курбатов О.Л. //Генетика. – 1990. – Т. 26, № 4. – С. 583-598.
8. Амосов, Н.М. Раздумья о здоровье /Амосов Н.М. – М., 1981. – 64 с.
9. Амосов, Н.М. Алгоритм здоровья /Амосов Н.М. – М., 2003.
10. Анохин, П.К. Очерки по физиологии функциональных систем /Анохин П.К. – М., 1975.
11. Апанасенко, Г.Л. Концепция физического здоровья человека /Апанасенко Г.Л. //Адаптация человека к климато-географическим условиям и первичная профилактика: Матер. IV Всесоюзной конф. – Новосибирск, 1986. – Т. 1. – С. 16-17.
12. Апанасенко Г.Л., Ширяев В.Н. //Философские вопросы медицины и биологии. – Киев, 1989. – Вып. 21. – С. 40-46.
13. Апанасенко, Г.Л. Эволюция биоэнергетики и здоровье человека /Апанасенко Г.Л. – СПб., 1992.
14. Апанасенко, Г.Л. Медицинская валеология: Сер. «Гиппократ» /Апанасенко Г.Л., Попова Л.А. – Ростов-на-Дону, 2000. – 248 с.
15. Апанасенко, Г.Л. Индивидуальное здоровье: сущность, механизмы, проявления /Апанасенко Г.Л. //Гигиена и санитария. – 2004. – № 1. – С. 60-63.
16. Баевский, Р.М. Проблема физиологической нормы: математическая модель функциональных состояний на основе анализа вариабельности сердечного ритма /Баевский Р.М., Черникова А.Г. //Авиакосмическая и экологическая медицина. – 2002. – Т. 36, № 6. – С. 11-17.
17. Батуева, А.Э. О методах оценки адаптивных возможностей больных с сосудистым поражением головного мозга /Батуева А.Э. //Вестник новых медицинских технологий. – 2004. – Т. XI, № 3. – С. 36-37.
18. Березин, Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека /Березин Ф.Б. – Л., 1988. – 270 с.
19. Богомаз, С.А. Психологические типы К. Юнга: психофизиологические типы и интертипные отношения /Богомаз С.А. – Томск, 2000. – 71 с.
20. Бугров С.А., Лапаев Э.В., Пономаренко В.А., Ступаков Г.П. //Военно-медицинский журнал. – 1993. – № 1. – С. 85-90.

21. Булич Э.Г. //Теория и практика физической культуры. – 2004. – № 3. – С. 62-63.
22. Васильков, В.Н. К вопросу профессиональной адаптации рабочих в экстремальных условиях /Васильков В.Н. //Адаптация человека к климатогеографическим условиям и первичная профилактика: Матер. IV Всесоюзной конф. – Новосибирск, 1986. – Т. 1. – С. 78.
23. Власов, В.В. Возможен ли индекс здоровья /Власов В.В. //Военно-медицинский журнал. – 1998. – № 2. – С. 47-50.
24. Власов, В.В. Оценка и укрепление индивидуального здоровья /Власов В.В. //Гигиена и санитария. – 2004. – № 2. – С. 59-61.
25. Воложин, А.И. Социальные аспекты приспособления и экология человека /Воложин А.И. //Медицина труда и промышленная экология. – 1999. – № 7. – С. 1-6.
26. Воробьев, Е.И. Оценка степени напряжения адаптационных механизмов организма по степени связанности его физиологических параметров /Воробьев Е.И., Резниченко В.Ю. //Адаптация человека к климатогеографическим условиям и первичная профилактика: Матер. IV Всесоюзной конф. – Новосибирск, 1986. – Т. 1. – С. 14-15.
27. Герасименко, Н.Ф. Кризис здоровья и здравоохранения как угроза национальной безопасности /Герасименко Н.Ф. //Вестник РАМН. – 1998. – № 4. – С. 58-62.
28. Гудков, Л.Д. Реформы и процессы общественной примитивизации. Кто и куда стремится вести Россию? /Гудков Л.Д. – М., 2001.
29. Гудков, Л.Д. Типы стратегии адаптации и резервы организма /Гудков Л.Д. //Адаптация человека к климатогеографическим условиям и первичная профилактика: Матер. IV Всесоюзной конф. – Новосибирск, 1986. – Т. 1. – С. 18-19.
30. Дартау, Л.А. Медико-социальные аспекты мониторинга здоровья населения /Дартау Л.А., Захаров В.И. //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1999. – № 3. – С. 10-14.
31. Доброславин, А.П. Курс военной гигиены /Доброславин А.П. – СПб., 1885. – Т. 1.
32. Задачи по достижению здоровья для всех. Политика здравоохранения для Европы //ВОЗ. Европейское региональное бюро. Европ. серия «Здоровье для всех», № 4. – Копенгаген, 1991.
33. Измеров, Н.Ф. Сегодня и завтра медицины труда /Измеров Н.Ф. //Медицина труда и промышленная экология. – 2003. – № 5. – С. 1-6.
34. Интегративная медицина и экология человека /под ред. Н.А. Агаджаняна. – М.-Астрахань-Пафос, 1998. – 356 с.
35. Проблемы «Сфинкса XXI века». Выживание населения России /Казначеев В.П., Поляков Я.В., Укулов А.И., Мингазов И.Ф. – Новосибирск, 2000. – 232 с.
36. Кокс Е.М. – М., 1981. – 216 с.
37. Короленко, Ц.П. Психофизиология человека в экстремальных условиях /Короленко Ц.П. – Л., 1978. – 271 с.
38. Левшина, И.П. К исследованию акустического стресса у белых крыс /Левшина И.П. //Стресс и его патогенетические механизмы. – Кишинев, 1973. – С. 219-221.
39. Мазурин, Ю.В. Гомеостатический потенциал и биологический возраст человека /Мазурин Ю.В., Пономаренко В.А., Ступаков Г.П. – М., 1991.
40. Маклаков, А.Г. Основы психологического обеспечения профессионального здоровья военнослужащих /А.Г. Маклаков: Автореф. дис. ... докт. психол. наук. – СПб., 1996. – 39 с.
41. Матюхин, В.А. Физиология перемещений человека и вахтовый труд /Матюхин В.А., Кривошецов С.Г., Демин Д.В. – Новосибирск, 1986. – 196 с.
42. Межотраслевые рекомендации по профилактике нарушений здоровья работников вахтового труда /Матюхин В.А., Кривошецов С.Г., Осипович В.В., Осипов В.Ф. – Новосибирск, 1983. – 34 с.
43. Медик, В.А. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению /Медик В.А., Юрьев В.К.. – М., 2003. – Ч. 1. – 200 с.
44. Медико-экологический мониторинг /под ред. В.Г. Маймулова и А.В. Шаброва. – СПб., 1993. – 128 с.
45. Медицинская и профессиональная реабилитация участников ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций: современные методологические подходы: пособие для врачей. – М., 1998. – 52 с.
46. Наше общее дело //Стандарты и качество. – 2005. – № 6. – С. 46-47.
47. Физиологические и психологические показатели зависимости состояния организма от типологической принадлежности /Нестеренко А.И., Васильев В.Н., Медведев М.А. Ребенкова Т.В. //Физиология человека. – 2003. – Т. 29, № 6. – С. 79-85.
48. Орлов, В.А. Концепция донозологической оценки соматического здоровья и функциональных резервов организма человека /Орлов В.А., Андрунин М.А., Алексеенко Т.В. /Реабилитационно-восстановительные технологии в физической культуре, спорте, восстановительной, клинической медицине: Матер. междунар. конф. ФизС. – Тула, 2004. – С. 46-52.
49. Панин, Л.Е. Переход организма на новый уровень гомеостаза /Панин Л.Е. //Адаптация человека к климатогеографическим условиям и первичная профилактика: Матер. IV Всесоюзной конф. – Новосибирск, 1986. – Т. 1. – С. 75-76.
50. Петрова, Е.Ю. Психологические типы Юнга: Методические материалы к тренингу индивидуального стиля с приложением опросника Кейрси /Петрова Е.Ю. – СПб., 1997. – 54 с.
51. Психофизиологические особенности психологических типов как возможная причина болезней адаптации /Рамазанова А.П., Васильев В.Н., Волков В.Т. и соавт. //Психическое здоровье населения России: Материалы Всероссийской науч.-практ. конф. – Ижевск, 1994. – 59 с.
52. Сандомирский, М.Е. Психическая адаптация в условиях пенитенциарного стресса и личностно-типологические особенности осужденных /Сандомирский М.Е. – Уфа, 2001. – 88 с.
53. Саркисов, Д.С. Структурные основы адаптации и компенсации нарушенных функций /Саркисов Д.С. – М., 1987. – 447 с.
54. Саркисов, Д.С. Общая патология человека /Д.С. Саркисов. – М., 1995. – 270 с.
55. Степанова, С.И. Биоритмологические аспекты проблемы адаптации /Степанова С.И. – М., 1986. – 242 с.
56. Судаков, К.В. Стресс: постулаты, анализ с позиций общей теории функциональных систем /Судаков К.В. //Патологическая физиология и экстремальная терапия. – 1992. – № 4. – С. 86.
57. Судаков, К.В. Системная интерпретация функций человека: новые подходы к диагностике и коррекции стрессорных состояний /Судаков К.В. //Вестник РАМН. – 1996. – № 6. – С. 15-24.
58. Тихонова, Г.П. Об изменениях в надпочечниках и тимико-лимфатической системе животных в период реадaptации после гипоккинезии /Тихонова Г.П. //Стресс и его патогенетические механизмы. – Кишинев, 1973. – С. 176-178.
59. Ушаков, И.Б. Системная концепция индивидуального здоровья с позиций практической медицины. Часть 1. Теоретические аспекты /Ушаков И.Б., Вартбаронов Р.А., Усов В.М. //Гигиена и санитария. – 2004. – № 2. – С. 61-68.
60. Физиология летного труда /под ред. В.С. Новикова. – СПб., 1997. – 412 с.
61. Щебланов, В.Ю. Психофизиологические аспекты деятельности человека в автоматизированных эргастических системах /Щебланов В.Ю., Павленко А.Г., Шауров В.Н. – М., 1980. – 70 с.
62. Щедрина, А.Г. Медицинская антропология – теоретическая основа профилактической медицины /Щедрина А.Г. //Биомедицин-

- ские и биосоциальные проблемы интегративной антропологии. – СПб., 1996. – С. 73-74.
63. Эверли, Д. Стресс: природа и лечение /Эверли Д., Розенфельд Р. – М., 1985. – 224 с.
64. Электрофизиологические механизмы развития адаптационных процессов // Физиология человека. – 2004. – Т. 30, № 3. – С. 35-44.
65. Юнг, К.Г. Психологические типы /Юнг К.Г. – М., 1995. – 718 с.
66. Юрьев, В.К. Здоровье населения и методы его изучения: уч. пособие /В.К. Юрьев. – СПб., 1993. – 144 с.
67. Berezi, J. The stress concept and neuroimmunoregulation in modern biology /Berezi J. //International Congress of stress. – Budapest, 1997. – P. 8.
68. Cox, T. The recognition and measurement of stress, conceptual and methodological issues in Method in Ergonomic /Cox T. /Eds. Wilson J., Corlett N. – London, 1990.
69. De Beer Sir, G. Adaptation /De Beer Sir G. – In: Readings in genetics and evolution. L.: Oxford University Press, 1973. – P. 8/1-8/160.
70. Henry, J.P. Biological basis of stress response /Henry J.P. //Interg. Physiological Behavior. – 1992. – V. 27. – P. 66.
71. Jung, C.G. Personality and Stress. Traits. Types and Biotypes /Jung C.G. //Stress and Health /Ed. Price P.L. Brooks & Cole Publishing. Pacific Grove C.A. – 1992. – P. 85.
72. Kagan, A.R. Health and environment-psychosocial stimuli: a review /Kagan A.R., Levi L. /In: Levi L. ed Society, stress and disease: childhood and adolescence. – London, New York and Toronto, Oxford University Press, 1975. – V. 2. – P. 241-260.
73. Karasek R. Theorell T. Healthy work: Stress, Productivity and reconstruction of working live.N.Y.: Harper Collins Publ., 1990. – 380 p.
74. Levi, L. Society, stress and disease: Working Life /Levi L. – Oxford, New York and Toronto, Oxford University Press. – V. 4. – 1981.
75. Levi. L. Approaches to stress in man – present knowledge and future research /Levi L. //Psychobiology of stress /Ed. Puglisi – Allerga S. Barzelona: Kluwer Akademik Publ., 1990. – P. 191.
76. Minaire, P. The use of the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) in rehabilitation /Minaire P. – Strasbourg, Council of Europe, 1989.
77. Minaire P. Proceeding of the 1991 International Symposium on Data on Aging (ed., M. Feinleib), National Center for Health Statistics, Vital and Health Statistics 5.
78. McGuigan, J. Why Might Stress Management Methods be Effective? McGuigan J. //Int. congress. «Stress and Health»: Proceedings. Sydney, Australia. – 1996. – P. 125.
79. Occupational Medicine. The Workplace and Cardiovascular Disease /Eds. Schnall P.L., Belkic K., Landsbergis P., Baker D. – Philadelphia: Hanley & Belfus, INC., 2000. – 230 p.

КОМПОНЕНТ ЛЕКАРСТВ ОТ ПРОСТУДЫ ПОВЫШАЕТ РИСК ИНСУЛЬТА

Корейские ученые выяснили, что даже маленькие дозы фенилпропаноламина, входящего в состав многих препаратов для лечения простудных заболеваний, повышают риск геморрагического инсульта у женщин.

В более ранних исследованиях уже было доказано, что препараты для подавления аппетита, содержащие фенилпропаноламин, повышают риск геморрагического инсульта у женщин молодого и среднего возраста. Новостью является то, что даже маленькие дозы фенилпропаноламина повышают риск инсульта.

Ученые обследовали 940 пациентов, перенесших геморрагический инсульт, и сравнили их с контрольной группой.

1,7 % женщин принимали препараты с фенилпропаноламином в 14 дней, предшествующих инсульту (0,7 % в контрольной группе). Все препараты были предназначены для лечения простудных заболеваний, никто из женщин не принимал средства для подавления аппетита.

Таким образом, фенилпропаноламин повышает риск возникновения инсульта больше чем в два раза. Недавнее употребление вещества, более длительное применение или употребление в больших дозах еще сильнее повышает риск.

У женщин риск в 4 раза выше, тогда как у мужчин риск статистически незначим. Похожие результаты были получены и в предыдущем исследовании с препаратом для подавления голода. Однако в том исследовании участвовало мало мужчин.

В новом исследовании одинаковое количество мужчин и женщин принимали фенилпропаноламин, поэтому ученые заключили, что "выраженность риска у женщин нельзя объяснить тем, что женщины употребляют вещество чаще, чем мужчины".

Источник: www.medlinks.ru

А.В. Августинovich, А.А. Завьялов, С.Г. Афанасьев, М.Ю. Волков

Сибирский государственный медицинский университет,
ГУ НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН,
г. Томск

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ

Адекватная диагностика и лечение внутригрудных новообразований достаточно сложны. Видеоторакоскопия (ВТС) позволяет установить диагноз и произвести необходимые лечебные манипуляции. Это позволяет избежать неоправданных торакотомий. Торакоскопические вмешательства были выполнены 70 больным. В 100 % случаев верифицированы объемные образования органов грудной полости. Предварительный диагноз существенно изменен и дополнен. В 17,1 % выполнено радикальное удаление новообразования. Послеоперационные осложнения отмечены у 5 пациентов (7,2 %).

Ключевые слова: онкология, видеоторакоскопия.

Adequate diagnosis and treatment of intrathoracic tumors are rather complicated. Videothoracoscopy (VTS) makes it possible to make the diagnosis and to administer the required treatment allowing unjustified thoracotomies to be avoided. Thoracoscopy was performed on 70 patients. Large tumors in the chest were verified in 100 % of cases. Preliminary diagnosis was considerably changed and supplemented. Radical surgery was performed in 17,1 % of cases. Postoperative complications were observed in 5 of patients (7,2 %).

Key words: oncology, videothoracoscopy.

Вопрос диагностики и лечения внутригрудных новообразований является одним из наиболее сложных в современной онкологии. Все применяемые неинвазивные методы диагностики, такие как рентгенологическое исследование, компьютерная и ЯМР томографии, радиоизотопное и ультразвуковое исследования, позволяют нам получить информацию о величине, локализации, структуре и степени распространения процесса. На основании этих методов и строится клинический диагноз. Однако очень часто он носит общий предположительный характер и включает в себя большую группу заболеваний, при которых лечебная тактика оказывается совершенно различной.

Чрезвычайно важно до операции иметь морфологическую верификацию диагноза. Для этой цели в настоящее время применяют один из видов эндоскопической хирургии — видеоторакоскопию (ВТС), которая позволяет не только с точностью установить диагноз, но и произвести необходимые лечебные действия. При правильном использовании верификация патологического процесса достигается в 99-100 % случаев, точность оценки составляет 96,6 % [1, 2, 3]. Это позволяет в 2/3 случаев избежать неоправданных торакотомий.

Относительная безопасность метода, а также минимальное количество осложнений (до 6,5 %) позволяет широко использовать данный метод в онкологической практике [1, 4, 5]. Основными показаниями к проведению ВТС в онкологии с диагностической целью, по данным литературы [1, 4, 6, 7], являются экссудативный плеврит неясной этиологии, диссеминированные заболевания легких, определение стадии рака легкого, медиастинальные лимфаденопатии, злокачественные опухоли средостения, уточнение природы перикардита [4, 6, 7]. С лечебной целью ВТС может быть использована в следующих случаях: периферические доброкачественные опухоли легких, доброкачественные опухоли средостения, доброкачественные опухоли пищевода, солитарные легочные метастазы, периферический рак легкого T1-2N0M0, рак молочной железы (в этом случае возможно проведение парастернальной лимфаденэктомии). А также для лечения послеоперационных осложнений (гемоторакс, эмпиема плевры и т.д.).

К относительным противопоказаниям к проведению ВТС можно отнести: недостаточность кровообращения IIa ст., ИБС, стенокардия напряжения IIФК, нарушения сердечного ритма по типу желудочковой и наджелудочковой экстрасистолии, гор-

монозависимая форма бронхиальной астмы, сахарный диабет в стадии декомпенсации, дыхательная недостаточность 3 степени, коагулопатии, синдром сдавления верхней полой вены, облитерация плевральной полости. Как показывает опыт, риск ВТС в значительной мере может быть снижен путем проведения на дооперационном этапе адекватной терапевтической подготовки. К абсолютным противопоказаниям к ВТС относятся недостаточность кровообращения IIБ-III ст., инфаркт миокарда в острой и подострой стадии, острое нарушение мозгового кровообращения, некорректируемая коагулопатия [1, 2, 6, 7, 8].

В торако-абдоминальном отделении НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН в период 2003-2005 гг. торакоскопические вмешательства были выполнены 70 больным. Среди них мужчин было 41, женщин — 29. Возраст больных составил от 17 лет до 71 года. Всем больным перед выполнением ВТС проведено комплексное клиничко-инструментальное обследование.

У большинства пациентов (49 больных) рентгенологическое исследование было дополнено компьютерной томографией. На основании полученных результатов были выставлены следующие клинические диагнозы: мезотелиома плевры — 6 больных, лимфоаденопатия — 13, метастатическое поражение легких — 10, опухоль средостения — 13, периферическое образование легких — 5, центральный рак легкого — 4, периферический рак легкого — 2, гамартома — 2, липома — 1, метастазы в плевру — 2, саркоидоз — 9, опухоль передней грудной стенки — 3 больных.

Далее всем больным проводилась ВТС. Операция выполнялась под эндобронхиальным наркозом с раздельной вентиляцией легких. Положение больного на операционном столе стандартное. Доступ для троакаров выбирался с учетом характера, локализации патологического процесса и задач вмешательства. Чаще всего торакопорт вводили в V межреберье по средне-ключичной линии. При вмешательствах на нижних отделах использовали III-IV межреберье, при операциях на передневерхних отделах средостения — VI-VIII межреберье. После осмотра плевральной полости вводили дополнительные манипуляционные торакопорты под контролем зрения. Их количество и точки введения определяли с учетом характера предполагаемой операции. При диагностической торакокопии, как правило, достаточно одного рабочего торакопорта. При оперативной торакокопии их вводят два или три. Последовательно осматривали легкое, висцеральную и париетальную плевру, диафрагму, органы средостения. Обращали внимание не на наличие выпота, высыпаний или наложений на плевре, патологических образований в средостении. После окончания операции легкое под контролем зрения расправляли. Плевральную полость дренировали одним или двумя дренажами, устанавливаемыми в точках расположения верхнего и нижнего торакопортов. Всегда в операционной готов комплект инструментария для торакотомии.

Продолжительность операций составила 26-90 минут.

В результате ВТС опухоли средостения были удалены в 12 случаях. Среди них: злокачественная тимома — 2 случая, доброкачественная тимома — 5, тератома — 1, невринома — 2, лимфогранулематоз тимуса — 2, в 1 случае диагностирована дермоидная киста средостения. Гипердиагностика злокачественности лимфом была отмечена в 2 случаях. Четкое представление о гистологической структуре опухоли позволило провести адекватное планирование и выполнение оперативного вмешательства. Важным является также то обстоятельство, что была правильно определена не только природа новообразования, но и степень местного распространения.

При медиастинальных лимфоаденопатиях (18 случаев) наиболее часто обнаружен саркоидоз — 12 человек, гистиоцитоз лимфатических узлов — 4, метастатическое поражение — 2 больных.

Среди округлых образований легких (21 случай) встречались следующие формы: метастазы — 5 больных, гамартома — 2, туберкулома — 4, висцеральный саркоидоз легких — 4 человека. У пациентов с доброкачественными изменениями и солитарными метастазами ВТС обеспечила не только установление истинного диагноза, но и выполнение эндохирургического удаления этих образований. В 6 случаях обнаружены остаточные явления перенесенного воспаления с исходом в очаговый пневмофиброз.

При патологии плевры (11 случаев) обнаружены: метастазы по плевре — 2 больных, мезотелиома плевры — 2. Эти заболевания сопровождалось упорным плевритом, в процессе ВТС произведен плевродез, обеспечивший впоследствии облитерацию плевральной полости. Неспецифические изменения обнаружены у 3 больных, в одном случае — липома реберно-диафрагмального синуса, у 3 пациентов — внутриполостная фиброма передней грудной стенки.

В диагностике центрального (3 человека) и периферического (4 человека) рака легкого, помимо установления морфологической принадлежности опухоли, важная роль отводилась определению операбельности и резектабельности процесса. У 2 пациентов подтверждено врастание на значительном протяжении в верхнюю полую вену конгломерата метастатических лимфатических узлов, у 1 пациента — врастание в аорту. Эти пациенты были извлечены от неоправданной торакотомии. В остальных случаях проведено комбинированное лечение, где основным этапом явилась радикальная операция.

Применение видеоторакоскопической технологии позволило в 100 % верифицировать объемные образования органов грудной полости. Предварительный диагноз был существенно изменен и дополнен. Благодаря малой травматичности вмешательства, время пребывания больных в стационаре после ВТС не превышало 7 дней. Наряду с этим, отмечается хороший косметический эффект — отсутствовали торакотомные рубцы, не происходило деформации грудной клетки, так как не пересекались межреберные

мышцы. Не было необходимости в длительном назначении анальгетиков.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 5 больных (7,2 %). Подкожная эмфизема, вследствие негерметичности легочной паренхимы, развилась у 3 больных. Эти явления купированы консервативно. В 1 случае отмечен парез возвратного нерва, у 1 пациента — обострение туберкулезного процесса.

Таким образом, видеоторакоскопия является высокоэффективным малоинвазивным методом диагностики и лечения внутригрудных новообразований и может быть использована для дифференциальной и уточняющей диагностики изолированных медиастинальных лимфоаденопатий, опухолей средостения, округлых и диссеминированных поражений легких, первичных и метастатических опухолей плевры, экссудативных плевритов неясной этиологии. Несомненно ее информативность при определении местно-регионарного распространения рака легкого. По мере накопления опыта и улучшения технического оснащения многие заболевания легких, грудной стенки и средостения можно будет с успехом диагностировать и лечить методом ВТС.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Комбинированное и комплексное лечение больных со злокачественными опухолями /под ред. В.И. Чиссова. – М., 1989. – 300 с.
2. Опасности и осложнения при торакоскопических операциях /Решетов А.В. и др. //Применение швитающих аппаратов в лапароскопической и торакоскопической хирургии: Междунар. конф. – СПб., 1997. – С. 44.
3. Федоров, И.В. Эндоскопическая хирургия /Федоров И.В., Сигал Е.И., Одинцов В.В. – М., 2001. – 350 с.
4. Значение видеоторакоскопии в диагностике новообразований органов средостения /Барчук А.С., Лемехов В.Г. и др. //Вопросы онкологии. – 1999. – Т. 45, № 3. – С. 218-221.
5. Видеоторакоскопия в диагностике и лечении новообразований легкого, средостения, плевры /Клименко В.Н., Барчук А.С., Лемехов В.Г., Щербачев А.М. //Вопросы онкологии. – 2002. – Т. 48, № 3. – С. 371-376.
6. Equipment for Thoracoscopy /Allen M., Traster V., Daly R. et al. //Ann Thorac Surg. – 1993. – V. 56. – P. 620-623.
7. Video-Assisted Thoracoscopic Vascular Ring Division in Infants and Children /Burke R., Rosenfeld H., Wernovsky G., Jones R. //JACC. – 1995. – V. 25, N 4. – P. 943-947.
8. Thoracoscopic Pulmonary Surgery: Indications and Result /Hau T., Forster R., Gandawidjaja L., Heemken R. //Eur. J. Surg. – 1996. – V. 162. – P. 23-28.

ФОЛИЕВАЯ КИСЛОТА ПОЛЕЗНА ДЛЯ СТАРЕЮЩЕГО МОЗГА

Повышенное потребление фолиевой кислоты помогает сохранить умственные способности в старости, полагают голландские ученые, отчет об исследовании которых опубликован в журнале *Lancet*.

По данным исследователей, мужчины и женщины в возрасте 50–70 лет, регулярно принимающие добавки с фолиевой кислотой, сохраняют уровень умственных способностей, характерный для людей, которые в среднем на 5 лет младше них.

В продолжавшемся 3 года исследовании приняли участие 818 добровольцев. Часть из них регулярно принимали капсулы с фолиевой кислотой, другие получали вместо этого вещества таблетки-пустышки.

Итоговые тесты на память и сообразительность показали, что участникам, принимавшим фолиевую кислоту, в большей мере удалось сохранить умственные способности, которые, как известно, снижаются по мере старения.

Кроме того, у получавших полезный ингредиент испытуемых были зафиксированы пониженные уровни гомоцистеина – вещества, повышающего риск сердечно-сосудистых заболеваний и деменции.

Наблюдатели отмечают, однако, что повышенный уровень фолиевой кислоты в организме пожилых людей маскирует недостаток другого важного элемента – витамина В12, дефицит которого может привести к заболеваниям нервной системы. Эту опасность необходимо учитывать, прежде чем рекомендовать фолиевую кислоту в качестве средства профилактики старческого слабоумия.

Источник: Medportal.ru

Е.А. Вострикова, А.Г. Осипов, М.В. Завразина, И.Т. Ветлугаева, О.В. Кузнецова

Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
г. Кемерово

ОСОБЕННОСТИ ТАБАКОКУРЕНИЯ РАБОТАЮЩЕГО КОНТИНГЕНТА ИНДУСТРИАЛЬНОГО ЦЕНТРА

В последние десятилетия особую медико-социальную значимость приобрела хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), в силу ее возрастающей распространенности и существенного вклада в структуру заболеваемости, утраты трудоспособности и смертности. Целью работы было изучение распространенности табакокурения, как наиболее агрессивного фактора риска ХОБЛ, в различных популяциях крупного промышленного центра. Обследовали 2304 мужчин и женщин, работающих на предприятиях г. Кемерово. Определяли частоту и интенсивность табакокурения, связь основных параметров табакокурения с профессиональной деятельностью, возрастом, образованием, курением родителей, группой крови. Частота табакокурения среди опрошенных составила 70,1 % у мужчин и 25,7 % у женщин. Среди мужчин по всем характеристикам табакокурения безусловными лидерами оказались водители, в остальных группах различия незначительны. Независимо от профессиональной принадлежности, наибольшие значения индекса курящего человека у мужчин наблюдаются в возрасте 40–49 и 50–59 лет, после чего интенсивность курения снижается. Отношение к курению определяется совокупностью внешних и внутренних факторов: реже курят мужчины с высшим образованием; вероятность курения повышается, если курили или курят родители. 3-я группа крови, возможно, является предрасполагающим фактором курения.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, факторы риска, табакокурение.

Chronic obstructive pulmonary diseases (COPD) has got the special medical and social importance in last decades by virtue of its growing prevalence and essential contribution to the structure of illnesses, disability and death rate. The purpose of this work was to study the prevalence of tobacco smoking as the most aggressive COPD's risk factor in various populations of a large industrial centre. 2304 males and females working at the enterprises of Kemerovo city were examined. In this research was determined the frequency and intensity of tobacco smoking, communication of the basic parameters of tobacco smoking with professional activity, age, education, smoking of the parents, group of blood. The frequency of tobacco smoking among interrogated has made 70,1 % at the male and 25,7 % at the female. Among the men under all characteristics of tobacco smoking the unconditional leaders were the drivers, in other groups the distinction was insignificant. The greatest values of an index of the smoking at the men are observed in the age of 40–49 and 50–59 years irrespective of a professional accessory, then the intensity of smoking is reduced. The attitude to smoking is determined by set of the external and internal factors: the men with higher education smoke less often; if the parents smoked or still smoking the probability of smoking raises. The third group of blood is the contributing factor of smoking, probably.

Key words: chronic obstructive pulmonary diseases, risk factors, tobacco smoking.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) относится к числу наиболее распространенных заболеваний человека. Она встречается у 5–7 % населения в возрасте старше 40 лет. В структуре заболеваемости ХОБЛ входит в число лидирующих по числу дней нетрудоспособности, причинам инвалидности и занимает четвер-

тое место среди причин смерти [1]. При этом, в развитых странах мира в недалеком будущем прогнозируется увеличение смертности от ХОБЛ. По прогнозам Всемирной Организации Здравоохранения, к 2020 году ХОБЛ как причина смертности будет занимать третье место, а по размерам наносимого экономического ущерба выйдет на 5 место, заняв ли-

дирующую позицию среди болезней органов дыхания [2, 3].

Основной причиной и обязательным условием возникновения ХОБЛ является длительное воздействие разнообразных по характеру и этиологической значимости факторов риска. Главные факторы риска заболевания – курение, вредные производственные и атмосферные факторы. Неполная информация о причинах и распространенности ХОБЛ является большой проблемой [2]. В условиях крупного индустриального центра со своими климатическими, экологическими и производственно-промышленными характеристиками, могут варьировать не только частота и распространенность факторов риска, но и их значимость в патогенезе заболевания [4].

Кемерово – областной центр Кузбасса. Экологическая ситуация в городе, несмотря на значительные перемены к лучшему в последние годы, остается напряженной. Котловинное расположение города, специфическая «роза ветров», развитая промышленность, массивные транспортные выбросы привели к превышению ПДК в воздухе города таких поллютантов, как формальдегид, сероуглерод, аммиак, окислы азота и сажа, в 3-5 раз.

Курение является наиболее агрессивным фактором риска, способствующим развитию большой группы заболеваний, в т.ч. ХОБЛ. Табакокурение приводит к изменению, как структуры, так и функционирования центральных и периферических дыхательных путей, альвеол, капилляров, а также иммунной системы легких. Существуют большие различия по распространенности табакокурения между странами и группами в популяции в каждой стране [6]. К настоящему времени информация о распространенности курения у жителей г. Кемерово отсутствовала.

Цель работы – изучение основных параметров табакокурения в различных популяциях г. Кемерово.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 2304 мужчин и женщин в возрасте от 17 до 80 лет (1638 мужчин и 666 женщин), работающих на различных предприятиях города: КАО «Азот», ГРЭС, ремонтно-строительное управление (РСУ), автотранспортное предприятие (АТП), Кемеровское отделение Западно-Сибирской железной дороги (ЖД), ГУИН, МУЗ Городская клиническая больница № 3 (КБ).

Определяли частоту табакокурения, стаж и возраст начала курения. Расчетным методом определяли 2 индекса: индекс курящего человека (ИКЧ) – как количество выкуренных в день сигарет, умноженное на 12; индекс «пачко-лет» (ИПЛ) – как про-

изведение количества сигарет, выкуренных в день, и стажа курения, деленное на 20.

Полученные данные обработаны статистически с использованием программы Microsoft Excel, встречаемость исследуемого фактора характеризовалась частотой, выраженной в процентах (в скобках указан 95 % доверительный интервал – ДИ); сравнение частот проводилось с использованием критерия χ^2 ; достоверность различий показателей анализировалась с помощью критерия Стьюдента. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Частота курения среди опрошенных составила 70,1 % (64,1-76,2 %) у мужчин и 25,7 % (18-33,3 %) – у женщин (табл. 1). Среди мужчин чаще курят водители, среди женщин существенных различий не выявлено, несколько чаще курят строители.

Таблица
Частота курения среди опрошенных

Данные		АТП	ГУИН	ЖД	КБ	РСУ	Азот	ГРЭС	Всего
		А	Б	В	Г	Д	Е	Ж	
Мужчины	всего	170	318	207	34	93	684	132	1638
	курят	136	215	152	20	65	499	90	1177
	%	80*	67,6	73,4	58,8	69,9	73	68,2	70,1 (64,1-76,2)
Женщины	всего		82	90	108	44	299	43	666
	курят		18	20	27	16	64	10	155
	%		22	22,2	25	36,4^	21,4	23,3	25,7 (18-33,3)

Примечание: Критерий χ^2 : * А-Б ($p = 0,004$); А-Г ($p = 0,008$); А-Е ($p = 0,060$); А-Ж ($p = 0,020$); ^ Д-Е ($p = 0,028$).

Средний возраст начала курения у водителей достоверно меньше ($p < 0,001$), чем у мужчин других групп, а продолжительность курения у водителей больше, чем у работников ГУИНа, РСУ ($p < 0,001$), ЖД ($p = 0,009$) и КАО «Азот» ($p = 0,046$). Наименьший стаж курения оказался у работников ГУИНа ($p < 0,001$ в сравнении с остальными группами).

ИКЧ более 240 неизбежно ведет к развитию ХОБЛ [7], более 160 – курение представляет риск в отношении развития ХОБЛ [1]. Анализ возрастной динамики этого индекса у работников различных предприятий показал, что, независимо от профессиональной принадлежности, наибольшие значения ИКЧ у мужчин наблюдаются в возрасте 40-49 и 50-59 лет, после чего интенсивность курения снижается. У женщин возрастных закономерностей ИКЧ не выявлено.

Интегральным показателем, отражающим интенсивность курения в течение жизни, является ИПЛ. Именно этот индекс позволяет проанализировать курительный статус популяции. Среди мужчин наиболее интенсивно курящая популяция – это работники АТП, средний показатель ИПЛ в этой группе

составил 24,3, что достоверно выше, чем в других группах ($p < 0,001$). Наименьший ИПЛ (11,5) отмечен у работников ГУИНа. Среди женщин достоверных различий в интенсивности курения среди обследуемых групп нет.

Никотиновая зависимость, являющаяся результатом курения, имеет, прежде всего, фармакологическую основу, однако дебют курения и его стартовая динамика обусловлены социальными факторами: воспитанием, поведением окружающих, условиями труда и быта, образованием. Связь частоты и интенсивности курения с образовательным цензом представлена на рис. 1 (1 – высшее образование, 2 – среднее специальное, 3 – среднее, 4 – начальное).

У мужчин с высшим образованием процент некурящих достоверно выше ($p < 0,001$), чем у лиц со средним и средним специальным образованием. Структура самого ИПЛ в группах с различным образовательным цензом отличается не существенно. У женщин статистических различий не выявлено.

Поведение родителей во многом предопределяет отношение к курению, на рисунке 2 показана структура ИПЛ в популяциях мужчин и женщин в зависимости от курения одного или обоих родителей (КР).

У мужчин, родители которых не курили, количество некурящих больше ($p < 0,001$), а лиц с ИПЛ > 25 меньше ($p = 0,036$), чем у курящих родителей. У женщин, родители которых не курили, так же больше некурящих ($p = 0,014$).

Предрасположенность к курению зависит, по-видимому, от совокупности внешних и внутренних факторов. Представилось интересным проанализировать отношение к курению в зависимости от группы крови (рис. 3).

Выявлено достоверно большее количество курящих мужчин с 3-й группой крови в сравнении со 2-й ($p = 0,020$) и с 4-й ($p = 0,035$), в том числе с ИПЛ > 25 ($p = 0,048$ в сравнении с мужчинами со 2-й группой крови). Существенных отличий в отношении к курению у женщин с разной группой крови не выявлено, однако обращает на себя внимание, что и у мужчин, и у женщин совпадает общая тенденция – наиболее «курящей» оказалась 3-я группа крови, а «некурящей» – 2-я.

ВЫВОДЫ:

1. Частота курения у мужчин составила 70,1 % (64,1-76,2 % – ДИ) и у женщин – 25,7 % (18-33,3 % – ДИ). Среди мужчин с высокой степенью достоверности чаще курят водители, среди женщин существенных различий не выявлено, несколько чаще курят строители. Работники АТП опережают другие профессиональные группы по всем характеристикам табакокурения: они раньше начинают курить, курят дольше и значительно интенсивнее. На втором месте среди мужчин оказались работники ГРЭС: у них достоверно больше стаж курения (в сравнении с группой ГУИИ) и ИКЧ.

Рисунок 1
Зависимость интенсивности курения от образовательного ценза

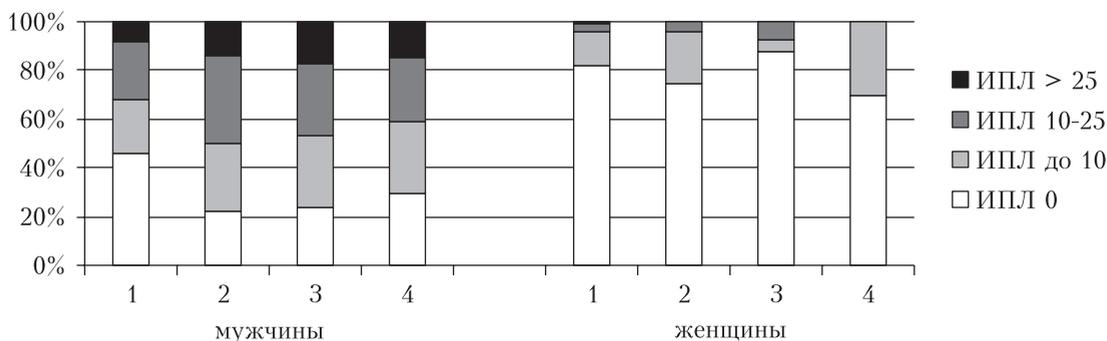


Рисунок 2
Зависимость интенсивности курения от курения родителей

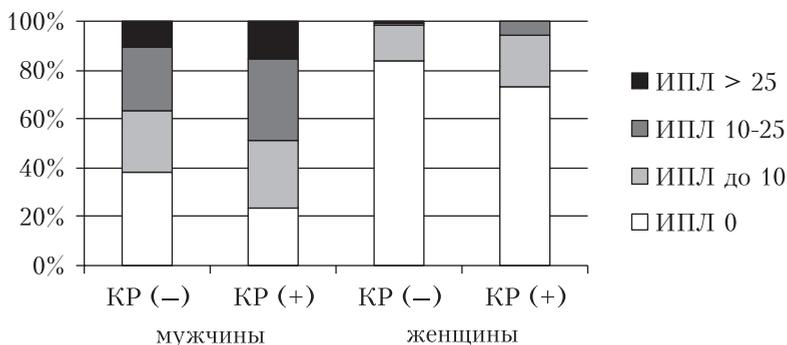
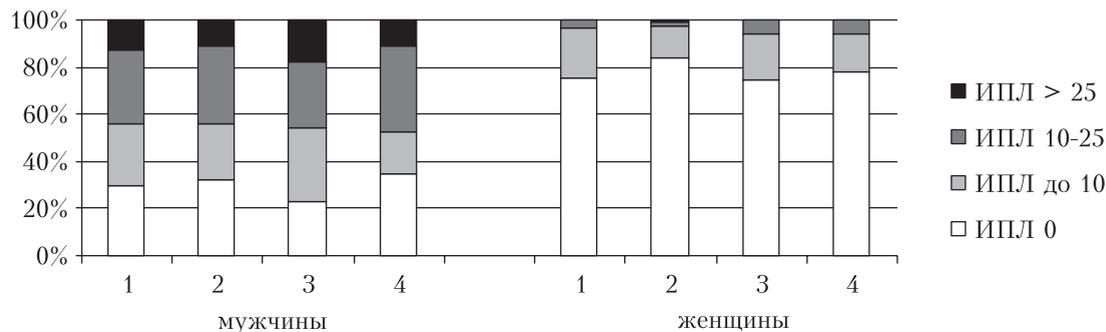


Рисунок 3

Зависимость интенсивности курения от группы крови



- Независимо от профессиональной принадлежности, наибольшие значения ИКЧ у мужчин наблюдаются в возрасте 40-49 и 50-59 лет, после чего интенсивность курения снижается.
- Отношение к курению определяется совокупностью внешних и внутренних факторов: реже курят мужчины с высшим образованием; вероятность курения повышается, если курили или курят родители. 3-я группа крови, возможно, является предрасполагающим фактором курения.

ЛИТЕРАТУРА:

- Хронические обструктивные болезни легких: Федеральная программа. – М., 1999.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). National Heart, Lung and Blood Institute. Publication N 2701, April 2001.
- Murray C.J.L., Lopez A.D. //Lancet. – 1997. – V. 349. – P. 1498.
- Колядо, В.Б. Медико-демографическая оценка состояния здоровья населения в условиях длительного воздействия особых экологических нагрузок /Колядо В.Б., Колядо И.Б., Трибунский СИ. //Медицина труда и промышленная экология. – 2001. – № 7. – С. 17-21.
- Эколого-гигиенические проблемы городов с развитой химической промышленностью /Михайлуц А.П., Зайцев В.И., Иванов С.В., Зубицкий Б.Д. – Новосибирск, 1997. – 191 С.
- Чучалин, А.Г. Болезни легких курящего человека /Чучалин А.Г., Сахарова Г.М. //Хроническая обструктивная болезнь легких /под ред. А.Г. Чучалина. – М., 1998. – С. 338.
- Чучалин, А.Г. Хроническая обструктивная болезнь легких /Чучалин А.Г. – М., 2002. – 248 с.

БОЛЬШИЕ СУМКИ ВРЕДЯТ ЗДОРОВЬЮ

Большие сумки по-прежнему актуальны. Они нравятся многим женщинам, потому что в них помещается много вещей. С тех пор как модельеры провозгласили новый тренд, к врачам стали чаще обращаться женщины, испытывающие головные боли и проблемы с позвоночником.

Нередко большая сумка, с которой женщина ходит на работу, весит три-четыре килограмма. Переносить такой вес – не самое полезное занятие для женщины. Если же у сумки еще и длинные ремни, то ноша начинает походить на гирю, болтающуюся на хрупком женском плече. Длинные ремни увеличивают нагрузку, и тогда модная сумка становится серьезной угрозой здоровью позвоночника.

По словам Джейн Садлер, практикующего семейного врача из Медицинского центра Baylor в Техасе, все больше женщин, предпочитающих большие сумки на длинных ремешках, жалуются на непрекращающиеся головные боли и боли в области шеи. Уильям Кейз, физиотерапевт в частной практике в Хьюстоне, Техас, добавляет, что ношение таких сумок может привести к проблемам со спиной.

По мнению врачей, тяжелая сумка на плече сильно изменяет нормальное положение торса. А это провоцирует головокружение и боли в области позвоночника. Безопасными для здоровья медики признали сумочки, вес которых не превышает двух килограммов. Напомним, что в этом сезоне актуальны сумки различных размеров, от объемных до самых маленьких. Строгость и консервативность не в моде, сумочка должна быть необычной, затейливо разукрашенной. Их обильно украшают крупными стразами, заклепками, бахромой, цепями и брошками.

Источник: MIGnews.ru

В.А. Семенов, А.В. Субботин, В.М. Соколов

Кемеровская государственная медицинская академия,
Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты
прав потребителей и благополучия человека по Кемеровской области
г. Кемерово

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛЕЩЕВЫХ НЕЙРОИНФЕКЦИЙ У ВЗРОСЛЫХ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ МНОГОЛЕТНИХ НАБЛЮДЕНИЙ

В последнее время возрастает распространенность и заболеваемость природно-очаговыми инфекционными заболеваниями человека, передающимися клещами. Среди данных заболеваний – клещевой энцефалит, клещевой боррелиоз, риккетсиозы и ряд других вирусных и протозойных инфекций. В представляемой статье изложены основные сведения о диагностике, лечении и профилактике клещевых инфекционных заболеваний, передающихся иксодовыми клещами, на территории Западной Сибири.

Ключевые слова: клещевой энцефалит, боррелиоз, риккетсиозы, диагностика, лечение, профилактика.

Now there is a growth of prevalence and natural-focal infectious diseases of people transmitted by ticks. Among the given diseases there are tick-born encephalitis, tick-born borreliosis, rickettsiosis and a number of other virus and protozoan infections. In the represented edition the basic data for diagnostics, treatment and preventive measures of tick-born infectious diseases transmitted by ixodic ticks in Western Sibirea area are stated.

Key words: tick-born encephalitis, tick-born borreliosis, rickettsiosis, diagnostics, treatment, preventive measures.

Инфекционные заболевания нервной системы, передающиеся клещами, в настоящее время являются наиболее распространенными природно-очаговыми заболеваниями на территории Российской Федерации. Изучение вопросов эпидемиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения проводится постоянно на протяжении десятилетий. Несмотря на многочисленность исследований, посвященных этой проблеме, актуальность дальнейшего изучения обусловлена сохраняющейся высокой заболеваемостью, нередкой инвалидизацией и летальными исходами.

В последние годы отмечается значительный рост заболеваемости населения Российской Федерации природно-очаговыми инфекциями, передающимися клещами. Рост заболеваемости связан с возрастанием числа людей, заболевших клещевым энцефалитом, клещевым боррелиозом, риккетсиозами [1, 2, 3, 4]. Помимо роста заболеваемости, многими исследователями отмечено увеличение числа больных тяжелым течением клещевого энцефалита [5, 6], иксодо-

вого клещевого боррелиоза [7, 8], а также появление больных со смешанными инфекционными клещевыми заболеваниями [9, 10, 11, 12]. Ряд исследователей отмечают различия клинических проявлений клещевых нейроинфекций, связанных с географическими, климатическими особенностями территорий, где произошло инфицирование больного [13, 14, 15, 16].

Задачи современной медицины, связанные с увеличением роли врачей общей практики в обеспечении охраны здоровья населения, вызванная этим необходимостью поиска интегрированных подходов к диагностике и лечению клещевых нейроинфекций, рост заболеваемости клещевыми нейроинфекциями обуславливают необходимость дальнейшего исследования этой патологии.

Исследования природно-очаговых клещевых нейроинфекций в Кемеровской области проводятся с 1952 года и до настоящего времени (М.П. Чумаков, А.Н. Шаповал, В.Н. Коваленко, А.В. Субботин, В.А. Семенов, Т.В. Попонникова). Анализ заболе-

ваемости клещевым энцефалитом показывает, что длительный период снижения уровня заболеваемости КЭ с 1982 г. сменился периодом его возрастания.

Последние пять лет уровень заболеваемости КЭ в Кемеровской области почти двукратно превысил показатель 1962 года. Причинами этого являются прекращение акарицидной обработки природных очагов инфекции, снижение уровня вакцинопрофилактики населения, увеличение числа контактов населения с природными очагами вследствие освоения новых территорий.

Изменилась структура клещевых инфекционных заболеваний. В результате внедрения современных методов диагностики в настоящее время в Кемеровской области выявляются клещевой энцефалит, иксодовый клещевой боррелиоз, смешанная энцефалитно-боррелиозная инфекция, сибирский риккетсиоз. Необходимым является уточнение современных клинических проявлений основных клещевых инфекционных заболеваний: клещевого энцефалита и боррелиоза.

Развитие в Российской Федерации новых методов организации медицинской помощи населению с использованием врачей общей практики требует формирования интегрированных подходов в диагностике и лечении, в том числе и у больных клещевыми нейроинфекциями. Таким образом, целесообразно разработать регионально адаптированные методики диагностики, прогнозирования течения и исходов клещевых инфекционных заболеваний. Причем особенно важным является обеспечение выполнимости этих методов диагностики, минимизацией в них сложных технологических процессов. Актуальным является изучение патогенетических особенностей и внедрение на этой основе мероприятий патогенетической терапии, повышающих эффективность лечения больных КИЗ.

КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ

Клещевой энцефалит в Кемеровской области считается основной клещевой нейроинфекцией и представляет наибольшую опасность для здоровья населения. Детальное описание клинических форм клещевого энцефалита, распространенных в Кемеровской области, было сделано В.Н. Коваленко в 1972 году. Учитывая произошедшие за последнее десятилетие изменения в представлениях о структуре клещевых нейроинфекций, представляется целесообразным уточнить сведения о клинических проявлениях клещевого энцефалита. При проведении анализа клинической характеристики клещевых нейроинфекций, кроме собственных наблюдений больных в клинике неврологии Кемеровской государственной медицинской академии, в этом разделе работы нами использовались материалы ФГУ «Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора в Кемеровской области», истории болезни неврологических и инфекционных отделений областных и районных лечебно-профилактических учреждений.

Лихорадочная форма

Лихорадочная форма (общей инфекционный синдром) была выявлена у 1138 больных КЭ (63 %). Алиментарного заражения среди наблюдавшихся больных не было. Инкубационный период длился 4-6 дней. У всех больных заболевание начиналось остро, лихорадка достигала максимального уровня в первые два дня болезни, максимум пирексии составил 38-39,5°C. Длительность лихорадки была 5-7 дней. В 56 % случаев у больных наблюдалось двухволновое течение заболевания. У 28 % больных вторая волна пирексии сопровождалась более тяжелыми клиническими проявлениями заболевания, чем первая волна лихорадки.

Сравнивая данные, представленные в описании клинических проявлений лихорадочной формы клещевого энцефалита 1960-70 гг. и 1999-2003 гг., можно отметить двукратное увеличение количества больных с двухволновым течением заболевания (соответственно, 23 % и 56 %), увеличение длительности периода лихорадки первой волны (4 и 6 дней), увеличение периода нормализации состояния больных.

Такие параметры, как длительность периода лихорадки первой волны, периода атипексии, частота выявления менингеальных симптомов, рассеянной мелкоочаговой неврологической симптоматики, мигалгии, болей в животе, значительно уменьшились.

Таким образом, по уточненным данным, лихорадочная форма КЭ в 56 % случаев имеет двухволновое течение и, в основном, легкие клинические проявления общеинфекционного синдрома. Подобное изменение клинических проявлений объясняется объединением в 1960-70 гг. в группе лихорадочной формы КЭ больных СЭБИ и моноинфекцией ИКБ. Развитие иммунологических методов диагностики клещевых инфекционных заболеваний в настоящем периоде дало возможность выделить больных боррелиозной инфекцией из числа больных лихорадочными формами КЭ, что привело к дальнейшему уточнению клинической картины заболевания.

Менингеальная форма

Менингеальная форма КЭ в Кемеровской области за последние пять лет составила 30 % (533 больных).

Присасывание клещей предшествовало развитию заболевания у 96 % больных. Двухволновое течение заболевания отмечено у 76 % больных. Инкубационный период при одноволновом течении менингеальной формы клещевого энцефалита длился 9-14 дней. У всех больных заболевание начиналось остро, лихорадка достигала максимального уровня в первые два-три дня болезни, максимум пирексии при одноволновом течении составил 39,5-40°C У 20 % больных вторая волна пирексии сопровождалась более тяжелыми клиническими проявлениями заболевания, чем первая волна, протекавшая в виде лихорадки.

Сравнивая данные, представленные в описании клинических проявлений менингеальной формы КЭ 1960-70 гг. и 1999-2003 гг., можно отметить двук-

ратное увеличение количества больных с двухволновым течением заболевания, сокращение на 50 % длительности периода лихорадки второй волны. Более чем в два раза уменьшилась частота выявления миалгии, на 30 % сократился период санации ЦСЖ. Отмечено двукратное нарастание длительности лихорадки первой волны, более чем в три раза увеличилась частота выявления артралгий. У больных менингеальной формой КЭ не наблюдалось каких-либо кожных высыпаний, в отличие от исследований, полученных в 1960-70-е годы, когда в данную группу больных входили случаи «серонегативного» клещевого энцефалита.

Очаговая форма

Очаговая форма клещевого энцефалита представляет собой серозный энцефаломиелит и занимает в структуре форм клещевого энцефалита третье место по распространенности. За последние пять лет в Кемеровской области очаговая форма клещевого энцефалита была выявлена у 125 больных (7 %). Нами наблюдались 86 больных из данной группы, в их числе отмечались преимущественно энцефалитическая, полиоэнцефалитическая, полиомиелитическая, энцефало-полиомиелитическая формы клещевого энцефалита

Сравнивая данные, представленные в описании клинических проявлений очаговой формы клещевого энцефалита 1960-70 гг. [18] и 1999-20003 гг., можно отметить трехкратное увеличение количества больных с двухволновым течением заболевания, сокращение в 1,7 раза длительности периода редуцирования центральных параличей. Кроме этого, в структуре ОФКЭ в шесть раз уменьшилась доля полиомиелитических форм, на треть выросло соотношение тяжело протекающей энцефало-полиомиелитической формы КЭ.

ИКСОДОВЫЙ КЛЕЩЕВОЙ БОРРЕЛИОЗ

Исследование иксодового клещевого боррелиоза в Кемеровской области имеет значительно меньшую историю, чем исследование клещевого энцефалита. Иксодовый клещевой нейроборрелиоз, не имеющий, в отличие от КЭ, большого числа случаев тяжелого течения и неблагоприятных исходов заболевания, в настоящее время остается не достаточно изученным в Кузбассе. В 1999-2003 гг. на территории Кемеровской области было выявлено 662 больных ИКБ, из них 452 (68 %) лихорадочной формой, 192 (29 %) менингеальной формой, 18 (3 %) очаговой формой заболевания.

Лихорадочная форма

Инкубационный период длился 8-11 дней. Длительность лихорадки 4-6 дней. В 43 % случаев у больных наблюдалось двухволновое течение заболевания. У 4 % больных отмечалась третья волна лихорадки, длительностью 4-6 дней. Типичное кожно-аллергическое проявление ИКБ — мигрирующая

кольцевидная эритема — наблюдалась у 28 % больных данной группы.

Менингеальная форма

Менингеальная форма ИКБ представляет собой серозный менингит и занимает второе место в структуре форм данной нозологии по инцидентности. Двухволновое течение заболевания отмечено у 76 % заболевших. МКЭ наблюдалась у 16 % больных. Состояние больных нормализовалось при легком течении заболевания на 6-7 день болезни, а при средней степени тяжести течения — на 12-15 день болезни.

Очаговая форма

Поражение центральной и периферической нервной системы у взрослых с иммунологически верифицированным иксодовым клещевым боррелиозом на территории Кемеровской области встречается редко (3 %). За период с 1990 г. по 2003 г. наблюдалось 5 больных менингоэнцефалитом и 13 больных менингоорадикулоневритом (синдромом Баннварта).

У всех больных менингоэнцефалитом заболевание начиналось остро, лихорадка достигала максимального уровня в первые три дня болезни. При синдроме Баннварта неврит лицевого нерва был у 9 больных (69 %), у 4 человек (31 %) — невриты межреберных нервов.

Исследование ЦСЖ выявило преимущественно лимфоцитарный плеоцитоз 7-180 кл в 1 мкл. Период санации ЦСЖ составил 7-14 дней.

Летальных исходов в группе больных ИКБ не было.

СМЕШАННАЯ ЭНЦЕФАЛИТНО-БОРРЕЛИОЗНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Смешанная энцефалитно-боррелиозная инфекция в настоящее время привлекает внимание многих исследователей. По имеющимся данным, в различных регионах Российской Федерации при этом заболевании отмечается преобладание клинических проявлений клещевого энцефалита или иксодового клещевого боррелиоза. В 1999-2003 гг. смешанная энцефалитно-боррелиозная инфекция выявлена на территории Кемеровской области у 119 больных (2 %).

Заболевание протекает так же в виде лихорадочной, менингеальной и очаговой форм.

Лихорадочная форма

Лихорадочная форма наблюдалась у 46 больных (45 %) СЭБИ. Присасывание клещей предшествовало развитию заболевания у 100 % больных. Инкубационный период длился 8-9 дней. У всех больных заболевание начиналось остро, лихорадка достигала максимального уровня в первые два дня болезни, максимум пирексии — 39,4°C. У 29 больных (63 %) данной группы наблюдалось двухволновое течение заболевания. Период атипирексии составил 6-9 дней. Лихорадочная форма СЭБИ характеризовалась легким (54 %) и среднетяжелым (46 %) течением бо-

лезни. Тяжесть течения заболевания определялась выраженностью синдрома интоксикации, высотой лихорадки. Синдром интоксикации проявлялся слабостью общего характера, головной болью. Наблюдались вегетативные расстройства: гиперемия лица и склер у 40 больных (87 %), озноб у 39 больных (85 %), гипергидроз, относительная брадикардия и тахикардия, колебания артериального давления у 36 человек (78 %). У 11 больных (24 %) была мигрирующая кольцевидная эритема, длительность проявления которой составила 4-7 дней.

Воспалительные явления в носоглотке были выявлены у 2 больных (4 %). У 15 больных (33 %) в общем анализе мочи в первые 4 суток болезни определялась микрогематурия. У 17 % больных в том же периоде отмечалась умеренно выраженная миалгия, а у 4 % больных отмечены артралгии.

При сопоставлении клинических проявлений смешанной инфекции и КЭ схожими симптомами являются двухволновое течение заболевания, длительность лихорадки второй волны заболевания. В то же время, СЭБИ отличается большей продолжительностью периодов пирексии первой волны и апирекции, у 24 % больных наблюдается мигрирующая кольцевидная эритема.

Менингеальная форма

Менингеальная форма встречалась в 32 % СЭБИ. В данную группу больных были включены серологически верифицированные случаи, подтвержденные исследованиями цереброспинальной жидкости.

У всех больных заболевание начиналось остро, лихорадка достигала максимального уровня в первые два-три дня болезни, максимум пирексии составил 39,4-40°С. Менингеальная форма СЭБИ характеризовалась легким (70 % больных) и среднетяжелым течением болезни (30 %). МКЭ наблюдалась у 5 больных (15 %). Признаков поражения ПНС у больных не было. Лимфоаденопатия отмечалась у 3 больных (9 %). Воспалительные явления в носоглотке были выявлены у 7 больных (21%). Микрогематурия была выявлена в первые четыре дня заболевания у 9 больных (27 %). У 6 больных (18 %) в течение первой недели болезни отмечались умеренно выраженные мышечные боли, преимущественно в мускулатуре плечевого пояса, у 5 больных (15 %) в те же сроки заболевания были артралгии в крупных суставах конечностей.

Сравнивая клинические проявления острого периода менингеальной формы при энцефалитно-боррелиозной инфекции и КЭ, можно отметить близкие по значению параметры частоты двухволнового течения заболевания, длительности периода апирекции и пирексии второй волны, длительности санации ЦСЖ. В то же время, период пирексии первой волны и период выявления менингеальных симптомов при смешанной клещевой инфекции в два раза короче, чем при КЭ. Частота выявления МКЭ совпадает с частотой выявления артралгии и миалгии при энцефалитно-боррелиозной инфекции и в 2 раза превышает их частоту при КЭ.

Очаговая форма

Очаговая форма СЭБИ с поражением центральной и периферической нервной системы отмечена в 23 % случаев. Двухволновое течение заболевания наблюдалось у 79 % больных. У всех больных заболевание начиналось остро, лихорадка достигала максимального уровня в первые пять дней болезни. Мигрирующая кольцевидная эритема наблюдалась у 8 % больных. Длительность периода восстановления движений при центральных парезах составила 3-7 дней. В 21 % случаев отмечено тяжелое течение заболевания, плеоцитоз. Мышечные боли были у 67 % больных, артралгии у 2 больных (10 %).

Сравнение клинических проявлений острого периода заболевания у больных СЭБИ и КЭ выявляет совпадение длительности клинических проявлений менингеального синдрома. В то же время, при смешанной инфекции преобладает двухволновое течение заболевания, отмечаются поражения периферической нервной системы, синдром поперечного поражения спинного мозга. Поражение ЦНС при СЭБИ протекает в виде серозного энцефаломиелита, тяжесть клинических проявлений которого сопоставима с таковыми при КЭ. В то же время, при смешанной инфекции, в отличие от КЭ, не наблюдалось летальных исходов.

Подводя итоги, необходимо отметить, что клещевые нейроинфекции у взрослых, распространенные на территории Кемеровской области, по нашим наблюдениям, передаются только трансмиссивным путем. Установленная нозологическая структура заболеваний представлена клещевым энцефалитом – 33 %; иксодовым клещевым боррелиозом – 12 %; смешанной энцефалитно-боррелиозной инфекцией – 2 % и другими, ассоциированными с укусом клеща, неverified инфекционными заболеваниями – 53 %. Современные клинические проявления и течение клещевого энцефалита в значительной степени отличаются от представлений о них, существовавших ранее, что обусловлено выделением больных ИКБ и СЭБИ.

Полученные в результате проведенного исследования сведения о клинических проявлениях клещевых нейроинфекций позволяют выявить диагностические критерии, пригодные для прогнозирования в остром периоде заболевания наличия смешанной энцефалитно-боррелиозной инфекции, развития неблагоприятного течения заболевания. Использование прогнозирования оправдано последующим планированием и применением эффективных мероприятий интенсивной терапии. Наши исследования показали наличие в Кемеровской области значительной группы больных (53 %) с неverified инфекционными заболеваниями. Принимая во внимание полиморфные клинические проявления, такие как многоволновое течение, экзантему, распространенный миалгический синдром, микро- и макрогематурию, можно предполагать у данных больных протозойную этиологию болезни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Распространенность клещевых нейроинфекций, тяжелое течение и вероятность неблагоприятного исхода заболевания подтверждают актуальность данной темы исследования для современной медицины.

Результаты обследования более 500 больных клещевым энцефалитом за многолетний период наблюдений позволили выявить современные клинические и патогенетические особенности заболевания, сопоставив их с данными начального периода изучения этой нейроинфекции в 1970-х годах. Сравнивая данные, представленные в описании клинических проявлений лихорадочной формы клещевого энцефалита 1960-70 гг. и 1999-2003 гг., можно отметить двукратное увеличение количества больных с двухволновым течением заболевания, увеличение длительности периода лихорадки первой волны, увеличение периода нормализации состояния больных. Выявление кожных высыпаний у больных данной группы значительно уменьшилось в связи с выделением больных мигрирующей кольцевидной эритемой в группу иксодового боррелиоза, который занимает второе место (12 %) по частоте заболеваний в структуре клещевых инфекций с уточненной этиологией в Кемеровской области.

Клинические проявления ИКБ в 68 % случаев представлены лихорадочной формой, в 29 % — менингеальной, в 3 % — очаговой. Мигрирующая кольцевидная эритема наблюдается у 28 % больных лихорадочной формой заболевания и у 16 % больных менингеальной формой. У 58 % больных отмечается двухволновое течение заболевания. Острый период всех форм заболевания протекает благоприятно, случаев заболевания с тяжелым течением и летальными исходами не было.

Смешанная энцефалитно-боррелиозная инфекция была выявлена у 2 % больных КИЗ. Смешанная инфекция отличается большей продолжительностью периодов пирексии первой волны и апирекции, наличием у ряда больных (24 %) мигрирующей кольцевидной эритемы. Клинические проявления представлены лихорадочной формой — 45 %, менингеальной формой — 32 %, очаговой формой — 23 %. Мигрирующая кольцевидная эритема наблюдается у 18 % больных, в том числе у 8 % больных очаговой формой заболевания. Двухволновое течение отмечается у 72 % больных.

Неверифицированные клещевые инфекции составляют 53 % клещевых инфекционных заболеваний в Кемеровской области. Принимая во внимание полиморфные клинические проявления, можно предполагать в ряде случаев заболеваний неверифицированными клещевыми инфекциями протозойную этиологию болезни. Данное положение подтверждается обнаруженным у жителя Кузбасса заболеванием бабезиозом [17].

Полученные сведения о клинических проявлениях клещевых нейроинфекций позволяют выявить диагностические критерии, пригодные для прогнозирования в остром периоде заболевания смешанной

энцефалитно-боррелиозной инфекции, развития неблагоприятного течения заболевания.

Перспективными направлениями дальнейших исследований проблемы клещевых инфекций представляются комплексное исследование иксодовых клещей в природных очагах, а также населения указанных территорий на предмет уточнения спектра инфекционных агентов (вирусологические, бактериологические, паразитологические, иммунологические и генетические исследования). Полученные результаты послужат основанием для дальнейшей разработки диагностики и прогнозирования, подходов к профилактике и лечению выявленных заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Коренберг, Э.И. Эрлихиозы — новая для России проблема инфекционной патологии /Коренберг Э.И. //Медицинская паразитология и паразитарные болезни. — 1999. — № 4. — С. 12-19.
2. Онищенко, Г.Г. Заболеваемость клещевым энцефалитом в Российской Федерации /Онищенко Г.Г. //Эпидемиологическая обстановка и стратегия борьбы с клещевым энцефалитом на современном этапе: Матер. расширенного пленума проблемной комиссии «Клещевой и другие вирусные энцефалиты» РАМН. — М., 2003. — С. 5-6.
3. Субботин, А.В. К вопросу об этиологии клещевого энцефалита с двухволновым течением /Субботин А.В., Семенов В.А. //Эпидемиологическая обстановка и стратегия борьбы с клещевым энцефалитом на современном этапе: Матер. расширенного пленума проблемной комиссии «Клещевой и другие вирусные энцефалиты» РАМН. — М., 2003. — С. 20-21.
4. Gale, A. Tick-borne diseases /Gale A., Ringdahl E. //Am. Fam. Physician. — 2001. — N 64. — P. 461-466.
5. Лепехин, А.В. Микст-инфекция клещевой энцефалит и иксодовый клещевой боррелиоз, аспекты клиники и лечения /Лепехин А.В., Жарова Н.В., Лукашова Л.В. //Природно-очаговые инфекции в России: Современная эпидемиология, диагностика, тактика защиты населения: Всерос. науч.-практ. конф. — Омск, 1998. — С. 94-96.
6. Черницына, Л.О. Оценка эффективности применения различных методов лечения клещевого энцефалита в остром периоде /Черницына Л.О., Коненков В.И., Иерусалимский А.П. //Журнал невропатологии и психиатрии. — 1992. — № 2. — С. 50-53.
7. Pavlovic, D. The clinical picture of Lyme disease in neurology /Pavlovic D., Levic Z., Dmitrovic R. //Glas. Srp. Akad. Nauka. Med. — 1993. — V. 43. — P. 203-212.
8. Tomazic, J. Immunological differentiation between tick-borne encephalitis with and without concomitant neuroborreliosis /Tomazic J., Ihan A., Strie F. //Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. — 1997. — N 12. — P. 920-923.
9. Алексеев, А.Н. Функционирование очагов смешанных клещевых инфекций на территории России /Алексеев А.Н., Буренкова Л.А., Васильева И.С. //Медицинская паразитология и паразитарные болезни. — 1996. — № 4. — С. 9-16.
10. Коренберг, Э.И. Клещевые боррелиозы /Коренберг Э.И. //Природная очаговость болезней: Исследования института Гамалеи РАМН. — М., 2003. — С. 99-122.
11. Осинцева, Т.С. Неврологические аспекты микст-инфекции иксодового клещевого боррелиоза и клещевого энцефалита в резидуальном периоде /Осинцева Т.С. //Клещевые боррелиозы: Матер. науч.-практ. конф. — Ижевск, 2002. — С. 224-227.

12. Семенов, В.А. Прогнозирование смешанной клещевой энцефалитно-боррелиозной инфекции /Семенов В.А., Субботин А.В. // Медицина в Кузбассе. – 2004. – № 3. – С. 14-16.
13. Дроздов, В.Н. Природно-очаговые клещевые нейроинфекции Западной Сибири /Дроздов В.Н., Коваленко В.Н., Веселов Ю.В. – Кемерово, 1988. – 126 с.
14. Иерусалимский, А.П. Клещевой энцефалит /Иерусалимский А.П. – Новосибирск, 2001. – 360 с.
15. Карцев, А.Д. Цикличность заболеваемости некоторыми природно-очаговыми инфекциями в Российской Федерации /Карцев А.Д. //Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 2002. – № 1. – С. 23-27.
16. Nicolson, G.L. Mycoplasmal infections in fatigue illnesses: Chronic Fatigue and Fibromyalgia Syndromes, Gulf War Illness and Rheumatoid Arthritis /Nicolson G.L., Nasralla M., Franco A.R. //J. Chronic Fatigue Syndr. – 2000. – N 6. – P. 23.
17. Мысливец, Ю.Э. Случай бабезиоза у жителя Кузбасса /Мысливец Ю.Э., Семенов В.А., Переделкин К.С. //Медико-биологические проблемы: Сб. науч. тр. – Кемерово-Москва, 2003. – Вып. 12. – С. 30-31.

УСТАНОВЛЕН МЕХАНИЗМ УТЕЧКИ ВОСПОМИНАНИЙ ИЗ ПАМЯТИ

Группа ученых из университета Висконсина–Медисона (University of Wisconsin–Madison) под руководством профессора Бредли Постля (Bradley Postle) в экспериментах по изучению факторов, способствующих забыванию, установила, что утечка воспоминаний из памяти происходит в результате конфликта между прежними воспоминаниями и схожей с ними новой информацией, усваиваемой мозгом.

Исследователям удалось определить участок мозга, ответственный за сохранение конфликтующих воспоминаний – это левая нижняя лобная извилина (gyrus frontalis inferior), входящая в состав префронтальной коры головного мозга, известной своим участием в формировании кратковременной памяти. Ранее активность этого участка мозга регистрировали с помощью метода ядерного магнитного резонанса во время провоцирования у испытуемых конфликта между схожими воспоминаниями. В данном эксперименте исследователи для прямого определения участия района мозга в процессах запоминания поступающей информации использовали метод транскраниальной (транскерепной) магнитной стимуляции (ТМС). С помощью этой безболезненной процедуры можно выводить из строя на короткое время путем индукции электрического тока заданные участки мозга без всяких последствий для их последующего нормального функционирования. Этот метод дает возможность исследователям определять, насколько активность того или иного участка мозга важна для выполнения определенной функции. Во время тестирования испытуемым предъявлялась для запоминания определенная информация, после чего исследователи задавали провокационный вопрос с целью запутать испытуемых. По ответам можно было оценить правильность запоминания схожей информации. В одном из вариантов опыта исследователи с помощью ТМС на 1–2 сек. подавляли у испытуемых активность нервных клеток левой нижней лобной извилины. В результате, испытуемые тратили на ответ больше времени и чаще отвечали неправильно по сравнению с испытуемыми, мозг которых не подвергали действию ТМС.

Источник: Svobodanews.ru

Е.Д. Басманова, Н.К. Перевощикова

Кемеровская государственная медицинская академия,

Кафедра поликлинической педиатрии,

г. Кемерово

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АЛИМЕНТАРНЫХ ДЕФИЦИТОВ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Особую тревогу у педиатров вызывают вопросы питания современных школьников. Как показывает практика, их суточный рацион отличается несбалансированностью. Недостаток или избыток важнейших нутриентов предрасполагает к формированию алиментарно-зависимых состояний, отрицательно влияющих на здоровье детей и подростков. Авторы изучили распространенность алиментарных дефицитов у детей школьного возраста, обучающихся в учреждениях образования различного типа г. Кемерово. В статье рассматриваются возможности коррекции рациона питания учащихся.

Ключевые слова: дети, питание, образовательные учреждения, здоровье, алиментарные дефициты.

Questions of a meal of children of school age constantly are in sphere of attention of pediatricians. Unfortunately, the daily diet of schoolboys differs imbalance. Lack or surplus of the major nutrients contributes to development of the alimentary-dependent conditions negatively influencing health of children and teenagers. Authors have studied prevalence of alimentary deficiencies at the schoolboys training in establishments of education of various type Kemerovo. Opportunities of correction of a diet of pupils are discussed in article.

Key words: children, a meal, educational establishments, health, alimentary deficiencies.

Одним из важнейших факторов, определяющих здоровье нации, является питание [1, 2, 3, 4, 5]. Особенно велика роль питания в детском возрасте, характеризующемся бурным ростом, интенсивным течением обменных процессов. Дети остро реагируют на избыток или недостаток пищевых веществ. Несбалансированное, нерациональное питание приводит к развитию алиментарно-зависимых состояний, снижает адаптационные возможности организма, предрасполагает к развитию острых и хронических заболеваний, не позволяет в полной мере раскрыться интеллектуальным возможностям ребенка [6, 7, 8, 9, 10]. Особое значение организация питания приобретает в образовательных учреждениях, в детских домах и школах-интернатах, где дети находятся круглосуточно.

Целью исследования явилось изучение распространенности алиментарно-зависимых состояний у детей школьного возраста (7-15 лет) г. Кемерово.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследования проводились на базе детских домов и школ-интернатов, где обучение детей прово-

дится по общеобразовательной программе (1 группа — 460 детей), и средних школ (2 группа — 700 детей). Состояние здоровья учащихся оценивалось по общепринятой методике с учетом пяти групп здоровья. Программа оценки физического развития предусматривала определение антропометрических данных (длина тела, масса, окружность грудной клетки). Изучались показатели красной крови — эритроциты, гемоглобин, цветной показатель, уровень общего кальция в сыворотке крови и суточная экскреция кальция с мочой по методу И. Тодорова, концентрация йода в моче вольтамперметрическим методом. Витаминная обеспеченность детей оценивалась клинически, а также по уровню экскреции аскорбиновой кислоты и рибофлавина с мочой. Витамин С определялся методом визуального титрования с использованием реактивов Тильманса, витамин В₂ — флюоресцентным методом рибофлавинсвязывающим апобелком.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Лишь 3 % учащихся средних школ можно было отнести к категории абсолютно здоровых (1 группа здоровья), у 58 % выявлялись функциональные отклонения (2 группа здоровья), 39 % школьников име-

ли хронические заболевания. В учреждениях интернатного типа (УИТ) удельный вес детей с хронической патологией был в 1,5 раза выше — 60 %, в том числе 2 % составляли дети-инвалиды, вторая группа здоровья регистрировалась у 40 % воспитанников. Если в средней школе на одного ребенка приходилось $1,9 \pm 0,4$ заболеваний, то в УИТ — более трех ($3,1 \pm 0,5$).

К этому предрасполагал целый ряд неблагоприятных факторов. До поступления в учреждение интернатного типа подавляющее большинство детей (96 %) воспитывались в семьях крайнего социального риска, где рождение ребенка было нежеланным событием. У матерей, как правило, отмечался отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, беременность протекала на фоне хронической алкогольной и никотиновой интоксикации. Невысокий материальный достаток семьи, низкий санитарный и культурный уровень родителей, неудовлетворительные социально-бытовые условия, отсутствие должного ухода за ребенком, несбалансированное питание усугубляли ситуацию. Анализируя анамнестические данные воспитанников, мы отметили широкую распространенность алиментарно-зависимых состояний на первом году их жизни. Так, рахит перенесли более 70 % младенцев, анемию — 39 % (во второй группе — 18 % и 16 %, соответственно). Высокий инфекционный индекс заболеваемости в раннем дошкольном возрасте имел каждый третий воспитанник учреждения интернатного типа, среди учащихся средних школ — каждый пятый.

Наиболее чувствительным показателем состояния здоровья является физическое развитие. Среди воспитанников детских домов и школ-интернатов удельный вес низкорослых детей превышал среднестатистические показатели в 3,6 раза. По нашим данным, в общеобразовательных школах дети с низким и очень низким физическим развитием (1-2 коридор) составляли менее 5 %, в детских домах и школах-интернатах — 18 %. Генез низкорослости отличался многогранностью и был обусловлен воздействием целого ряда неблагоприятных факторов: медико-биологических, алиментарных, психосоциальных, конституциональных, реже эндокринных. Максимально выраженные отставания в росте регистрировались у воспитанников в периоды ростовых скачков.

Большинство детей (74%) были оформлены в учреждение интернатного типа в дошкольном возрасте. Устранение негативных факторов приводило к стимуляции ростовых процессов, и с возрастом удельный вес низкорослых воспитанников сокращался. Большинство подростков после завершения пубертата имели средние возрастные показатели длины, массы тела и окружности грудной клетки. По нашим данным, физическое развитие девушек-выпускниц учреждений интернатного типа (длина, масса, окружность грудной клетки) достоверно не отличалось от показателей физического развития их ровесниц, обучавшихся в общеобразовательных школах ($p < 0,001$).

Однако у юношей ситуация складывалась менее благоприятно. К выпускному классу средняя длина

мальчиков в общеобразовательных школах составляла $176 \pm 1,1$ см, тогда как у подростков интернатных учреждений не превышала 170 см ($169,3 \pm 0,9$ см, $p < 0,01$), масса тела — $64,9 \pm 0,9$ кг и $57 \pm 1,2$ кг, соответственно ($p < 0,001$). В то же время, обращало на себя внимание исчезновение к 14-15 годам у воспитанников учреждений интернатного типа достоверных различий параметров грудной клетки по сравнению с подростками, проживавшими в семьях. Дефицит веса у воспитанников детских домов и школ-интернатов регистрировался в 1,4 раза чаще (23 % против 16 %), напротив, у школьников — в два раза чаще выявлялся избыток веса (13 % против 6 %).

Среди алиментарно-зависимых состояний, наряду с нарушением физического развития, у детей максимально часто диагностировался дефицит железа. В среднем, показатели красной крови в двух группах соответствовали норме: эритроциты у воспитанников составляли $4,29 \pm 0,3 \times 10^{12}$, у школьников — $4,32 \pm 0,5 \times 10^{12}$ ($p > 0,05$), гемоглобин — $129,2 \pm 0,6$ г/л и $131 \pm 0,9$ г/л ($p > 0,05$), цветной показатель — $0,91 \pm 0,02$ и $0,91 \pm 0,04$ ($p > 0,05$). Однако размах исследуемых параметров был достаточно велик. Так, у 22 % девочек и 16 % мальчиков-воспитанников учреждений интернатного типа диагностировалась анемия легкой степени; у детей, проживавших в семьях, — почти в два раза реже (12 % и 9 %, соответственно). Максимально часто анемия выявлялась в пубертатном возрасте. Причины формирования железодефицита носили как алиментарный характер, так и были обусловлены рядом хронических заболеваний.

Несмотря на то, что молоко присутствовало в рационе питания воспитанников в достаточном объеме (500-550 г), умеренная гипокальциемия выявлялась почти у каждого третьего ребенка, средний уровень кальция в сыворотке крови был ниже нормы — $2,07 \pm 0,02$ ммоль/л. При анкетировании большинство воспитанников с гипокальциемией отметили, что не любят кипяченое молоко, а другие молочные продукты, которым дети с удовольствием отдали бы предпочтение (сыр, творог, йогурт) не регулярно бывают в рационе питания. В этой связи школьники, проживавшие в семьях, находились в более выгодных условиях, так как имели возможность по своему желанию корректировать суточное меню. Однако и у них среднее содержание кальция в сыворотке крови было ниже нормы — $2,19 \pm 0,03$ ммоль/л ($p > 0,05$). Как показали результаты исследования, в данной ситуации у родителей и детей отмечался дефицит знаний в вопросах диететики, что не позволяло им составить полноценный и сбалансированный суточный рацион питания. Уровень экскреции кальция с мочой в обеих группах был одинаковым, и соответствовал нижней границе нормы ($2,5 \pm 0,02$ ммоль/сутки).

В последние годы ситуация с йодообеспечением в учреждениях образования изменилась в лучшую сторону за счет централизованного снабжения их йодированной солью. Это нашло отражение в снижении распространенности диффузного нетоксического зоба. До введения в рацион йодированной со-

ли (1993 г.) зоб диагностировался более чем у половины детей школьного возраста (52 %), в настоящее время — лишь у 29 %. Данный показатель не имел достоверных различий у детей образовательных учреждений разного типа, медиана содержания йода в моче учащихся обеих групп соответствовала нижней границе нормы ($100 \pm 0,9$ мкг/л). Однако, при общем благоприятном соотношении средних величин, частотное распределение концентраций йода в моче не позволяло говорить о достаточной йодной обеспеченности воспитанников и учащихся школ. Йодный дефицит легкой степени выявлялся у 31 % воспитанников и у 28 % школьников, средней степени — у 4 % и 6 %, соответственно. Максимально низкие показатели экскреции йода с мочой были зарегистрированы у 12-14-летних подростков, клинически в этой группе максимально часто диагностировался диффузный нетоксический зоб. Как показывает практика, в основе формирования зоба лежит не только дефицит йода, но и целый ряд других не менее важных нутриентов.

Клинически гиповитаминозные состояния (сухость кожи, хейлит, заеды, тусклость и выпадение волос и др.) выявлялись у каждого десятого воспитанника учреждения интернатного типа, похожая ситуация складывалась среди школьников, проживавших в семьях (12 %). В обеих группах регистрировался тревожно низкий уровень экскреции аскорбиновой кислоты с мочой ($0,069 \pm 0,005$ мг/час и $0,072 \pm 0,004$ мг/час, $p > 0,05$). Аналогичная ситуация складывалась и с рибофлавином ($9,1 \pm 1,3$ мкг/час и $9,9 \pm 0,9$ мкг/час, $p > 0,05$).

Алиментарные дефициты, несмотря на всю их серьезность, достаточно легко устраняются при рациональной организации питания. Подтверждением этому явились результаты повторного исследования обмена кальция у детей через шесть месяцев от начала реализации Губернаторской программы. Согласно программе, отдельные категории детей в учреждениях образования различного типа бесплатно получали продукты питания, дополнительно обогащенные витаминами и минералами (молоко, кисели, печенье, вафли, булочки), а также БАДы («Гемактин»). Замена кипяченого молока в школьной столовой витаминизированным молоком в красивой современной упаковке с трубочкой-соломинкой позволила сократить удельный вес «не любителей» данного продукта с 32 % до 8 %. Повторное исследование кальция в сыворотке крови воспитанников зарегистрировало отчетливую положительную динамику. На 20 % сократился удельный вес детей с гипокальциемией, средний уровень кальция крови составил $2,18 \pm 0,01$ ммоль/л.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Особое место в структуре заболеваемости детей школьного возраста принадлежит алиментарно-зави-

мым состояниям. Если нарушения физического развития и анемия достоверно чаще выявляются у воспитанников учреждений интернатного типа, то нарушения кальциевого обмена, йодный дефицит, гиповитаминозы диагностируются с одинаковой частотой среди учащихся разного типа образовательных учреждений. Отсутствие должной информированности в вопросах диетологии не позволяет обеспечить полноценный и сбалансированный рацион питания школьников. Поэтому особое значение имеет формирование вкуса у детей, расширение знаний о культуре питания. Отказ от шаблонов и стереотипов, государственный подход к организации питания способствуют предупреждению алиментарных дефицитов у детей и подростков.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Делягин, В.М. Дефицит витаминов и минералов у детей /Делягин В.М. //Рос. пед. журнал. — 2006. — № 1. — С. 48-52.
2. Кучма, В.Р. Приоритетные оценки состояния здоровья и профилактика заболеваний у детей и подростков /Кучма В.Р., Сухарева Л.М. //Гиг. и санит. — 2005. — № 6. — С. 42-45.
3. Семенова, В.Н. К вопросу о питании детей и студентов /Семенова В.Н., Шаропута В.М., Мишина С.В. //Здоровое питание населения России: VII Всерос. конгр. — М., 2003. — С. 468-469.
4. Трофименко, Л.С. Концепция совершенствования питания как фактора здоровья детей и подростков /Трофименко Л.С. //Педиатрия. — 1997. — № 6. — С. 86-88.
5. Питание семей с детьми в России продолжает ухудшаться /Харченко В., Аюпова А., Иофина О., Мишиев В. //Врач. — 1999. — № 9. — С. 7-11.
6. Воронцов, И.М. Справочник по детской диететике /Воронцов И.М., Мазурин А.В. — Л., 1980. — 415 с.
7. Игишева, Л.Н. Здоровье детей школьного возраста и пути его улучшения на современном этапе /Игишева Л.Н. //Мать и дитя в Кузбассе. — 2005. — № 3. — С. 3-8.
8. Коровина, Н.А. Дефицит железа и когнитивные расстройства у детей /Коровина Н.А. //Леч. врач. — 2006. — № 5. — С. 69-71.
9. Ладодо, К.С. Формирование вкуса у детей /Ладодо К.С. //Вопр. дет. диетол. — 2006. — № 1. — С. 22-24.
10. Витамины и минералы для роста и развития детей /Щеплягина Л.А., Маслова О.И., Римарчук Г.В. и др. //Педиатрия. — 2006. — № 2. — С. 68-71.
11. Захарова, И.Н. Коррекция дефицита витаминов у детей /Захарова И.Н., Скоробогатова Е.В. //Рус. мед. журн. — 2006. — № 1. — С. 70-74.
12. Панин, Л.Е. Оценка современного питания детей в школах-интернатах Таймыра /Панин Л.Е., Киселева С.И. //Вопр. питания. — 1997. — № 3. — С. 20-30.
13. Профилактическая витаминизация детей в дошкольных, школьных, лечебно-профилактических учреждениях и домашних условиях: информ. письмо и инстр. Минздравмедпрома РФ. — М., 1994. — 23 с.
14. Спиричев, В.Б. Дефицит микронутриентов и отечественные продукты лечебно-профилактического питания для его коррекции: метод. реком. /Спиричев В.Б. — М., 1998. — 32 с.
15. Шилин, Д.Е. Молоко как источник кальция в питании современных детей и подростков /Шилин Д.Е. //Педиатрия. — 2006. — № 2. — С. 68-74.

Л.В. Куркина

Кемеровская государственная медицинская академия,
Кафедра общей гигиены,
г. Кемерово

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ (ОКИ) СРЕДИ ДЕТСКОГО И ВЗРОСЛОГО СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОГО РАЙОНА

Установлена прямая зависимость роста заболеваемости ОКИ и ее причинами. С целью уменьшения роста заболеваемости ОКИ необходима разработка региональных программ по реконструкции водопроводных сетей и социально-медицинской программы по медицинскому обследованию сельского населения Кемеровского района. Динамика заболеваемости ОКИ среди сельского населения Кемеровского района имеет дискретный характер.

Ключевые слова: заболеваемость, острые кишечные инфекции, сельское население, Кемеровский район, бактериальное загрязнение, источники водоснабжения.

We proved the dependence between the increase of the acute enteric infection of the sickness rate and its causes. To reduce the sick rate of the acute enteric infection one should elaborate some local program: medical and reconstructional (for water supply network) of the Kemerovo's region. The dynamics of the sickness rate of the acute enteric infection among the rural population of Kemerovo's region has an undulating nature.

Key words: sickness rate, acute enteric infection, rural population, Kemerovo's region, bacterium pollution, springs of the water supply.

В Российской Федерации сложилась крайне неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по заболеваемости острыми кишечными инфекциями (ОКИ). Показатель заболеваемости ОКИ вырос в 1995 году вдвое по сравнению с 1991-1992 гг. (с 17,9 и 18,1 на 100 тыс. населения до 35,4) и в последующие три года сохранялся на этом высоком уровне (1996 г. — 35,8; 1997 г. — 36,3; 1998 г. — 35,7), на отдельных территориях в этот период их заметный рост продолжается [1, 2]. Кратность различий частоты ОКИ на территориях экономических районов России в 2003 г. увеличилась в 4,8 раза, но если взять показатели отдельных субъектов Российской Федерации, то различия достигли 10 и даже 20 [3].

Установлено, что основные причины, которые приводят к росту заболеваемости ОКИ, делятся на две группы:

- обусловленные объективными обстоятельствами, которые не зависят от деятельности человека (т.е. высокая устойчивость возбудителей ОКИ вне ор-

ганизма человека, по сравнению с другими возбудителями);

- порождаемые обществом и отдельными индивидуумами [4].

Известно, что причинами распространения заболевания ОКИ является: деятельность общества и отдельных людей, то есть степень санитарно-коммунального благоустройства населенных пунктов, функционирование водопроводных сетей, качество выполнения всех гигиенических требований на предприятиях общественного питания, в дошкольных, образовательных, воспитательных, социальных, лечебных и иных учреждениях [5].

Показатель заболеваемости ОКИ в Кемеровской области вырос в 1995 году вдвое, по сравнению с 1991-1992 гг. (с 19,9 и 21,9 на 100 тыс. населения до 55,8) и в последующие три года сохранялся на этом высоком уровне (1996 г. — 45,8; 1997 г. — 63,3; 1998 г. — 75,7).

Цель исследования — установить социально-гигиенические факторы, которые оказывают влияние

на распространение ОКИ среди детского и взрослого населения Кемеровского района.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено сравнение годовых динамик заболеваемости ОКИ среди детского и взрослого населения Кемеровского района и районов Кемеровской области (Тяжинский, Беловский, Новокузнецкий и т.д.), которое основывалось на статистических данных ЦГСЭН Кемеровского района и Кемеровской области. Исследована помесечная динамика заболеваемости острыми кишечными инфекциями среди сельского населения Кемеровского района на основе статистических данных Центральной районной больницы Кемеровского района и ЦГСЭН в Кемеровском районе.

Проведен анализ результатов многолетних лабораторных исследований ЦГСЭН в Кемеровском районе воды на бактериологическое загрязнение.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате исследования установлено, что темп прироста заболеваемости острыми кишечными инфекциями среди детского и взрослого населения Кемеровского района за период с 1995 по 2003 гг. составил в среднем 70,09, а темп прироста заболеваемости ОКИ среди сельского населения районов Кемеровской области – 78,61 (табл. 1).

Полученные результаты позволяют сделать вывод, что максимальное увеличение темпа прироста заболеваемости острыми кишечными инфекциями среди сельского населения Кемеровского района пришлось на 1997 год (в 7,3 раза), хотя по районам Кемеровской области в том же году темп прироста заболеваемости ОКИ увеличился лишь в 4,4 раза. Анализ заболеваемости ОКИ позволяет сделать вывод о том, что с 1995 по 2003 гг. наблюдается увеличение заболеваемости ОКИ у сельского населения Кемеровского района и районов Кемеровской области.

Одна из причин, которая приводит к увеличению заболеваемости острыми кишечными инфекциями среди сельского населения Кемеровского района, – износ водопроводных сетей и перебои в подаче воды населению.

Представлялось целесообразным оценить внутригодовую динамику заболеваемости ОКИ среди сельского населения Кемеровского района, которая связана с путями передачи заболевания ОКИ. Заболевшие (около 97,5 %) указывали, что основными причинами заболевания ОКИ у них явилось употребление не кипяченой воды и несоблюдение личной гигиены.

Помесечная заболеваемость ОКИ носила дискретный характер – месяцы подъема и спада постоянно чередовались. Максимальное количество заболевших ОКИ приходилось на такие месяцы, как март-май (96,5 %) и июль-сентябрь (97,7 %).

Таблица 1
Годовая динамика и темп прироста
заболеваемости острыми кишечными инфекциями
среди сельского населения Кемеровского района
и районов Кемеровской области (‰)

Год	Годовая динамика		Темп прироста	
	Кемеровский район	Районы области	Кемеровский район	Районы области
1995	222,22	97,83	-40,1	4,4
1996	127,23	102,31	-42,7	4,6
1997	157,36	81,60	23,7	20,2
1998	352,9	436,7	130,3	80,0
1999	812,8	785,9	130,3	80,0
2000	826,02	901,15	139,2	120,8
2001	832,8	919,25	144,5	127,8
2002	836,8	929,06	145,6	132,9
2003	837,9	930,06	145,7	136,8
Итого:	5006,03	5183,88	70,09	78,61

Анализ многолетних лабораторных исследований ЦГСЭН в Кемеровском районе воды и статистических данных по заболеваемости ОКИ ЦРБ в Кемеровском районе позволил сделать вывод о том, что второй подъем заболеваемости ОКИ среди детского и взрослого населения приходится на летний и осенний периоды (август-сентябрь), что связано с инкубационным периодом болезни и снижением уровня водоносного горизонта подземных источников воды Кемеровского района (табл. 2).

Снижение уровня водоносного горизонта подземных источников воды (89,6 %) приводит к тому, что имеет место подсос части воды из близко расположенных открытых источников. Как известно, открытые источники воды имеют бактериальное загрязнение (22,4 %) и нуждаются в дополнительном хлорировании. Поэтому данный факт также оказывает влияние на увеличение заболеваемости ОКИ среди детского и взрослого населения Кемеровского района в течение всего года.

Результат многолетних лабораторных исследований ЦГСЭН в Кемеровском районе воды показал, что в такие месяцы, как апрель-май увеличение заболеваемости ОКИ идет за счет интенсивного бактериального загрязнения воды (табл. 3).

Таблица 2
Уровень водоносного горизонта подземных источников
воды Кемеровского района (1995–2003 гг.), в %

Год	Снижение	Подсос из открытых источников
1995	78,9	19,6
1996	79,5	20,1
1997	87,6	23,4
1998	89,2	25,6
1999	92,3	26,5
2000	92,7	27,8
2001	93,8	28,6
2002	95,2	29,2
2003	96,9	32,1

Таблица 3
Бактериологические загрязнители источников водоснабжения
в населенных пунктах Кемеровского района (1996–2003 гг.)

Год	Количество проб	% нестандартных проб	Бактериологические загрязнители		
			Кишечная палочка	Шигелла Флекснера	Пикорнавирус из рода энтеровирусов
1996	398	77	± 37,0	± 20,1	± 19,9
1997	406	75,4	± 32,7	± 21,7	± 20,1
1998	501	77,9	± 37,8	± 20,1	± 20,0
1999	497	75,4	± 39,0	± 26,4	± 10,0
2000	499	77,0	± 39,1	± 27,9	± 10,0
2001	501	77,9	± 39,8	± 28,1	± 10,0
2002	503	80,8	± 40,3	± 29,5	± 11,1
2003	503	87,1	± 42,4	± 30,7	± 14,0

Анализ уровня загрязнения воды Кемеровского района показал, что этот уровень составляет $38,73 \pm 3,65$ на 1000 исследованных проб. Основными бактериологическими загрязнителями воды являются такие микроорганизмы, как шигелла Флекснера, кишечная палочка, пикорнавирус из родов энтеровирусов. В последние 9 лет бактериологическое загрязнение воды носило дискретный характер – наблюдались периоды подъема и спада. В 1996 году бактериальное загрязнение воды (кишечной палочкой) составило 36,97 %, а в 2003 году увеличилось до 42,36 %, т.е. в 1,15 раза ($p < 0,01$).

Профилактическими мероприятиями, направленными на снижение бактериального загрязнения воды в источниках водоснабжения, являются благоустройство зоны охраны водонапорных башен и дополнительное хлорирование воды при подаче ее в водопроводные сети в Кемеровском районе.

Полученные результаты позволяют заключить, что между заболеваемостью ОКИ среди сельского населения Кемеровского района и причинами, которые приводят к увеличению заболеваемости ОКИ, имеется прямая зависимость.

Результаты последних 9 лет показали, что идет постоянный рост заболеваемости ОКИ. В 1995 году заболеваемость ОКИ составила 56,9 на 10000 населения, а в 2003 году она увеличилась в 4,1 раза ($t < 2$, $p > 0,05$) и составила 235,8 на 10000.

Учитывая, что имеется рост динамики заболеваемости ОКИ среди сельского населения Кемеровского района, становится очевидной необходимость разработки социально-медицинской и региональной программ по реконструкции водопроводных сетей Кемеровского района.

ВЫВОДЫ:

1. Рост ОКИ среди детского и взрослого населения Кемеровского района обусловлен употреблением не кипяченой воды и несоблюдением личной гигиены, а также бактериальным загрязнением воды в источниках водоснабжения.
2. Годовая и помесечная динамика заболеваемости ОКИ среди сельского населения Кемеровского района имеет дискретный характер.
3. В обеспечении здоровья сельского населения Кемеровского района ведущее место принадлежит развитию инфраструктуры, закрепленной отдельной строкой в бюджете района.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Онищенко, Г.Г. XXI век – без острых кишечных инфекций /Онищенко Г.Г., Шахгильдян И.В. //Медицина для всех. – 2003. – № 2. – С. 1.
2. Эпидемиологические особенности дизентерии Зонне и Флекснера в Петербурге в 1953-1994 гг. /Поплавская Ж.В., Парков И.В., Шербак Л.Л. и др. //Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. – 1996. – № 4. – С. 49-53.
3. Лучшев, В.И. Динамика заболеваемости ОКИ в Москве /Лучшев В.И., Малышев Н.А. //Российский медицинский журнал. – 1999. – № 1. – С. 3-7.
4. Мукомолов, С.Л. Отступает, но не сдаётся /Мукомолов С.Л., Шляхтенко Л.И. //Медицина для всех. – 2003. – № 2. – С. 26-28.
5. Факторы риска в эпидемиологии дизентерии /Замотин Б.А., Наумович Л.С., Ткерасова Г.С., Анисова М.В. //Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. – 1986. – № 4. – С. 40-44.

МАГНИЙ – БОРЕЦ С ОПУХОЛЯМИ?

Чем больше в рационе магния, тем меньше вероятность развития онкологических заболеваний прямой и толстой кишки. Медики полагают: этот микроэлемент воздействует на клетки кишечника, не давая им разрастаться и перерождаться. Чтобы пополнить запасы магния в организме, чаще ешьте морскую рыбу, зеленые овощи (редьку, огурцы, салат, петрушку), любые бобовые, йогурты, грецкие орехи и арахис.

Источник: Посольство Медицины

Е.В. Шабалдина, С.А. Павленко, А.В. Шабалдин

Кемеровская государственная медицинская академия,

Институт экологии человека СО РАН,

г. Кемерово

ЮВЕНИЛЬНЫЙ РЕСПИРАТОРНЫЙ ПАПИЛЛОМАТОЗ ГОРТАНИ

В статье представлены основные сведения об этиологии, патогенезе и лечении рецидивирующего респираторного папилломатоза в детском возрасте. Рассмотрена адъювантная терапия, включающая индуктор интерферона (ридостин). Показан положительный эффект ридостина в лечении рецидивирующего папилломатоза гортани у детей.

Ключевые слова: рецидивирующий респираторный папилломатоз, дети, гортань, индуктор интерферона.

The article outlines etiology, pathogenesis and treatment of recurrent respiratory papillomatosis (RRP) in childhood. Adjuvant therapy including interferon inducers (rydostin) is scrutinized. Positive effect of rydostin in RRP treatment is showed.

Key words: Recurrent respiratory papillomatosis, childhood, larynx, interferon inducers.

Среди доброкачественных опухолей гортани папилломатоз встречается наиболее часто, составляя по данным различных авторов от 15 до 57 % [1]. Респираторный рецидивирующий папилломатоз представлен двумя вариантами, которые отличаются как по клинической картине, так и по прогнозу. Это ювенильный и взрослый варианты [2]. Основные клиническими проявлениями ювенильного респираторного папилломатоза (ЮРП) являются редкая малигнизация в злокачественную опухоль, частые рецидивы и распространенный рост папиллом [3]. Для взрослых, напротив, характерна единичная папиллома, которая озлокачивается в течение первых двух-трех лет [2, 4]. Хотя ЮРП носит доброкачественный характер по течению, по общим проявлениям он относится к разделу тяжелой, зачастую инвалидизирующей патологии. Это обусловлено рецидивирующим течением заболевания, отсутствием этиологического лечения [5]. Хирургическое удаление папиллом сопровождается многократной дачей наркоза, что само по себе вызывает ряд побочных эффектов. Многократные оперативные вмешательства на области голосовых складок приводят к формированию дисфоний, дети ощущают социальную дезадаптацию, что требует определенной психологической коррекции.

Частота встречаемости ЮРП составляет от 4 до 6 случаев на 1000 детского населения [6]. Основной пик заболеваемости приходится на 2-3 года, но предполагают и возможность врожденного папилломатоза [7].

К настоящему времени определено более 50 типов вирусов, вызывающих папилломатоз гортани [8, 9, 10]. Наиболее часто при этом заболевании выделяют 6 и 11 типы [9]. У подавляющего большинства больных заболевание связано с врожденным им-

мунодефицитом [11]. Именно поэтому эффективность лечения ЮРП определяется комплексной программой, включающей полное хирургическое удаление папиллом с последующей протиговирусной и иммунокорректирующей терапией [5, 12, 13]. Надо отметить, что даже на этой терапии половина детей с ЮРП продолжают давать рецидивы, которые опасны своими осложнениями.

Исходя из этого, целью настоящего исследования была оценка клинико-иммунологических характеристик ЮРП гортани и возможностей индукторов интерферона в комплексной терапии заболевания.

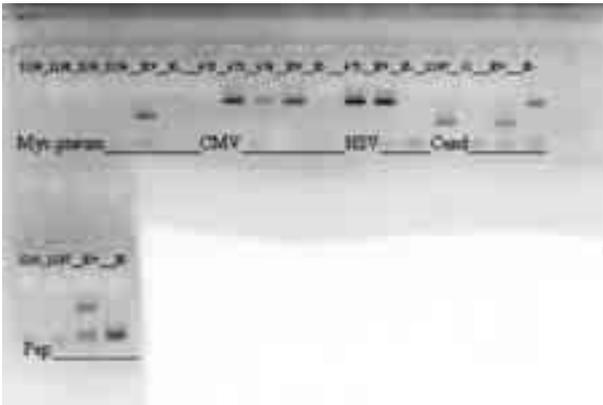
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ЛОР-отделении для детей Кемеровской областной клинической больницы проходили лечение 24 ребенка, страдающих папилломатозом гортани. Среди них 14 мальчиков и 12 девочек. На фоне тяжелого распространенного процесса 1 ребенок умер в результате острого стеноза гортани, развившегося при респираторной инфекции. Средний возраст первого эпизода заболевания был 3 года. Среди родственников больных детей подобного заболевания не встречалось. У всех детей прослеживалась наследственная отягощенность по аллергической патологии. Основные жалобы при поступлении были на осиплость голоса, одышку при физической нагрузке. Все дети относились к категории часто болеющих респираторными инфекциями. В анамнезе из ранее перенесенных заболеваний встречались: сальмонеллез у 2-х детей, коревая краснуха у 3-х, рецидивирующая кишечная инфекция у 5, туберкулезный вираж у 3-х, рецидивирующие бронхиты у 2-х пациентов. Со сто-

роны ЛОР-органов отмечалась частая заболеваемость ангинами, отитами и гайморитами у 17 детей. Аллергические проявления на коже были у 19 детей в течение первых трех лет жизни.

Всем детям проводили исследование субпопуляций лимфоцитов периферической крови с использованием моноклональных антител к CD3, CD4, CD8, CD16, CD20, CD25. Оценивали фагоцитарную активность нейтрофилов в тесте с нитро-синим тетразолам. Определяли в сыворотке крови уровень циркулирующих иммунных комплексов и иммуноглобулинов А, М, G, E. Иммунологические исследования проводили на базе лабораторий МУЗ ККДЦ и МУЗ ДГКБ № 5. Из удаленных папиллом выделяли суммарную ДНК и проводили генетическую идентификацию с помощью полимеразно-цепной реакции вирусов папиллом, герпетических вирусов, цитомегаловирусов и вируса Эпштейна-Бара. Генетические исследования проводили на базе Института экологии человека СО РАН (рисунок).

Рисунок 1
Электрофорез в 1,5 % агарозе
продуктов амплификации с генов: микоплазмы
пневмония (Myc. Pneum), цитомегаловируса (CMV),
герпес вируса 1,2 (HSV), кандиды альбиканс (Cand),
папилломатозного вируса 6,11 (Pap)



В качестве индуктора интерферона был выбран отечественный препарат «Ридостин». Данный препарат назначался сразу после удаления папиллом в разовой дозе 0,2 мг на 1 кг массы ребенка внутримышечно 1 раз в день. Курс составлял 4 инъекции с интервалом 1 раз в 2 дня. Терапию ридостином проводили у 5 пациентов (опытная группа) и у 14 детей в комплексном лечении ЮРП ридостин не применялся (контрольная группа).

Статистическую обработку проводили с помощью пакета прикладных программ для Windows XP, Statistica 6.0. Различия считались достоверными при ошибке менее 5 %.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенное исследование показало, что ЮРП гортани ассоциирован с различными иммунными на-

рушениями. У 4-х детей выявлен дефицит Т-клеточного звена иммунитета, проявляющегося снижением в периферической крови Т-лимфоцитов (CD3+) ниже 25 %. Кроме того, у этих детей на фоне общего снижения Т-лимфоцитов имел место и дефицит Т-хелперов (CD4+). У 2 детей, напротив, CD4+ лимфоциты преобладали в периферической крови (43 % и 47 %, соответственно), что приводило к увеличению соотношения CD4/CD8 (соответственно, 2,4 и 2,6). Тем самым, можно предположить, что у части больных с ЮРП возможна стимуляция аутоиммунных клонов.

У большинства детей (17 обследованных) иммунные нарушения были связаны с увеличением в периферической крови иммуноглобулина E до 126 нг/мл и циркулирующих иммунных комплексов до 0,100 усл. ед. Эти данные показывают значимость атопии и инфекционной аллергии на течение основного заболевания.

Полученные результаты подтверждают литературные данные о ведущем значении в формировании ЮРП сопутствующей иммунопатологии. Так, Bergler W.F. (2000) указывал на наличие у 70 % детей с ЮРП аллергии на белки коровьего молока. Aaltonen L.M. (2001) отметил значимость дефицита антител к вирусам папилломатоза в развитии ЮРП. Исследования Рагозина И.В. (1987) показали возможность гиперчувствительности замедленного типа к антигенам папиллом в патогенезе ЮРП. Тем самым, вполне обосновано применение в комплексной терапии ЮРП иммунокорректирующих средств. Так, при вторичном Т-клеточном иммунодефиците могут быть использованы препараты тимуса; при выраженном аутоиммунном компоненте — стероиды; а при атопии и инфекционной аллергии — антигистаминные препараты или кромогликаты.

На следующем этапе было проведено исследование этиологии ЮРП. Так, поиск генетических маркеров вирусов папиллом и герпеса показал следующее. Лишь у пяти больных был выявлен общий генетический маркер папилломатозных вирусов. Генотипирование выделенных ампликонов не привело к идентификации типа вируса папилломатоза. У двух больных был обнаружен вирус Эпштейна-Бара и у трех — вирус простого герпеса. Цитомегаловирусы выявлялись у двух пациентов. У одного ребенка обнаружено микстное инфицирование вирусами простого герпеса и Эпштейна-Бара. Тем самым, лишь у половины больных мы смогли идентифицировать вирусы, которые могли вызывать ЮРП. Проведенное исследование согласуется с данными литературы о том, что в этиологическом отношении ЮРП гортани остается не изученным заболеванием [14]. Поэтому разработка принципов терапии и особенно специфической профилактики (вакцинации) ЮРП должна проводиться после идентификации вирусов [15]. В то же время, применение интерферонов или рекомбинантных интерферонов может существенно улучшить результаты лечения.

На последнем этапе провели исследование эффективности терапии ридостином при ЮРП горта-

ни. При сравнении временного промежутка между рецидивами заболевания в опытной и контрольной группах получено достоверное различие. Так, в опытной группе рецидивы после терапии ридостином наступали через $5,3 \pm 0,6$ месяцев, а в контрольной группе временной промежуток между рецидивами составлял $2,6 \pm 0,3$ месяца ($p < 0,05$). У одного ребенка (20 % из всей опытной группы) после проведенной 2-хкратно терапии ридостином рецидивы ЮРП прекратились. Тем самым, можно утверждать, что применение ридостина существенно улучшает эффективность проводимого консервативного лечения ЮРП, а примерно в 20 % случаях приводит к выздоровлению.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование показало, что ЮРП гортани в Кемеровской области протекает на фоне высокой аллергической предрасположенности. В большинстве случаев этиологический фактор при ЮРП гортани остается не выясненным. Применение в комплексной терапии индуктора интерферона «Ридостина» в 20 % случаев приводит к выздоровлению от ЮРП гортани.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Киселев, В.И. Молекулярные механизмы регуляции гиперпластических процессов /Киселев В.И., Ляшенко А.А. – М., 2005. – 348 с.
2. Вознесенская, И.А. Папилломы верхних дыхательных путей /Вознесенская И.А. – М., 1974. – 238 с.
3. Солдатский, Ю.Л. Исходы респираторного папилломатоза /Ю.Л. Солдатский, Е.К. Онуфриев, Н.В. Щепин //Российская оториноларингология. – 2004. – № 4(11). – С. 70-73.
4. Солдатский, Ю.Л. Адыювантная терапия рецидивирующего респираторного папилломатоза в детском возрасте /Солдатский Ю.Л. //Педиатрическая фармакология. – 2006. – №2. – С. 26-30.
5. Каримова, Ф.С. Лечение папилломатоза гортани индукторами интерферона /Каримова Ф.С., Иванченко Г.Ф., Григорян С.С. //Вестник оториноларингологии. – 2000. – № 5. – С. 54-57.
6. Incidence and prevalence of recurrent respiratory papillomatosis among children in Atlanta and Seattle /Armstrong L.R., Preston E.J., Reichert M. et al. //Clinical Infectious Diseases. – 2000. – N 31. – P. 107-109.
7. Current advances in the basic research and clinical management of juvenile-onset recurrent respiratory papillomatosis /W.F. Bergler, K. Gotte //Eur. Arch. Otorhinolaryngol. – 2000. – N 257. – P. 263-269.
8. Овчинников, Ю.М. Распространенность типов вируса папилломы человека и их влияние на течение заболевания у детей, страдающих рецидивирующим респираторным папилломатозом /Ю.М. Овчинников, В.И. Киселев, Ю.Л. Солдатский //Вестник оториноларингологии. – 2004. – №3. – С. 29-33.
9. Human papillomavirus – 11 – associated recurrent respiratory papillomatosis is more aggressive than human papillomavirus – 6 – associated disease /Rabah R., Lancaster W.D., Thomas R., Gregoire L. //Pediatric and Developmental Pathology. – 2001. – N 4. – С. 68-72.
10. Human papillomavirus and host variables as predictors of clinical course in patients with juvenile – onset recurrent respiratory papillomatosis /Gabbott M., Cossart Y.E., Kan A. et al. //Journal of Clinical Microbiology. – 1997. – Dec. – P. 3098-3103.
11. Оценка образования антител к интерферону у больных ювенильным респираторным папилломатозом при интерферонотерапии /Кольцов В.Д., Чирешкин Д.Г., Онуфриева Е.К. и др. //Вестник оториноларингологии. – 1996. – № 4. – С. 25-27.
12. Нурмухаметов, Р.Х. Применение препаратов интерферона при ювенильном респираторном папилломатозе /Р.Х. Нурмухаметов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1998. – 22 с.
13. Сидоренко, С.И. Препараты интерферона и его индукторы в комплексной терапии ювенильного респираторного папилломатоза /С.И. Сидоренко: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2001. – 21 с.
14. Molecular events in the progression of recurrent respiratory papillomatosis to carcinoma /Lele S.M., Pou A.M., Venturaet K. al. //Arch. Pathol. Lab. Med. – 2002. – Vol. 126, October. – P. 1184-1188.
15. Poor antibody response against human papillomavirus in adult-onset laryngeal papillomatosis /Aaltonen L.-M., Auvinen E., Dillner J. et al. //J. Med. Microbiol. – 2001. – Vol. 50. – С. 468-471.

СЛЕЗЫ НЕОБХОДИМЫ ЧЕЛОВЕКУ

Во время моргания по поверхности глаза распределяется слезная пленка, состоящая из трех слоев: слизистого, водяного и липидного. Преобладающим компонентом липидного слоя слезной жидкости оказался олеамид, а нарушение его количества может быть связано с таким заболеванием, как сухость глаз, сопровождающимся нарушением слезной пленки. От этого заболевания страдают от 12 до 14 миллионов американцев. Так считает Келли Ничолс (Kelly Nichols), руководитель исследования и доцент кафедры оптометрии в Государственном университете Штата Огайо (Ohio State University). Ученые собирали и исследовали состав секрети, выделяемой крошечными, сальными железами (meibomian glands или glandulae tarsales), расположенными в толще хряща век. Используя технику масс-спектрометрии с электрораспылением, ученые смогли различить компоненты липидного слоя слезной жидкости, выделяемого железами. В настоящее время Ничолс и ее команда изучают роль олеамида в передаче клеточных сигналов, наряду с ролью, которую липид может играть в сухости глаза.

Источник: Svobodanews.ru

Ю.В. Захарова

Кемеровская государственная медицинская академия,
Кафедра эпидемиологии,
Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии,
г. Кемерово

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗОВ РАЗЛИЧНЫХ БИОТОПОВ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Исследован качественный и количественный состав микробного сообщества толстой кишки 30 сотрудников родильного дома и 15 сотрудников хирургического отделения. В результате исследования продемонстрировано, что слизистая толстой кишки медицинских сотрудников родильного дома высоко колонизирована бактериями рода *Klebsiella* и эшерихиями с измененными биологическими свойствами: обладающие гемолитической активностью и неферментирующие лактозу. Микробное сообщество толстой кишки сотрудников хирургического отделения характеризовалось доминированием бактерий рода *Staphylococcus* и *Enterococcus* с гемолитической активностью. У медицинских сотрудников выявлена высокая частота обнаружения грибов *Candida albicans*.

Ключевые слова: медицинский персонал, микробное сообщество толстой кишки, качественный и количественный состав.

The qualitative and quantitative composition of the microbial environment of the large intestine in 30 obstetric medical staff and 15 surgical hospital personnel was revealed. The study demonstrated that mucosa of the large intestine of the obstetric medical staff is highly colonized with bacteria of the genus *Klebsiella* and *E. coli* with the changed biologic properties: with the haemolytical activity and the lactose-negative *E. coli*. The microbial composition of the large intestine of surgical hospital personnel was characterized by dominating bacteria of the genus *Staphylococcus* and *Enterococcus* with the haemolytical activity. For medical staff high detection rate of *Candida albicans* was revealed.

Key words: medical staff, microbial environment of the large intestine, qualitative and quantitative composition.

Современных позиций микрофлору человека рассматривают как совокупность множества микробиоценозов, занимающих многочисленные экологические ниши на коже и слизистых всех открытых полостей макроорганизма. В любом микробиоценозе всегда имеются постоянно обитающие виды бактерий (автохтонная, индигенная микрофлора), а также транзиторные виды (добавочные, случайные виды, аллохтонная микрофлора). Obligatная микрофлора различных биотопов человека играет важную роль в метаболизме организма-хозяина и в защите его от возбудителей инфекционных заболеваний [1]. Представители факультативной части микрофлоры достаточно часто встречаются у здоровых людей, но они не постоянны и время от времени меняются. Микрофлора различных биотопов, в частности, кишечника является динамичной системой, выраженность изменений которой во многом определяется временем года, полом и возрастом, характером питания. Особенности нормальной микрофлоры также придают эколого-гигиенические, климатогео-

графические условия обитания человека, профессиональная деятельность [2].

Своеобразие экологических условий лечебных учреждений, большая концентрация ослабленных лиц на ограниченных территориях, своеобразный микробный пейзаж в стационарах, наличие большого числа источников инфекции среди пациентов, нарастающий «вал» агрессии инвазивных вмешательств, широкое применение антибиотиков и цитостатиков — все это не может не отразиться на микробиоценозах различных биотопов медицинских работников. Более того, возникновение дисбиотических нарушений различных микробиоценозов у медицинского персонала способствует ускорению темпов эволюции госпитальных штаммов, использующих данные «незащищенные» топодемы в качестве экологических ниш [3, 4].

Цель исследования — изучение микробиоценоза различных биотопов медицинских сотрудников для оценки интенсивности влияния госпитальной среды на состав нормальной микрофлоры.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследован микробный пейзаж толстой кишки и зева медицинских работников родильного дома МУЗ ДКБ № 5 ($n = 30$) и хирургического стационара МУЗ ГКБ № 2 ($n = 15$) города Кемерово. В контрольную группу вошли лица немедицинских профессий ($n = 42$). Бактериологическое исследование фекалий и мазков из зева проводили с использованием стандартных микробиологических методов в научной лаборатории микрoэкологии тела человека на кафедре микробиологии, вирусологии и иммунологии КемГМА. Выделенные микроорганизмы идентифицировали по морфологическим, культуральным и биохимическим свойствам. Количественное содержание выделенных микроорганизмов выражали в виде десятичного логарифма (lgKOE/г). Для обработки результатов использовали общепринятые методы математической статистики.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По результатам бактериологического исследования фекалий установлено, что у медицинских работников отмечалось угнетение индигенной микрофлоры, в частности бифидобактерий. Частота обнаружения бифидобактерий у сотрудников родильного дома и хирургического стационара была одинаковой и составляла 86,7 %, тогда как у лиц контрольной группы бифидофлора высевалась несколько чаще — в 90,5 % случаев. Однако, как у медицинских сотрудников (60 %), так и у лиц контрольной группы (66,7 %) бифидобактерии обнаруживались со сниженным количественным уровнем — 6-8 lgKOE/г, что, скорее всего, связано со снижением иммунологической реактивности макроорганизма в зимнее время. Частота встречаемости лактобацилл во всех группах была одинаковой и составляла 86,7 %. Но если у медицинского персонала родильного дома (63,3 %) и хирургического стационара (53,3 %) лактобациллы высевались в высоких титрах 7-8 lg, то в контрольной группе в 50 % случаев отмечалось снижение количественного уровня лактофлоры ниже допустимых значений.

Частота обнаружения типичных кишечных палочек была высокой как у медицинских сотрудников, так и у лиц контрольной группы. Типичные кишечные палочки высевались у 90 % работников родильного дома, у 93,3 % медицинского персонала хирургического стационара и у 95,2 % лиц немедицинских профессий. Но в группе медицинского персонала родильного дома отмечалось статистически достоверное снижение количественного уровня лактозоположительных кишечных палочек, которые высевались в 33,3 % случаев в титре, не превышающем 6 lgKOE/г, тогда как в группе работников хирургии и контрольной группе этот показатель составил 6,7 % и 19 %, соответственно ($p < 0,05$). При этом, у медицинских работников родильного дома чаще,

чем в двух других группах, в титрах, превышающих допустимые значения нормы, высевались эшерихии с измененными биологическими свойствами: не ферментирующие лактозу (33 %) и обладающие гемолитической активностью (10 %).

Для медицинского персонала характерно также угнетение частоты и количественного уровня индигенных энтерококков, в основном за счет работников родильного дома. Частота обнаружения энтерококков у сотрудников родильного дома не превышала 66,7 %, причем только в 23,3 % случаев титр составил 7-8 lgKOE/г. В контрольной группе данные показатели составили 76,2 % и 28,6 %, соответственно. Гемолизирующие энтерококки наиболее часто встречались у сотрудников хирургического стационара (20 %), тогда как у работников родильного дома и в контрольной группе частота встречаемости данных микроорганизмов была почти одинаковой и составляла 13,3 % и 12 %, соответственно.

Одной из особенностей микробиоценоза кишечника медицинского персонала была высокая частота колонизации слизистой толстой кишки микроорганизмами рода *Klebsiella*, которые высевались у 20 % медицинских работников родильного дома и у 13,3 % сотрудников хирургического стационара. В контрольной группе в составе микрофлоры толстой кишки микроорганизмов рода *Klebsiella* не выделено.

Во всех группах обнаруживались гемолизирующие стафилококки, при этом самая высокая частота высеваемости приходилась на медицинский персонал хирургического отделения (26,7 %), несколько реже данные микроорганизмы встречались в контрольной группе (23,8 %), у медицинских сотрудников родильного дома процент высеваемости стафилококков с гемолитической активностью не превышал 16,7 %.

Среди медицинских сотрудников отмечался высокий удельный вес грибов *Candida albicans*, которые высевались у 60 % медицинского персонала родильного дома и у 53,3 % сотрудников хирургического персонала, тогда как в контрольной группе данный показатель составил 50 %.

При микробиологическом исследовании микрофлоры зева установлено, что у медицинских работников отмечается высокая частота высеваемости эпидермального стафилококка, в основном за счет сотрудников родильного дома. Эпидермальный стафилококк встречался у 74,2 % сотрудников родильного дома, тогда как в контрольной группе частота обнаружения данных микроорганизмов составляла 69 %. Для медицинского персонала, независимо от профиля отделения, характерна высокая высеваемость стафилококков с гемолитической активностью. Гемолизирующие стафилококки были выделены у 43,3 % сотрудников родильного дома и у 26,7 % работников хирургии, тогда как у лиц немедицинских профессий данный показатель на превышал 7,4 %.

С одинаковой частотой, как у работников родильного дома, так и у лиц контрольной группы, из зева высевались негемолитические стрептококки (22,6 % и 24,1 %), у работников хирургического стациона-

ра высеваемость данных микроорганизмов составляла 13,3 %. Однако в зева хирургического персонала не были обнаружены в-гемолитические стрептококки, тогда как в группе сотрудников родильного дома они встречались в 16,7 % случаев, в контрольной группе – в 14,8 % случаев. Особенностью микрофлоры зева медицинского персонала была высокая частота встречаемости типичных кишечных палочек и энтерококков. Лактозоположительные кишечные палочки высевались у 26,7 % медицинского персонала хирургии и у 25,8 % сотрудников родильного дома, тогда как в контрольной группе данный показатель составил 13,8 %. Высокая частота высеваемости энтерококков связана с медицинскими работниками хирургического отделения – 20 %, в то время как у медицинских сотрудников родильного дома и в контрольной группе энтерококки высевались в 3,2 % и 6,6 % случаев, соответственно.

ВЫВОДЫ:

1. Для медицинских сотрудников, независимо от профиля отделения, характерно угнетение индигенной микрофлоры, что создает предпосылки для колонизации слизистой толстой кишки условно-патогенной микрофлорой.
2. На качественный и количественный состав условно-патогенной микрофлоры различных биотопов влияют особенности профессиональной деятельности, в частности профиль отделения и стационара.
3. В составе микрофлоры толстой кишки у медицинского персонала родильного дома выявлена высокая частота встречаемости грибов *Candida albicans*, клебсиелл и кишечных палочек с измененными биологическими свойствами: не ферментирующих лактозу и обладающих гемолизирующей активностью.

4. Для медицинских сотрудников хирургического стационара характерна высокая частота колонизации кишечника гемолизирующими энтерококками и стафилококками.
5. В составе микрофлоры зева медицинских сотрудников родильного дома отмечено персистирование типичных кишечных палочек и гемолизирующих стрептококков и стафилококков. У работников хирургического стационара с высокой частотой, помимо типичных кишечных палочек, выделялись энтерококки.
6. Соответствие видового состава микрофлоры различных биотопов у медицинских работников этиологической структуре возбудителей внутрибольничных инфекций в стационарах данного профиля позволяет говорить об участии медицинского персонала в эпидемическом процессе возникновения и становления госпитальных штаммов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Исследование пристеночной микрофлоры кишечника крысы /А.А. Воробьев, Ю.В. Несвижский, Е.А. Богданова и др. //Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 2005. – № 3. – С.61-65.
2. Бондаренко, В.М. Дисбиозы и препараты с пробиотической функцией /В.М. Бондаренко, А.А. Воробьев //Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 2004. – № 1. – С. 84-92.
3. Храпунова, И.А. Риск возникновения внутрибольничных инфекций у медицинских работников многопрофильной больницы /И.А. Храпунова //Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2003. – № 4. – С. 18-23.
4. Акимкин, В.Г. Группы внутрибольничных инфекций и системный подход к их профилактике в многопрофильном стационаре /В.Г. Акимкин //Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2003. – № 5. – С. 15-19.

ЗЛАКИ НЕ ОСТАВЯТ ШАНС РАКУ ГРУДИ

Потребление хлеба из муки грубого помола и различных злаковых может снизить у молодых женщин вероятность заболеть раком молочной железы.

На протяжении семи лет ученые вели наблюдение за более 35000 женщинами, сообщает газета Mirror.

По их данным, у 350 пациенток еще до менопаузы началось развитие злокачественной опухоли в груди. Все они ели больше белковой пищи и мало клетчатки.

Профессор Джанет Кейд из университета Лидса, отмечает: "Мы не установили подобной зависимости среди женщин старшей возрастной группы, однако получили серьезные свидетельства, что до начала менопаузы особенность питания имеет влияние на развитие рака".

"Не заболеть раком груди гораздо больше вероятности у тех, кто отдает предпочтение здоровой пище, богатой клетчаткой. Выигрывают те, кто вводит в свой рацион питания различные хлопья, мюсли, крупы, хлеб, макаронные изделия, фрукты и овощи".

Источник: MIGnews.com

В.И. Козлов, Н.Л. Денисов, А.А. Салеев

Кузбасский государственный технический университет,
г. Кемерово,
ФГУЗ Центр гигиены и эпидемиологии в Томской области,
г. Томск

НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЕМ НАСЕЛЕНИЯ

Основным элементом в системе формирования здоровья населения является утверждение для них правил здорового образа жизни (ЗОЖ). Однако, поскольку система ЗОЖ предполагает, прежде всего, деятельность, то для ее практического функционирования необходимо создание мотивационных основ в отношении самых разных слоев и групп населения.

Очевидно, что потребности в профилактической деятельности формируются на основе нуждаемости людей в улучшении показателей здоровья. Такой подход к управлению здоровьем является, по сути, маркетинговым, сущность которого сводится к тому, чтобы не пытаться принуждать людей к выполнению оздоровительных мероприятий, а создавать условия, которые бы стимулировали их профилактическую активность, как на индивидуальном, так и на коллективном уровнях.

Управление процессами невозможно без прогноза. Для прогнозирования заболеваемости населения применена вероятностная модель определения медико-биологической надежности человека.

Ключевые слова: потребности, мотивация, профилактическая активность.

The principal element of the population health service system is establishing the rules of a healthy way of life. However, as a system of a healthy way of life is supposed to be above all activity, for its practical functioning it is necessary to set up motivating fundamentals for different layers and groups of population.

It is obvious that demands in prophylactic activity are formed on the base of people's needs in improving their health indices. Such approach to health management is as a matter of fact a marketing one, the essence of which is to create conditions for stimulating prophylactic activity both on individual and collective levels.

Process management is impossible without forecasting. To forecast diseases of the population a probability model of diagnosing medical-biological reliability of people was applied.

Key words: demands, motivation, prophylactic activity.

Важнейшей задачей здравоохранения, как известно, является управление общественным здоровьем [1, 2]. При этом, под управлением понимается выбор путей и методов достижения поставленных целей — здоровье населения, а, кроме того, также координация практической, аналитической и оценочной деятельности степени ее достижения [3, 4]. При рассмотрении способов регуляции здоровья необходимо отметить, что все формирующие его факторы (индивидуальные, коллективные, популяционные) тесно связаны с образом жизни и, как считают некоторые авторы [5, 6], разделяются на:

- глобальные внешние факторы (социально-экономические отношения, система прав и гарантий, состояние биосферы и др.);
- локальные внешние факторы (экологические, тип жилища, природно-географические, пол, возраст, трудовой статус и т.п.);
- факторы, определяющие образ жизни (труд, быт, питание, досуг, традиции, привычки и др.).

Как видно из этого перечня, реальному регулируемому воздействию со стороны человека могут быть подвержены факторы преимущественно третьей группы, то есть образ жизни. Именно на него приходится и самая большая доля (50-52 %) в струк-

туре причин, детерминирующих здоровье человека [7, 8]. Следовательно, основным элементом в организации управления здоровьем является утверждение для всех категорий населения правил здорового образа жизни (ЗОЖ). Этот процесс включает в себя широкий спектр мероприятий, от создания оптимальных условий жизнедеятельности людей, до формирования у каждого человека потребности в активной профилактической деятельности. Задача управления образом жизни людей с целью приведения его к максимальному соответствию критериям ЗОЖ является весьма сложной и многогранной. В самом общем виде она решается либо устранением (уменьшением степени влияния) негативных факторов, либо выведением человека из-под их действия. Следует подчеркнуть, что подобные мероприятия должны осуществляться с одновременной активизацией, так называемых, факторов здоровья.

Таким образом, управление здоровьем сводится, по существу, к управлению системой ЗОЖ, в том числе одним из важнейших его аспектов — профилактическим поведением человека.

Целью исследования явилась разработка описательной модели управления здоровьем с учетом мотивационных основ профилактической деятельности человека.

Входом в эту систему служат элементы образа жизни, которые предполагается изменить. Например, число лиц, употребляющих некачественную воду, число курильщиков, лиц, имеющих избыточную массу тела, и т.д.

Управляющий блок в системе формирования ЗОЖ представлен структурами, деятельность которых прямо или опосредованно сказывается на здоровье населения. Он должен состоять из органа управления и органа контроля.

Управляемым блоком являются сложные процессы взаимодействия факторов окружающей среды с организмом человека.

На выходе из системы мы будем иметь показатели, характеризующие степень изменения числа факторов или интенсивности их воздействия, а также количества лиц, подвергающихся этим воздействиям (имеющим, так называемые, факторы риска). При этом, положительным результатом работы системы будет считаться ситуация, когда степень воздействия вредных факторов снижается, а действие факторов здоровья, наоборот, возрастает. Либо когда в положительном для здоровья направлении изменяется число лиц, регулярно занимающихся физкультурой, численность курильщиков и т.п. Информация об этом изменении получается на основе обратной связи, являющейся одной из основных составляющих системы управления.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Таким образом, управление ЗОЖ, кроме прочего, предусматривает установление стандартов для здо-

ровья, безопасности, разработку административных мер и правил и др. [9]. Однако главное в организации управления любыми процессами заключается в определении его объектов и цели [10, 11].

Как известно, существуют две основные модели профилактики: коллективная и индивидуальная. Очевидно, что носителем профилактической деятельности на коллективном уровне (субъектом профилактики) будет выступать общество в лице руководителей различных организаций, ведомств, территорий и т.д. Субъектом профилактики на индивидуальном уровне является отдельный человек. Таким образом, объектами управления здоровьем выступают коллективы людей в лице их руководителей, а также отдельные лица.

Другим важнейшим вопросом формирования здоровья населения является определение его цели.

Как известно, основой при выборе целей и средств осуществления стратегического планирования политики охраны здоровья являются ценности, доминирующие в конкретном обществе, социальные и моральные приоритеты, отношение общества и государства к здоровью [12, 13]. В этой связи необходимо отметить, что наша первичная профилактика до сих пор зиждется на постулате о том, что для каждого человека его здоровье является величайшей ценностью. Именно на этой основе, на призывах беречь здоровье, а также на запугивании людей страшными болезнями и последствиями от них строится, в основном, вся профилактическая стратегия. До настоящего времени основным, чуть ли не единственным средством гигиенического воспитания различных категорий населения, остается механизм внушения, т.е. прямого, относительно некритического восприятия человеком данных ему заранее заготовленных утверждений типа вреда от курения или пользы от закаливания, на то, каким человек должен стать [14]. Представляется, что без создания мотивационных основ для профилактики как деятельности подобный подход в оздоровительной работе к положительному результату привести не может, о чем, собственно, практика и свидетельствует.

Проблема, на наш взгляд, состоит в том, что, вопреки широко распространенному мнению, здоровье для большинства людей ценностью на самом деле не является, а потому его сохранение и укрепление не может и быть целью их деятельности, в том числе и профилактической. В действительности «...ценность — это положительная или отрицательная значимость окружающего мира, определяемая их вовлеченностью в сферу интересов и потребностей...» [15]. Поэтому ценным для человека может быть только то, в чем он испытывает потребность, нужду, то есть ощущаемую нехватку чего-либо [16]. Очевидно, что в самом общем виде человек может испытывать нужду в здоровье тогда, когда он нездоров, то есть болен. Следовательно, и укрепление здоровья может стать целью деятельности человека преимущественно только в случае его заболевания. В отношении же абсолютного большинства практически здоровых людей можно утверждать, что потребность в оздоровительных мероприятиях возникает преимуще-

твенно тогда, когда те или иные показатели здоровья не позволяют решать значимые для них задачи. Образно говоря, человек бежит трусцой отнюдь не для того, чтобы быть здоровым, а только для того, чтобы, скажем, повысить свою внешнюю привлекательность. И если этого человека убедить, что точно такого же эффекта можно добиться более быстрым и легким способом, то можно не сомневаться — бегать трусцой он больше не будет. Не это ли используют рекламодатели различных разнообразных сколь угодно широкого спектра действия «целительных средств»?!

Для того, чтобы работе по сохранению здоровья придать действенность, необходимо проведение специальных мероприятий с тем, чтобы такой важный товар, каким является здоровье, стал востребованным людьми и конкурентоспособным на рынке других товаров и услуг. О принципах формирования здоровья можно судить, проводя параллель с утверждением Ф. Энгельса. Он говорил: «Если у общества появляется техническая потребность, то это продвигает науку вперед больше, чем десяток университетов» (Маркс К., Энгельс Ф. Соч., Т. 39. — С. 174). Подобный подход к управлению здоровьем, основанный на изучении потребностей, является, по сути, маркетинговым. При этом маркетинг в здравоохранении понимается, прежде всего, как «образ мышления» и совокупность мероприятий, направленных на достижение цели [17].

Таким образом, очевидно, что для практического функционирования системы ЗОЖ необходим соответствующий инструмент. В качестве такого инструмента выступают реальные мотивы деятельности, как руководителей, так и отдельных людей. При этом надо иметь в виду то обстоятельство, что профилактическая деятельность должна быть активной, а значит свободной, то есть не навязанной извне [18].

В основе мотива, как уже отмечалось, лежат потребности к той или иной деятельности, возможности их осуществления, а также информация о результатах осуществленных действий. Только при наличии всех трех названных элементов мотив может быть сформирован как действующий, то есть приводящий к устойчивой деятельности [19]. Отсутствие или недостаточное проявление одного из перечисленных элементов приводит к тому, что мотив для деятельности или не возникает вообще, или возникает недостаточно сильный, чтобы привести к положительным результатам. Известно, что, например, у лиц молодого возраста есть довольно высокий уровень потребности в улучшении своего физического состояния (фигуры). Как правило, у них имеется и второй элемент — условия для занятий физическими упражнениями. В этих обстоятельствах решающее значение для занятий физкультурой и спортом приобретает третий элемент — информация об их результатах. То есть, человеку необходимо постоянное ощущение разницы от того, занимается он или не занимается оздоровительной деятельностью. Другими словами, необходимо создание системы стимулирования здорового образа поведения [20].

Возникает вопрос о том, что является первопричиной профилактической активности, заставляющей людей выполнять те или иные действия, направленные на сохранение своего здоровья. Учитывая биосоциальную природу человека, выделяются три основных уровня проявления активности человеческого организма и личности в целом — физиологический, психологический и социальный. Каждый из рассматриваемых уровней имеет свои источники активности [21]. Вместе с тем, в связанных системах имеется и универсальная причина активности (независимо от уровня). Таковой, по мнению Леонтьева В.Г., является достижение равновесия, определенной величины каких-то параметров, устранение диспропорции, обеспечение устойчивости какого-либо свойства [22]. В этом плане необходимо отметить, что профилактика как деятельность опосредована не только внешними факторами. Внешняя детерминанта является только толчком к мотивационному выбору того или иного гигиенического поведения. Выбор же такого поведения в существенной степени будет определяться, так называемой, внутренней картиной здоровья (ВКЗ), которая является представлением «для себя» о своем собственном здоровье. Следовательно, ВКЗ не может не сказываться на формировании образа жизни. В этой связи особую важность для общественного здравоохранения приобретает представление о здоровье руководителей коллективов. Перифразируя китайскую поговорку о том, что богат не тот, у кого много денег, а тот, у кого небольшие потребности, можно сказать, что здоровыми себя считать могут не только действительно здоровые, но и те, кто в настоящее время не ощущает в здоровье потребности.

Таким образом, для того, чтобы создать мотивационные предпосылки для профилактической деятельности, надо нарушить сложившееся равновесие между собственной оценкой своего здоровья (ВКЗ) и объективными показателями, характеризующими функциональное состояние организма. То есть, показать человеку, руководителю коллектива, что имеющегося у них потенциала индивидуального или коллективного здоровья для полноценной жизнедеятельности в реальных условиях на самом деле недостаточно. Для этого, в самом общем виде, необходимо ужесточение разносторонних критериев ответственности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сущность маркетингового подхода к ЗОЖ (к первичной профилактике в целом) может быть выражена одной фразой: «Не пытаться заставлять людей выполнять оздоровительные мероприятия, которые удобны и привычны, а создать условия, которые бы стимулировали профилактическую деятельность, как на индивидуальном, так и на коллективном уровне».

Основными принципами управления здоровьем, по нашему мнению, должны стать:

- работа по формированию нуждемости в здоровье и потребностей в профилактической деятельности всех категорий населения;
- воздействие на людей с помощью всех возможных средств с целью активизации их деятельности, направленной на сохранение и укрепление своего и общественного здоровья;
- нацеленность на удовлетворение существующих и, особенно, потенциальных потребностей в здоровье.

В качестве мотивационных основ при реализации индивидуальной модели профилактики следует избрать, с одной стороны, повышение критериев при оценке физического здоровья различных категорий населения и, прежде всего, работающих, с другой стороны — меры морального и материального стимулирования здорового образа жизни. Именно то место, которое занимает здоровье в системе ценностей индивида, в конечном итоге будет сказываться на стратегии индивидуального поддержания здоровья. Одновременно, необходимо принять меры по недопущению поощрения болезни, которое в некоторых случаях еще имеет место.

С точки зрения коллективной модели профилактики реальным мотивом для ее практической реализации может стать заинтересованность разного уровня руководителей в сохранении здоровья членов своих коллективов. Этого можно добиться, если показатели здоровья будут рассматриваться в качестве важнейшей составляющей итоговой оценки служебной или трудовой их деятельности и будут поощряться как морально, так и материально.

Известно, что основной движущей силой всех сфер общественного развития с начала цивилизации и до настоящего времени являются деньги. Именно деньги являются мощнейшей мотивационной основой деятельности человека. С этих позиций общий недостаток существующих сейчас профилактических программ состоит, очевидно, в том, что они остаются вне монетарной системы. Дело в том, что современный рынок оценивает только произведенные товары и оказываемые услуги, то есть то, во что уже вложен труд человека. В то же время, он не оценивает ценности, предоставленные природой — здоровье.

Главным в разработке таких основ является придание здоровью не мнимой, а истинной ценности для каждого человека, независимо от того, считает он себя больным или нет. Необходимым представляется, чтобы человек постоянно вносил за полученный от природы бесплатно такой важнейший свой ресурс, каким является здоровье, некоторую (пусть и небольшую) плату. Как это сделать? В самом общем плане решение этой проблемы, очевидно, лежит на путях внедрения страховых методов в здравоохранение. Надо учитывать, однако, и то обстоятельство, что для того, чтобы здоровье стало ценностью для человека, сама жизнь для каждого человека должна вновь приобрести первостепенную ценность.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Квасов, С.Е. Социально-экологические проблемы управления здоровьем /С.Е. Квасов. — Горький, 1899. — 174 с.
2. Лисобей, В.А. Показатель «вероятности накопленной заболеваемости» как критерий прогноза /Проблемы социальной гигиены и организации здравоохранения: Матер. науч. конф. — Новокузнецк, 1991. — Т. 2. — С. 16-17.
3. Тульчинский, Т.Г. Новое общественное здравоохранение: введение в современную науку /Т.Г. Тульчинский, Е.А. Варавинова. — Иерусалим, 1999. — 1028 с.
4. Юдин, В.В. Теоретические основы управления: методологический аспект /В.В. Юдин //Воен. мысль. — 1994. — № 9. — С. 26-33.
5. Алфимов, Н.Н. Об использовании некоторых положений вероятностей для определения вклада человеческого фактора при использовании сил флота на различных оперативных уровнях /Военно-морская и радиационная гигиена: итоги, достижения и перспективы развития: Матер. н.-практ. конф. — СПб., 2000. — С. 33-38.
6. Медико-социальные аспекты формирования здоровья в современных условиях /Н.К. Барсукова, Д.Н. Лоранский, Л.В. Водогреева, Н.В. Ледовских //Здравоохранение РФ. — 1996. — № 1. — С. 30-33.
7. Лисицын, Ю.П. Здоровье населения и современные теории медицины /Ю.П. Лисицын. — М., 1982. — 325 с.
8. Лисицын, Ю.П. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения /Ю.П. Лисицын. — Казань, 1999. — 698 с.
9. Денисов, Л.А. Значение социально-гигиенического мониторинга в управлении качеством окружающей среды и здоровьем населения /Л.А. Денисов //Гиг. и санит. — 2000. — № 5. — С. 3-5.
10. Анохин, П.К. Системные механизмы высшей нервной деятельности /П.К. Анохин. — М., 1979. — 453 с.
11. Гуров, А.Н. Теория и практика управления медицинской службой в мирное время /А.Н. Гуров //Воен-мед. журн. — 1998. — № 6. — С. 8-17.
12. Прохоренко, Ю.И. Потребности и интересы как детерминанты социально-политического процесса /Ю.И. Прохоренко: Автореф. дис. ... канд. соц. наук. — Хабаровск, 1994. — 22 с.
13. О роли ценностей в формировании политики здравоохранения /О.П. Щепин, В.Б. Филатов, И.Э. Чудинова, Я.Д. Погорелов //Здравоохр. РФ. — 2000. — № 2. — С. 9-12.
14. Асеев, В.Г. Мотивация поведения и формирование личности /В.Г. Асеев. — М., 1976.
15. Советский энциклопедический словарь. — М., 1989. — С. 1462.
16. Котлер, Ф. Основы маркетинга /Ф. Котлер. — СПб., 1994. — 496 с.
17. Маркетинг, лизинг, логистика в здравоохранении /Р.А. Галкин, С.И. Двойников, В.В. Павлов и др. — Самара-СПб, 1998. — 176 с.
18. Поликанова, Е.П. Социальная активность как категория исторического материализма: материалы к спецкурсу /Е.П. Поликанова. — М., 1986. — С. 196.
19. Петров, О.П. Формирование у студентов мотивов к занятиям физкультурно-спортивной деятельностью /О.П. Петров: Автореф. дис. ... канд. пед. наук. — Алма-Ата, 1989. — 22 с.
20. Кузьмин, В.М. Обоснование целесообразности разработки концепции безопасности военной службы в Российской Федерации /В.М. Кузьмин //Воен. мысль. — 1997. — № 6. — С. 31-37.
21. Маклаков, А.Г. Основы психологического обеспечения профессионального здоровья военнослужащих /А.Г. Маклаков: Автореф. дис. ... докт. псих. наук. — СПб., 1996. — 393 с.
22. Леонтьев, В.Г. Психологические механизмы мотивации /В.Г. Леонтьев. — Новосибирск, 1992. — 216 с.

Г.В. Кобелева, О.М. Молчанова

Кемеровская государственная медицинская академия,
Областной клинический противотуберкулезный диспансер,
г. Кемерово

ЛЕТАЛЬНОСТЬ В ОТДЕЛЕНИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Изучена летальность в отделении для лечения больных хроническими формами туберкулеза (129 человек). За последние 10 лет отмечен значительный рост летальности, в основном за счет лиц молодого возраста (20–49 лет). Показаны факторы, способствовавшие летальному исходу. Преобладали мужчины (3/4), социально дезадаптированные: страдающие алкоголизмом (3/4), ранее судимые (41,8 %), не имеющие своей семьи (81,4 %), не работающие в работоспособном возрасте и не имеющие инвалидности (46,5 %), лица без определенного места жительства (1/4). Наиболее часто больные умирали от самой тяжелой формы – фиброзно-кавернозного туберкулеза, осложненного казеозной пневмонией или гематогенной диссеминацией. Развитию этой формы туберкулеза способствовали позднее выявление и неадекватное лечение вследствие негативного отношения больных к своему здоровью.

Ключевые слова: туберкулез, летальность.

Среди основных показателей, характеризующих эпидемическую ситуацию по туберкулезу, наиболее достоверным является показатель смертности, что делает его одним из самых информативных. Смертность оказывает значительное влияние на показатель болезненности, уменьшая ее. Сами же показатели смертности растут до настоящего времени [1, 2, 3].

Цель исследования – изучение причин высокой летальности среди больных, находящихся на лечении в отделении для лиц, страдающих хроническими формами туберкулеза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучены истории болезни и протоколы патолого-анатомического исследования 129 пациентов, умерших от туберкулеза в течение года в отделении, предназначенном для лечения больных с хроническими формами туберкулеза. За последние 10 лет летальность в этом отделении выросла в 2 раза – с 13,6 % до 27 %.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящее время и в год десятилетней давности мужчины составили 75 %. Но умирать стали зна-

чительно чаще в более молодом возрасте. Если умерших в настоящем времени от 20 до 49 лет было 72,1 %, то 10 лет назад этот показатель равнялся лишь 30,8 %. Существенное влияние на частоту летальных исходов оказывало социальное положение больных. Практически оказалось равным число инвалидов по туберкулезу – 45 % (58 чел.) и не работающих в работоспособном возрасте – 46,5 % (60 чел.). Каждый четвертый пациент был без определенного места жительства, и каждый четвертый имел низкий образовательный ценз (до 8 классов). 75 % больных страдали алкоголизмом, каждый десятый – наркоманией. 41,8 % (54 чел.) в прошлом находились в местах лишения свободы и каждый третий из них – более 10 лет, нередко с неоднократным пребыванием. Значительное большинство умерших (81,4 % или 105 чел.) не имели своей семьи.

Существенное влияние на возникновение смертельного исхода оказывало несвоевременное выявление туберкулеза, что имело место у 41,1 % (53 чел.). У 44 человек диагностирован фиброзно-кавернозный туберкулез, у 7 человек – остро текущая форма в виде казеозной пневмонии. У 22,5 % больных с запущенной формой туберкулеза констатирована множественная лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам, без сомнения, имеющая значение в печальном исходе.

Наиболее частой причиной позднего выявления туберкулеза было нерегулярное флюорографическое

обследование — 69,7 % (90 чел.). Почти также часто больные не обращались за медицинской помощью при наличии симптомов туберкулеза в течение 3-6 мес. — 63,6 % (82 чел.). Злокачественное течение процесса отмечено у 6 человек с быстрым развитием казеозной пневмонии. У остальных 58,9 % (56 чел.) умерших выявлены излечимые формы туберкулеза: у 37 — инфильтративный, у 11 — диссеминированный, у 5 — очаговый и у 3 — туберкулома.

Причиной прогрессирования было, в основном, негативное отношение больных к заболеванию и неполноценное лечение по их вине — 91,1 % (51 чел.), а также наличие первичной лекарственной устойчивости к двум и более препаратам — 21,4 % (12 чел.). У 6 человек впервые туберкулез выявлен в местах лишения свободы в излечимой форме, но после освобождения они не были известны диспансеру, не наблюдались и не лечились. Важной причиной, неблагоприятно влиявшей на исход лечения, являлась и сопутствующая патология, которая отмечена у 44,1 % (49 чел.). Каждый четвертый больной страдал хроническим обструктивным бронхитом, каждый пятый — гепатитом.

Среди умерших на момент смерти в структуре клинических форм преобладал фиброзно-кавернозный туберкулез — 86 % (111 чел.). От диссеминированного туберкулеза умерли 9 человек, от инфильтративного — один, от цирротического — один. В 7 случаях причиной смерти оказалась казеозная пневмония в качестве самостоятельной формы туберкулеза и в 53 случаях — осложнения фиброзно-кавернозного туберкулеза. И в целом казеозная пневмония отмечена у 46,5 % (60 чел.). С такой же частотой выявлена гематогенная диссеминация в легкие

и другие органы, преимущественно в печень и селезенку. Кроме этого, у большинства умерших больных наблюдался поликаверноз с множественной бронхогенной диссеминацией. В 6 случаях летальный исход наступил в результате профузного легочного кровотечения, в 5 — от менингита с отеком головного мозга. Лишь один больной со стабильной формой туберкулеза (цирротическая) умер от декомпенсированного легочного сердца.

ВЫВОДЫ

Таким образом, высокий уровень смертности и ее рост обусловлены, в первую очередь, высоким удельным весом социально-дезадаптированных лиц в обществе, их неадекватным отношением к выявлению и лечению туберкулеза. Одним из важных факторов снижения летальности является активное привлечение к флюорографическому обследованию и контролируемому лечению, вплоть до принудительного. Система мер медико-социальной защиты является реальным фактором влияния на эпидемическую обстановку.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Кобелева, Г.В. Причины смерти больных туберкулезом /Кобелева Г.В. //Медицина в Кузбассе — 2003. — № 1. — С. 32-34.
2. Фролова, И.А. Медико-социальные факторы, влияющие на смертность больных туберкулезом /Фролова И.А. //Проблемы туберкулеза. - 2004. — № 3. — С. 10-13.
3. Сельцовский, П.П. Влияние социальных факторов на смертность туберкулеза /Сельцовский П.П., Литвинов В.И., Слогодская Л.В. //Проблемы туберкулеза. — 2004. — № 2. — С. 11-16.

ЛЕКАРСТВО, СНИЖАЮЩЕЕ ДАВЛЕНИЕ, ПОМОГАЕТ ПРИ МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИИ
Американские ученые обнаружили, что лекарство, понижающее давление, может благотворно влиять на мышцы мышцей с дистрофией Дюшенна (Duchenne muscular dystrophy). Это хроническое наследственное заболевание скелетных мышц человека, которое проявляется прогрессирующей слабостью и дегенерацией мышц. Исследователи из университета Джона Хопкинса (The John Hopkins University) обнаружили благотворный эффект лекарства и на мышцах с синдромом Марфана (Marfan syndrome), созданных методами генной инженерии. Синдром Марфана — это болезнь, связанная с нарушениями в соединительной ткани, которая приводит к быстрой смерти больного. Лекарство под названием лозартан (losartan-Cozaar), укрепляло у мышцей главную артерию, несущую кровь от сердца, предотвращая ее расширение и риск разрыва. В случаях с обоими заболеваниями действие лозартана поразило исследователей. Клинические испытания лозартана на больных с синдромом Марфана начнутся в ближайшие недели.

Источник: Svobodanews.ru

Н.Б. Скребнева, М.Г. Терешина
МУЗ Клиническая поликлиника № 5,
г. Кемерово

ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУХОПРОТЕЗНОЙ ПОМОЩИ СЛАБОСЛЫШАЩИМ ПАЦИЕНТАМ ПО ПРОГРАММЕ «ЛЬГОТА 2005»

Одной из важных задач, стоящих перед сурдологической службой г. Кемерово, является отработка оптимальных вариантов организации слухопротезной помощи населению. Совершенствование сурдологической помощи как в целом по стране, так и в ее отдельных регионах, невозможно без реальных сведений о распространенности и структуре заболеваний органа слуха. Это позволяет планировать потребности здравоохранения и материально-технического обеспечения, способствует повышению качества реабилитационной помощи на разных её этапах.

В 2005 году в Кемеровском городском сурдологическом центре обследованы 2386 человек. Острая патология выявлена у 12 % больных, у 88 % диагностированы хронические формы тугоухости различной степени тяжести. В структуре расстройств слуха на первом месте регистрируются сенсоневральные нарушения – 53 %, на втором – смешанная форма тугоухости – 35 %, на третьем – кондуктивные расстройства – 12 %. Двусторонняя потеря слуха наблюдается в 73 % случаев, одностороннее поражение – в 27 %. Односторонняя потеря слуха даже глубокой степени не является инвалидизирующим заболеванием и не требует обязательного слухопротезирования. Двусторонняя тугоухость уже средней степени влияет на социальную сторону жизни человека: ограничивает сферу трудовой деятельности, снижает возможности обучения и общения.

По степени социальной значимости выявленную патологию можно подразделить: социально-полезный слух (I степень тугоухости) – 24 %; социально-неадекватный слух (II и III степени) – 50 %; глухота и IV степень тугоухости, делающая невозможным речевое общение, – 26 %.

В 2005 году слухопротезирование рекомендовано 884 больным, из них повторно 45,8 %, первично 54,2 %. Анализируя результаты последних трех лет, следует отметить увеличение нуждающихся в слуховых аппаратах: 2003 год – 629, 2004 год – 622, 2005 год – 884 человека. Это объясняется ростом доступности и качества слухопротезной помощи, совершенствованием социальных механизмов помощи

льготным группам населения, повышением культурного уровня пациентов, осознающих необходимость в слухопротезировании.

По возрастным группам нуждаемость в слуховом аппарате представлена следующим образом: до 40 лет – 7 %, 41-60 лет – 17,5 %, 61-70 лет – 23,5 %, 71-80 лет – 39,6 %, старше 80 лет – 12,3 %. По типу тугоухости: сенсоневральная и смешанная формы явились причиной слухопротезирования в 56 % и 43,3 % случаев, кондуктивная тугоухость – в 0,7 % (6 человек).

По степени тугоухости больные с социально-полезным слухом составили 11,8 %, с социально-неадекватным слухом – 52,2 %, пациенты с IV степенью тугоухости и глухотой – 36 %.

Из 884 человек, направленных в 2005 году на слухопротезирование, 528 (59,7 %) относятся к льготным категориям. Федеральными льготами в приобретении слухового аппарата пользуются инвалиды и участники Великой Отечественной войны, инвалиды по общему заболеванию и по заболеванию слуха. Муниципальные льготы имеют труженики тыла и больные с профессиональной тугоухостью.

По результатам совместной работы с Кузбасским региональным отделением Фонда социального страхования РФ и ЗАО медицинской техники «Ижица» в 2005 году протезированы 736 человек, сократилась очередность до 246 человек (в 2004 году – 622), что явилось одним из положительных результатов медико-социальной программы «Льгота-2005». Изменения, произошедшие в организации слухопротезной помощи инвалидам, позволили ускорить процесс получения слухового аппарата и значительно улучшить качество слухопротезирования.

Расширение перечня аналоговых слуховых аппаратов российского и импортного производства, возможность приобретения программируемых цифровых аппаратов, а также их профессиональный подбор врачом-слухопротезистом обеспечивают возможность уменьшения степени тугоухости, что значительно повышает качество жизни многих слабослышащих пациентов.

С.И. Хорунжина

Кузбасский центр оздоровительного питания «Здоровье здорового человека»

РАСШИРЕННОЕ ЗАСЕДАНИЕ НАУЧНОГО СОВЕТА ПО МЕДИЦИНСКИМ ПРОБЛЕМАМ ПИТАНИЯ РАМН И МЗ СР РФ В Г. КЕМЕРОВО

28 апреля 2006 г. в г. Кемерово прошло расширенное выездное заседание Научного Совета по медицинским проблемам питания РАМН и МЗиСР РФ. Тема заседания «Региональные проблемы оптимизации питания здорового и больного человека». Организацию заседания проводил Кузбасский центр оздоровительного питания «Здоровье здорового человека» (КЦОП) при поддержке Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области, Кемеровской государственной медицинской академии, Кемеровского технологического института пищевой промышленности, ГУ НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний (г. Новокузнецк), Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей, Института экологии человека СО РАН.

КЦОП «Здоровье здорового человека» создан в соответствии с введением Постановлением правительства 18.09.2003 г. единого механизма реализации Концепции государственной политики в области здорового питания населения РФ, основанный на создании и развитии деятельности систем федеральных и региональных центров оздоровительного питания на единой методологической и организационной основе, определенной МЗиСР РФ. Данные центры созданы в каждом федеральном округе (семь), в соответствии с административным и территориальным делением территории РФ. Данным центрам присвоен окружной федеральный статус, определены соответствующие полномочия, согласно № 184-ФЗ от 27 декабря 2002 г. «О техническом регулировании». По Сибирскому федеральному округу головным центром определен Сибирский федеральный центр оздоровительного питания, который аккредитует региональные центры оздоровительного питания.

Положение о создании Кузбасского центра оздоровительного питания утверждено 25 апреля 2003 года заместителем губернатора Кемеровской области Куриловым Константином Семеновичем, Кемеровским технологическим институтом пищевой промышленности, Западно-Сибирским НИИ медико-экологических проблем, Кемеровской государственной медицинской академией, президиумом межрегиональ-

ного общественного движения «Сибирский Народный Собор».

Кузбасский центр оздоровительного питания «Здоровье здорового человека» создан при активном участии ведущих медиков Кузбасса, специалистов по профилактике здоровья, экологическим проблемам региона, науке и пищевой промышленности.

Возглавили выездное расширенное заседание ученый секретарь Научного Совета по медицинским проблемам питания РАМН и МЗиСР РФ, д.б.н., проф. Васильев Андрей Валерьевич (г. Москва) и заместитель директора по научной работе ГУ НИИ питания РАМН д.м.н. Батурин Александр Константинович (г. Москва).

В работе заседания принимали участие 175 человек, в том числе организаторы здравоохранения области и городов Кузбасса, руководители ЛПУ области, научная общественность (КемГМА, КемГИПП), практикующие врачи, специалисты по диетологии, нутрициологии.

Базовые доклады гостей из Москвы были посвящены вопросам современных подходов к оценке индивидуального пищевого статуса человека и стандартизации методов оценки потребления пищевых веществ в учреждениях здравоохранения. Организация внедрения единой системы оценки фактического питания и состава тела (ГУ НИИ питания РАМН) в Кемеровской области поручена Кузбасскому центру оздоровительного питания «Здоровье здорового человека» (руководитель — д.т.н., профессор Хорунжина Светлана Ивановна). Совмещение данных способов исследования позволяет осуществлять точные подходы к определению питания человека, риска энергетического и количественного питания, как по нутритивному составу, так и по группам продуктов, осуществлять адекватную коррекцию по указанным показателям.

О реализации государственной политики в области здорового питания и оборота БАД к пище и СПП доложил ст. эксперт ГУ НИИ питания РАМН, зам. председателя Межведомственного координационно-экспертного Совета по контролю за оборотом БАД к пище и СПП, д.м.н. Новоселов Яков Борисович.

Д.т.н., профессор Хорунжина Светлана Ивановна охарактеризовала механизмы реализации единой концепции мониторинга питания на территории Кузбасса. Ученые из КемГМА, д.м.н., профессор Громов Константин Георгиевич и к.м.н., доцент Шибанова Наталья Юрьевна, рассказали об особенностях фактического питания и пищевого поведения шахтеров Кузбасса и студенческой молодежи. Результаты работы Новокузнецкого института усовершенствования врачей по разработке методических и организационных подходов к вопросу охраны здоровья населения г. Новокузнецка через питание представила к.м.н., доцент Лобькина Елена Николаевна.

Доклад о региональных аспектах коррекции питания и здоровья населения на примере Кузбасса сделала начальник отдела ТУ Роспотребнадзора по Кемеровской области Парамонова Елена Сергеевна.

По результатам расширенного выездного заседания Научного Совета по медицинским проблемам питания РАМН и МЗиСР РФ было вынесено решение, определяющее перспективу работы в регионе по проблемам оздоровительного питания.

РЕШЕНИЕ РАСШИРЕННОГО ЗАСЕДАНИЯ НАУЧНОГО СОВЕТА ПО МЕДИЦИНСКИМ ПРОБЛЕМАМ ПИТАНИЯ РАМН МЗиСР РФ, Г. КЕМЕРОВО (28 АПРЕЛЯ 2006 Г.)

В реализации широких и разноплановых задач формирования здорового питания населения России положительно зарекомендовал себя опыт деятельности единой системы федеральных, региональных Центров оздоровительного питания. Региональные Центры создаются под единым методическим руководством окружного (федерального) Центра оздоровительного питания в соответствии с решением Гражданского форума, Правительственной комиссии по охране здоровья граждан, их деятельность координируется Научным советом по медицинским проблемам питания РАМН и МЗиСР РФ.

Накоплен опыт консолидированной работы с исполнительной властью, надзорными органами, научной и медицинской общественностью, населением регионов. Выработаны системные подходы к использованию единых стандартов в области образовательных, методических, экспертных и других направлений политики здорового питания населения регионов.

Важным этапом для дальнейшего развития основных приоритетов здорового питания населения России является определение наиболее актуальных направлений региональной политики, систематизация опыта и тенденций внедрения в регионах системы мониторинга фактического питания, методов нутритивно-метаболической коррекции алиментарно-обусловленных нарушений здоровья, образовательной деятельности и других направлений в области оптимизации питания населения.

Деятельность Кузбасского центра оздоровительного питания «Здоровье здорового человека» в области оздоровительного питания формируется на основе

единых методов оценки фактического питания, координирования информационно-методического, аналитического, научного и других направлений в области оздоровительного питания под единым методическим руководством Сибирского федерального центра оздоровительного питания (далее СФЦОП), согласно основным приоритетам Научного совета по медицинским проблемам питания РАМН и МЗиСР РФ.

Координирующая деятельность Кузбасского центра оздоровительного питания «Здоровье здорового человека» по реализации государственной концепции в области здорового питания, научного, информационно-методического, аналитического направлений, мониторинга и оптимизации производства и использования БАД к пище и продуктов специализированного питания, формирования у населения приоритетов здорового образа жизни и питания, разработки, внедрения оздоровительных технологий и утвержденных в соответствующем порядке методов оздоровительного питания, доказывает своевременность и необходимость создания соединяющих государственных и общественных программ.

Рассмотрев координирующую деятельность Кузбасского центра оздоровительного питания «Здоровье здорового человека» (далее КЦОП) в Кемеровской области Совет решил:

1. Положительно оценить технологию методического руководства СФЦОП Кузбасским центром оздоровительного питания.
- 1.2. Одобрить совместную деятельность КемТИПП, КемГМА, ГИУВ, ФГУ «Центр гигиены и эпидемиологии в Кемеровской области», ТУ Роспотребнадзора по Кемеровской области и КЦОП, направленную на реализацию концепции Государственной политики в области здорового питания населения РФ.
- 1.3. Положительно оценить и поручить КЦОП дальнейшую координацию деятельности КемТИПП, КемГМА, ГИУВ, ФГУ «Центр гигиены и эпидемиологии в Кемеровской области», ТУ Роспотребнадзора по Кемеровской области, научных и практических работ в области регионального мониторинга и коррекции питания, минерального гомеостаза различных групп населения для Кемеровской области.
2. Приоритетными направлениями считать:
Под единым методическим руководством СФЦОП:
 - 2.1. Продолжение работы по изучению состояния фактического питания и здоровья населения, в первую очередь, в организованных коллективах детей и подростков, проводимых в учреждениях МЗиСР РФ на основе единого методологического подхода, согласованного с СФЦОП.
 - 2.2. Разработку и внедрение утвержденных и согласованных СФЦОП методических указаний в области оздоровительного питания в деятельности ЖГУ, в том числе, санаторно-курортного этапа реабилитации здоровья, промышленных предприятий с вредными условиями труда, организованные детские коллективы совместно с департаментом охраны здоровья населения

- Кемеровской области, департаментом социальной защиты администрации КО, в рамках исполнения приказа МЗ РФ № 330, № 145.
- 2.3. Организацию и развитие единой системы мониторинга оценки фактического питания в организованных коллективах, в т.ч. детских, на основе единой оценки фактического питания ГУ НИИ питания РАМН, в том числе, потребления микронутриентов.
 - 2.4. Разработку и экспертизу на основе МР «Рекомендуемые нормы потребления пищевых и биологически активных веществ» системы оценки потребления биологически активных веществ (БАВ) в составе рациона, в том числе биологически активных добавок (БАД) к пище и специализированных продуктов питания (СПП), населением Кемеровской области при основных алиментарно-зависимых заболеваниях, необходимых для обоснования разработки, на основе рекомендаций Научного совета по медицинским проблемам питания РАМН и МЗиСР РФ, методических рекомендаций в области оздоровительного питания, представляемых на согласование в Координационно-экспертный Совет Российской программы «Здоровое питание – здоровье нации».
 - 2.5. Развитие функциональных, территориальных центров оздоровительного питания в Кемеровской области под единым методическим руководством КЦОП, деятельность которых осуществляется в тесном контакте с региональными органами исполнительной власти, представителями СО РАМН, государственными образовательными учреждениями в соответствии с основными целями и задачами научного совета по медицинским проблемам питания РАМН и МЗиСР РФ.
3. В целях обеспечения населения продуктами питания и продовольственным сырьем, расширения производства продуктов, обогащенных микронутриентами, и БАД к пище, формирование у населения принципов и приоритетов здорового питания, оптимизации использования БАД к пище и ПСП в СФО:
 - 3.1. Рекомендовать КЦОП, в качестве агента аккредитованной организации СФЦОП, для информационно-методического сопровождения и развития мониторинга оборота БАД и ПСП в СФО, в соответствии с ФЗ «О техническом регулировании».
 - 3.4. Рекомендовать организацию территориального центра консолидированной деятельности по мониторингу оборота БАД к пище и СПП совместно с ТУ Роспотребнадзора по Кемеровской области и другими организациями на основе опыта создания и функционирования Межведомственного координационно-экспертного Совета по контролю за оборотом БАД к пище и СПП (г. Новосибирск).
 - 3.5. КЦОП подготовить план мероприятий по формированию функциональных и территориальных Центров оздоровительного питания в Кемеровской области.
 4. Сибирскому Федеральному Центру Оздоровительного питания:
 - 4.1. Обратиться к региональным органам исполнительной власти Кемеровской области с просьбой об информационной, организационной поддержке деятельности КЦОП.
 - 4.2. Предоставить КЦОП необходимое количество программ оценки фактического питания ГУ НИИ питания РАМН с целью обеспечения ими учреждений здравоохранения г. Кемерово и Кемеровской области.
 5. Научному совету по медицинским проблемам питания РАМН, МЗиСР РФ:
 - 5.1. Просить ГУ НИИ питания РАМН оказать СФЦОП целевую для Кемеровской области научно-практическую и методическую помощь в организации работ в области координации работ в области координации работ в области координации работ КЦОПом разработки КемТИПП, КемГМА, ГИУВ, ТУ Роспотребнадзора по Кемеровской области образовательных стандартов оздоровительного питания, разработки и совершенствования единой системы мониторинга оценки фактического питания в организованных коллективах, в т.ч. детских, системы оценки адекватного потребления БАВ в составе БАД к пище и СПП.

ПОЛНОТА СНИЖАЕТ РИСК СМЕРТИ ОТ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

В сообщении, появившемся в *American Heart Journal*, сообщается о "парадоксе тучности", суть которого состоит в том, что у полных пациентов с хронической сердечной недостаточностью ниже смертность.

Коллектив ученых из University of California (Los Angeles) пришел к этому заключению после исследования 109 тысяч больных, госпитализированных с этим диагнозом, которые были разделены на группы по индексу массы тела. Исследование проводилось в течение 3 лет и охватывало 263 больницы США. Руководитель исследований Gregg Fonarow сказал: "Результаты наводят на мысль о том, что полные пациенты имеют больший метаболический резерв, который приходит на помощь в случае острой сердечной недостаточности".

Источник: Svobodanews.ru



**Кемеровская областная научная медицинская библиотека представляет
рекомендательный список литературы по теме:
«МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ПОЖИЛЫМ И СТАРЫМ ЛЮДЯМ»
(к Дню пожилых людей)**

1. О Совете по вопросам государственной социальной поддержки ветеранов и общественных ветеранских организациях при Министерстве здравоохранения и социального развития РФ: приказ Минздравсоцразвития № 647 от 24.10.05 // Мед газ. - 2006. - № 1. - С. 12.
2. Апарин, И.С. О проблемах медико-социальной помощи пожилым /Апарин И.С., Эккерт Н.В. //Пробл. управления здравоохранением. - 2006. - № 1. - С. 81-83.
3. Башкаев, М.Ш. Новые подходы к медико-социальному анализу здоровья пожилого населения /М.Ш. Башкаев, В.А. Алексеев //Здравоохранение. - 2002. - № 4. - С. 21-25.
4. Белозеров, Г.М. Организация медико-социальной помощи ветеранам Великой Отечественной войны и ветеранам боевых действий /Г.М. Белозеров //Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и история медицины. - 2002. - № 6. - С. 44-45.
5. Бондаренко, И.Н. Инновационные технологии социального обслуживания пожилых людей: новые возможности /И.Н. Бондаренко //Клинич. геронтология. - 2003. - № 12. - С. 21-28.
6. Васильчиков, В.М. Реабилитация инвалидов пожилого возраста: их решения центрами социального обслуживания /В.М. Васильчиков, Т.В. Макаренко //Социология медицины. - 2003. - № 2. - С. 3-8.
7. Васильчиков, В.М. Реформа системы социальной защиты населения и качество жизни пожилых людей /В.М. Васильчиков //Клинич. геронтология. - 2006. - № 4. - С. 3-7.
8. Васильчиков, В.М. Успехи и проблемы геронтологической службы системы социальной защиты населения /В.М. Васильчиков //Успехи геронтологии. - 2004. - Вып. 13. - С. 7-20.
9. Виноградов, А.З. Концепция создания программы повышения качества жизни пожилых людей и инвалидов /А.З. Виноградов //Медицина в Кузбассе. - 2003. - Спецвып. № 2. - С. 14-15.
10. Гамаянова, С.В. Постарение населения как комплексная социально-гигиеническая проблема /С.В. Гамаянова, Л.В. Кайкова //Главврач. - 2004. - № 6. - С. 16-20.
11. Гехт, И.А. Одинокая старость: медико-социальные аспекты /И.А. Гехт //Клинич. геронтология. - 2006. - № 4. - С. 31-34.
12. Гехт, И.А. Принципы финансирования отделений медико-социальной помощи для престарелых /Гехт И.А. //Экономика здравоохранения. - 2001. - № 11-12. - С. 21-22.
13. Гончарова, Г.Н. Оценка состояния здоровья населения пожилого возраста с использованием новых информационных технологий /Г.Н. Гончарова, А.В. Стариков, Н.Ю. Крамаровская //Немедикаментозные методы лечения и реабилитации в неврологии: матер. науч.-практ. конф. - Новокузнецк, 2002. - С. 319-321. (Шифр 616.8-08 Н-501).
14. Горохова, З.П. Лечебно-профилактическая и реабилитационная помощь лицам пожилого и старческого возраста в условиях гериатрического центра /З.П. Горохова //Клинич. геронтология. - 2006. - № 4. - С. 35-37.
15. Гусева, Н.К. Основные социальные проблемы лиц пожилого и старческого возраста, связанные с их здоровьем, и современный подход к оказанию медико-социальной помощи /Н.К. Гусева, М.В. Дюотова //Клинич. геронтология. - 2004. - № 1. - С. 47-51.
16. Дементьева, Н.Ф. Анализ состояния и тенденция развития медико-социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов /Н.Ф. Дементьева //Медико-соц. экспертиза и реабилитация. - 2006. - № 2. - С. 6-10.
17. Дементьева, Н.Ф. Хосписная помощь пожилым людям на дому и вопросы сотрудничества медицинских и социальных работников /Н.Ф. Дементьева, Р.В. Золов //Паллиатив. медицина и реабилитация. - 2005. - № 1. - С. 13-15.
18. Журилов, Н.В. Медико-правовое обеспечение гериатрической помощи населению /Н.В. Журилов, И.Е. Сокорева //Клинич. геронтология. - 2005. - № 7. - С. 50-53.
19. Какорина, Е.П. Проблемы медицинского обеспечения пожилых в России /Е.П. Какорина, А.Г. Роговина, С.Н. Чемякина //Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2006. - № 2. - С. 32-37.
20. Карюхин, Э.В. О путях развития служб геронтологической помощи на дому /Э.В. Карюхин //Клинич. геронтология. - 2006. - № 4. - С. 27-30.
21. Лазебник, Л.Б. Медико-социальная помощь пожилым группы повышенного риска /Л.Б. Лазебник, Ю.В. Конев //Клинич. геронтология. - 2005. - № 1. - С. 88-91.
22. Лисица, Д. Мобильная гериатрическая служба в общей врачебной практике /Д. Лисица //Врач. - 2006. - № 1. - С. 32-34.
23. Методические рекомендации по организации деятельности государственных и муниципальных учреждений социального обслуживания населения "Геронтологический центр": прил. к постановлению Минтруда России от 14.11.03 № 76 //Пробл. управления здравоохранением. - 2004. - № 2. - С. 75-80.
24. Муравьева, Г.М. Медико-социальные аспекты охраны здоровья ветеранов Великой Отечественной войны, участников вооруженных конфликтов и контртеррористических операций: автореф. дис. ... канд. мед. наук /Г.М. Муравьева. - Кемерово, 2001. - 24 с. (Шифр А М-91).
25. Муравьева, Г.М. Формирование перспективной модели медико-социального обеспечения ветеранов войн и граждан старшего поколения на региональном уровне /Г.М. Муравьева //Актуальные проблемы организации мед. помощи контингенту особого внимания: сб. науч. тр. - Кемерово, 2004. - С. 22-25. (Шифр 614.2 А-437).
26. Подкорытов, А.В. Реабилитация пожилых людей: состояние и перспективы /А.В. Подкорытов //Паллиатив. помощь. - 2005. - № 3. - С. 35-36.
27. Пушкова, Э.С. Оказание медико-социальной помощи лицам пожилого возраста /Пушкова Э.С., Маругина И.В. //Главврач. - 2005. - № 5. - С. 33-40.
28. Рубцов, А.В. Проблемы здоровья пожилых людей /А.В. Рубцов //Медико-соц. экспертиза и реабилитация. - 2005. - № 1. - С. 48-52.
29. Рытенкова, О.Л. Организация медицинской помощи лицам пожилого возраста в Кемеровской области /Рытенкова О.Л. //Медицина в Кузбассе. - 2005. - Спецвып. № 4. - С. 9-10.
30. Сбоева, С.Г. Характерные черты постарения населения и современные геронтологические технологии /С.Г. Сбоева, В.В. Ряженев //Здравоохранение. - 2003. - № 4. - С. 13-18.
31. Социальное обслуживание лиц старших возрастных групп: критерии дифференциации контингента /Н.Ф. Дементьева, А.М. Базилевич, В.И. Явных и др. //Медико-соц. экспертиза и реабилитация. - 2002. - № 4. - С. 27-30.
32. Суслин, С.А. Оказание медико-социальной помощи пожилым в условиях сельской местности /С.А. Суслин //Справочник фельдшера и акушерки. - 2003. - № 2. - С. 23-28.
33. Шабалин, А.В. О реализации федеральной и региональных целевых программ "Здоровье старшего поколения" /А.В. Шабалин //Вестн. Межрегион. Асс. "Здравоохранение Сибири". - 2003. - № 2-3. - С. 57-60.
34. Шабалин, В.Н. Социальные основы обеспечения эффективности управления охраной здоровья пожилого населения России /В.Н. Шабалин //Здравоохранение Рос. Федерации. - 2004. - № 5. - С. 3-6.
35. Шевченко, В.В. Организация гериатрической помощи в России и за рубежом /В.В. Шевченко //Медико-соц. экспертиза и реабилитация. - 2002. - № 1. - С. 29-32.
36. Яковлев, О. Как мы заботимся о ветеранах войн? Об этом свидетельствуют цифры и факты /О. Яковлев //Мед. газ. - 2005. - № 91. - С. 14-15.
37. Яковлев, О.Г. Экономические измерители в медико-экономических и медико-социальных исследованиях в геронтологии /Яковлев О.Г. //Экономика здравоохранения. - 2002. - №5-6. - С. 34-35.

КЕМЕРОВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ НАУЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ БИБЛИОТЕКА

☒ 650061 г. Кемерово, пр. Октябрьский, 22;
☎ (8-3842) 52-19-91 (директор), 52-89-59 (абонемнт),
52-71-91 (информ.-библиогр. отдел); Факс (8-342) 52-19-91;

E-mail: medibibl@kuzdrav.ru
http://www.kuzdrav.ru/medlib
☎ 8-18; суббота – 9-17; выходной день – воскресенье.