



ЭКОЛОГИЯ И ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА НА СЕВЕРЕ

Сборник научных трудов
V Конгресса с международным участием
Якутск, Северо-Восточный федеральный
университет имени М.К. Аммосова,
24-29 ноября 2014 г.



ЭКОЛОГИЯ И ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА НА СЕВЕРЕ

Сборник научных трудов V Конгресса с международным участием
Якутск, Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова,
24-29 ноября 2014 г.

УДК 502:613

ББК 20.1

Э40

Утверждено научно-методическим советом МИ СВФУ

Редакционная коллегия:

проф. Петрова П.Г. (отв. редактор), проф. Саввина Н.В., проф. Пальшин Г.А., проф. Борисова Н.В., доц. Гоголев Н.М., доц. Аммосов В.Г., доц. Апросимов Л.А., доц. Маркова С.В., доц. Ядрихинская В.Н., доц. Федосеева Л.Р.

Э40 Экология и здоровье человека на Севере. Сборник научных трудов V Конгресса с международным участием. Якутск, Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова, 24-29 ноября 2014 г./ Под ред. академика АН РС(Я), профессора П.Г. Петровой, профессора Н.В. Саввиной. – Электрон. текст. дан. (1 файл 6,1 Мб). – Киров: МЦНИП, 2014. – 827 с. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). – ISBN 978-5-00090-042-0. – Загл. с этикетки диска.

В сборнике представлены научные труды, посвященные актуальным вопросам охраны здоровья населения в современных условиях, новым направлениям фундаментальной и клинической медицины, содержит тематические статьи по вопросам общественного здравоохранения и профилактической медицины, а также результаты индивидуальных научных исследований.

Предназначен для широкого круга специалистов различного профиля, интернов, ординаторов, магистрантов, аспирантов и студентов медицинских вузов.

ISBN 978-5-00090-042-0

Статьи публикуются в авторской редакции. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов

Перепечатка материалов сборника осуществляется по разрешению редакционной коллегии

© Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова, 2014

© МЦНИП, 2014

Содержание

Раздел 1. Фундаментальная медицина	22
Белолобская Д.С., Сокоуртов Д.А., Слепцов А.Ю. Значение специфического фотопериодизма Республики Саха (Якутия) в процессах перекисного окисления липидов нейронов головного мозга старых крыс	23
Галиновская Н.В., Шитикова М.Г., Усова Н.Н., Шахров П.В. Определение референтных интервалов для показателей, характеризующих системную воспалительную реакцию в старшей возрастной группе	28
Егорова Е.Е., Егорова В.Е. Неспецифические адаптационные реакции организма как один из индикаторов изучения реакций организма учащихся хореографического колледжа Республики Саха (Якутия) на двигательную нагрузку.....	32
Егорова В.Е., Егорова Е.Е., Петрова П.Г. Влияние двигательной активности на биохимические маркеры крови на примере углеводного обмена учащихся хореографического колледжа им. А. и Н. Посельских	38
Коковина Н.К., Коркина Е.С., Братчикова В.А., Афанасьева Н.Н., Шамаева С.Х., Кузьмина А.А., Малогулова И.Ш., Варфоломеева Н.А. Выявление БЛРС и МБЛ у грамотрицательных бактерий с помощью различных подтверждающих фенотипических методов	43
Колодезникова Е.Д., Пшенникова Е.В. Значение бурой жировой ткани в нейрогормональной системе регуляции термогенеза.....	48
Лиханова У.С., Деляева А. Ю., Маленова Л. П. Проблемы загрязнения токсическими веществами северных территорий.....	54
Маленова Л.П., Федосеева В.И., Гаврильев В.С., Константинова С.Д. Проблемы отравлений токсическими веществами по Республике Саха (Якутия).....	59

Маркова С.В., Ксенофонтова М.И., Легостаева Я.Б. Оценка качества питьевой воды в Нюрбинском районе.....	63
Осинская А.А. Морфологические параметры лимфоидной ткани стенки гортани у опытных животных в норме	70
Осинская А.А., Федорова А.И. Морфология лимфоидных структур слизистой оболочки гортани в эксперименте.....	74
Софронова В.М., Торговкина М.Н., Максимов М.Р., Комзин К.В., Варфоломеева Н.А., Бушкова Э.А., Кузьмина А.А., Малогулова И.Ш. Определение содержания кофеина в энергетических напитках методом высокоэффективной жидкостной хроматографии	79
Федорова А.И., Осинская А.А. Лимфотропные свойства фитоминерального комплекса	83
Раздел 2. Клиническая медицина.....	88
Алексеева С.Н., Никифоров П.В., Антипина У.Д. Новые возможности выявления и профилактики опухолей с использованием маркеров каспаз	89
Аммосова А.М., Бабилова Т.А., Гоголева Ф.В., Тимофеев А.Л. Фитотерапия у детей в условиях отделения восстановительного лечения и реабилитации г. Якутска.....	93
Аргунова Е.Ф., Данилова Г.И., Сухомясова А.Л., Никифорова М.Е., Желобцова А.Ф. Врожденный гипотиреоз в Республике Саха (Якутия) за период 1996-2013 гг.	100
Артамонова С.Ю., Саввина Н.В. Психологическая характеристика подростков с девиантным поведением	106
Асекритова А.С., Емельянова Э.А. Внепищеводные проявления рефлюксной болезни. Клинические случаи.....	113
Афанасьева О.Г. Структурное исследование лимфатических узлов при экспериментальном опухолевом росте	120
Ахременко Я.А., Тарасова Л.А., Шестакова А.С. Состояние микрофлоры толстого кишечника при атопическом дерматите и угревой болезни у подростков и молодых людей в условиях севера	126

Баишева Н.С., Дуглас Н.И., Радь Я.Г., Сухомясова А.Л., Атласова Р.Ю. Фолат-зависимые пороки развития плода	131
Баишева Н.С., Дуглас Н.И., Радь Я.Г., Сухомясова А.Л., Атласова Р.Ю. Биохимический скрининг и пороки развития плода	138
Балтахинова М.Е., Климова Т.М., Федорова В.И., Леонард В.Р., Снодграсс Д.Д., Тарская Л.А. Сезонная динамика гормонов щитовидной железы у коренного населения Якутии	145
Бекенева Л.В. Причины и динамика госпитализаций пациентов параноидной шизофрении.....	150
Березкина О.Н., Иванова О.Н., Мельчанова Г.М. Гастриты у детей Республики Саха (Якутия)	155
Березкина О.Н., Иванова О.Н., Мельчанова Г.М. Эндоскопическая картина гастритов у детей Республики Саха (Якутия).....	160
Бурнашева Ж.М., Ханды М.В., Вычужина Л.С. Коррекция зрения детей с амблиопией и косоглазием в условиях специализированного детского дошкольного учреждения.....	168
Винокурова Ф.В., Григорьева Л.В., Аргунова В.М., Слепцова П.А., Гольдерова А.С., Бурцева Т.Е., Николаев В.М., Ефремова С.Д., Часнык В.Г. Диагностика ювенильных спондилоартритов в Республике Саха (Якутия)	173
Гаврильев С.Н., Игнатъев В.Г., Михайлова В.М., Матвеев А.С., Семенов Д.Н., Дягилева Т.С. Программируемые релапаротомии с интраоперационным прогнозированием, как метод выбора при осложненном перитоните.....	175
Горохова Н.Ю., Николаева Т.Я., Оконешникова Л.Т. Болезнь Девика по данным регистра центра рассеянного склероза и других демиелинизирующих заболеваний.....	189
Гурьева Э.В., Павлова А.В., Кылбанова Е.С. COMPLAINTность к медикаментозной терапии у больных, перенесших q - позитивный инфаркт миокарда	195

Дмитриева Т.Г. Течение хронических вирусных гепатитов у детей и подростков в Якутии.....	201
Дмитриева Т.Г. Эпидемиологическая характеристика хронических вирусных гепатитов у детей и подростков в Якутии.....	210
Дуглас Н.И., Радь Я.Г., Павлова Т.Ю., Баишева Н.С. Морфологические особенности плацентарного ложа матки у женщин с репродуктивными потерями в анамнезе	218
Дьячковская П.С. Клинико-лабораторная характеристика рожистой воспалении	225
Егорова Т.В., Саввина Н.В., Саввина А.Д., Лазарева А.А., Говорова М.Д., Павлова О.Н. Сравнительный анализ состояния здоровья городских и сельских школьников Республики Саха (Якутия) по результатам комплексного обследования в центре здоровья за 2013 год.....	231
Емельянова Э.А., Сафонова С.Л., Иванова А.Д. Болезни органов пищеварения среди взрослого населения Якутии за 2010-2012 гг.....	238
Ершова Ж.Б., Ядрихинская В.Н., Степанова Л.А. Железодефицитная анемия у детей раннего возраста.....	243
Захарова Н.М., Мунхалова Я.А. Влияние стрессов на эмоциональное и физическое состояние подростков.....	248
Иванова О.Н., Гуляева Н.А. Первичные иммунодефициты у детей.....	254
Игнатъев В.Г., Гаврильев С.Н., Семенов Д.Н., Гусаревич В.С., Слепцов К.П. Лечение критической ишемии нижних конечностей	259
Карелин А.П. Диагностика и лечение воспалительных заболеваний периартикулярных тканей	264
Карелин А.П. Лечение дегенеративных заболеваний суставов и позвоночника в клинике профессиональной патологии	268
Кононова И.В., Мунхалова Я.А., Антонов С.Р., Мамаева С.Н. Изучение поверхности эритроцитов крови пациента с болезнью Берже методом электронной микроскопии	272
Карпова А.Г. Анализ состояния здоровья персонала в специализированном медицинском учреждении (на примере ГБУ РС(Я)	

Республиканского детского туберкулезного санатория имени Т.П. Дмитриевой)	278
Константинов А.А., Васильев Н.Н., Постникова А.М., Аввакумова Н.В., Чибыева Л.Г. Клинико-эндоскопическая характеристика заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта, ассоциированных с геликобактером	284
Кочкорбаева Г.Н., Оготовева М.И., Иванова О.Н. Энтеровирусная инфекция у детей.....	289
Кураш И.А., Рыбина Т.М., Кардаш О.Ф. Показатели паллестезиометрии у работников, занятых в контакте с производственным вибрационным фактором.....	293
Линева З.Е., Романова М.В., Гуляева Н.А. Особенности течения кандидозного дисбактериоза кишечника у больных туберкулезом легких	299
Маркова С.В., Андросова З.П., Софронова Г.И., Ефимова Л.Л. Случай наследственной болезни обмена-пропионовой ацидемии	305
Матвеев А.С., Потапов А.Ф., Голубев А.М., Игнатьев В.Г., Гаврильев С.Н. Состояние гемостаза в остром периоде обширного ишемического инсульта	310
Матвеев А.С., Потапов А.Ф., Голубев А.М., Игнатьев В.Г., Гаврильев С.Н. Микробиологическая характеристика вентилятор-ассоциированной пневмонии у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения	313
Михайлова Е.П., Саввина Н.В., Саввина А.Д. Анализ заболеваемости репродуктивного потенциала детского населения Республики Саха (Якутия).....	317
Находкина Е.Н., Карпова А.Г., Дьячковский Н.С. Организация сестринской деятельности в терапевтическом отделении гериатрического центра ГБУ РС (Я) РБ №3	324
Мордовская Л.И., Гурьева О.И. Значение определения интерферона - гамма в диагностике туберкулезного экссудативного плеврита	333

Мунхалова Я.А., Яковлева А.С. Особенности нейрогенной дисфункции мочевого пузыря по гиперактивному типу у детей с энурезом.....	337
Нелунова Т.И., Часнык В.Г., Бурцева Т.Е., Сон Е.Д. Структура ВПС у новорожденных РС (Я) по данным ГБУ РС (Я) «РБ№1 НЦМ»	342
Николаева Л.Е., Иванова О.Н. Синдром Картагенера у детей Республики Саха (Якутия)	348
Николаева Л.Е., Ханды М.В., Иванова Н.А. Клиника муковисцидоза у детей по материалам пульмонологического отделения педиатрического центра НЦМ	358
Ожегов П.С., Пшенникова Г.М. Ранние клинические симптомы туберозного склероза у детей	364
Павлова А.В., Гурьева Э.В., Кылбанова Е.С. Генетическая резистентность к клопидогрелю как один из факторов рестеноза в стенте у пациентов с острым коронарным синдромом	370
Пальшина А.М., Баннаев И.Ф., Пальшин Г.А., Комиссаров А.Н., Епанов В.В. Эрозивно-язвенные поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта у больных с системным остеопорозом, осложненным переломом проксимального отдела бедренной кости.....	374
Посельская Л.П., Гоголева Ф.В., Бабилова Т.А., Борисова И.С., Аммосова А.М. Медицинская реабилитация часто болеющих детей и детей с хроническим тонзиллитом в условиях севера	380
Протопопова А.И., Тобохов А.В., Гоголев Н.М. Отдалённые результаты наложения межкишечного анастомоза	386
Радь Я.Г., Дуглас Н.И., Павлова Т.Ю. Дисфункция лонного сочленения у беременных крайнего севера.....	392
Сосина С.С., Гольдерова А.С., Лоскутова К.С., Ефремова С.Д., Алексеева Е.А. «Гастропанель» - современный метод раннего выявления преонкологических изменений слизистой желудка	397
Тазлова Р.С., Трифонова И.Г. Структура стационарных больных Якутского республиканского психоневрологического диспансера (ЯРПНД) в динамике за 2010 – 2012 годы.....	403

Таппахов А.А., Конникова Э.Э., Хабарова Ю.И. Компьютерная стабилметрия в объективной оценке клинических проявлений транзиторных ишемических атак в вертебро-базиллярном бассейне .	408
Тихонова Н.К., Литвиненко С.Н., Лобанова Н.Е. Антилейкотриеновые препараты в практике педиатра	414
Тобохов А.В., Семенов Д.Н. Хроническая абдоминальная ишемия у больных с висцероптозом.....	422
Устюжина Т.В., Иванова О.Н. Особенности иммунного и цитокинового статуса у детей с инфекциями мочевыводящей системы	432
Ушницкий И.Д., Рогалева А. С., Буторина И.В., Чахов А.А., Исаков Л.О., Баишева В.И. Клинико-эпидемиологическая характеристика основных стоматологических заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста Якутии.....	435
Филиппова Р.Д., Иванова Е.А. Особенности течения и исходы беременности при плацентарной недостаточности.....	439
Хорунов А.Н., Аргунова А.Н. Хроническая обструктивная болезнь легких у больных с ИБС со стенокардией напряжения по данным ОНТ РБ№2 ЦЭМП за 2009 – 2011 гг.....	446
Чибыева Л.Г., Васильев Н.Н., Постникова А.М., Константинов А.А., Николаева К.М. Значение «гастропанель» в диагностике атрофического гастрита	450
Шамаева С.Х., Петрова М.С., Потапов А.Ф., Кузьмина А.А., Малогулова И.Ш., Варфоломеева Н.А. Структура микрофлоры ран у пострадавших с термической травмой.....	455
Ядрихинская В.Н., Мулина И.И., Попова Ю.А., Пальшина А.М., Климова Т.М. Лечение больных множественной миеломой в Республике Саха (Якутия).....	460
Яхонтов И.С., Иванов И.В., Манжуева А.С. Хирургическое лечение артериальных аневризм сосудов головного мозга в остром периоде субарахноидального кровоизлияния по данным РСЦ НХО РБ№2-ЦЭМП	464

Раздел 3. Общественное здравоохранение и профилактическая медицина..... 476

Алексеева С.Н., Яковлева А.И., Портнягина М.И., Конникова М.А. Проблемы выхаживания глубоконедоношенных детей в Республике Саха (Якутия)	477
Алиев А.В., Чобанов Р.Э., Досбаев А.С. Оценка организации и эффективности бронхологической службы в комплексной работе противотуберкулезной сети в Азербайджане	482
Аммосова А.М., Тролукова А.Н., Гоголева Ф.В. Факторы риска нарушений слуха у детей.....	490
Аргунова А.Н., Слепцов А.П. Заболеваемость болезнями органов дыхания в Республике Саха (Якутия)	498
Аргунова Е.Ф., Данилова Г.И., Никифорова М.И., Желобцова А.Ф. Нанизм, соматотропная недостаточность у детей по данным эндокринологического отделения РБ №1-НЦМ	502
Афанасьева Е.К., Бродников Е.П., Маленова Л.П. Проблемы безопасности применения лекарственных средств.....	508
Башарин К.Г. Угловские чтения – эффективная форма формирования трезвого здорового образа жизни	511
Бегиев В.Г., Пинигина А.В., Москвина А.Н. Роль санатория-профилактория в охране здоровья студентов.....	516
Босикова В.И., Николаева Л.А. Роль консультативной поликлиники в оказании специализированной помощи детскому населению Республики Саха (Якутия).....	521
Богачевская С.А., Капитоненко Н.А., Пчелина И.В. Анализ результатов реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (программы) в 2013 году на территории Дальневосточного федерального округа (ДФО).....	528
Бодунова А.С, Федулова А.Г., Бодунов Б.Е. Эффективность интерактивных методов обучения студентов на младших курсах медицинского института (на примере дисциплины биоэтика)	534

Борисова Е.А., Саввина Н.В., Луцкан И.П. Формирование трехуровневой системы первичного звена г. Якутска при переходе на подушевое финансирование.....	540
Григорьев Г.И., Саввина Н.В. Распространенность и профилактика вредных режимов потребления алкоголя среди врачей г. Якутска.....	547
Давыдова Е.Н. Артериальная гипертония и факторы риска развития артериальной гипертонии у сотрудников уголовно-исполнительной системы и вопросы военно-врачебной экспертизы	551
Дементьева Е.Л., Кораблев В.Н. Системный подход к оценке эффективности в здравоохранении.....	555
Евсеева С.А., Часнык В.Г., Бурцева Т.Е. АКДО, как основа адресного распределения ресурсов здравоохранения в РС (Якутия)	562
Егорова В.Б., Саввина Н.В. Состояние здоровья и медико-демографическая характеристика детского населения в Республике Саха (Якутия).....	568
Захарова Ф.А., Васильева С.Н., Яковлева А.Д. Факторы риска развития метаболического синдрома среди студентов медицинского института СВФУ	576
Казакова Е.В., Переверзева А.Л., Баранова А.А. Препараты магния как основа профилактики гестозов	580
Карпова А.Г., Протасова Н.А., Дьячковский Н.С. Роль медицинской сестры в организации диспансеризации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и догоспитальной кардиологической помощи (на примере ГБУ РС(Я) Кардиологический диспансер).....	586
Климова Т.М., Федорова В.И., Балтахинова М.Е., Алексеев В.П., Иванов К.И. Динамика роста-весовых показателей и распространенности ожирения мужского населения г. Якутска за период 1986-2008 гг.....	600
Кораблев В.Н. О разработке порядков оказания медицинской помощи пациентам в медицинской организации.....	606
Краснова Н.М., Таппахов А.А. Фармакоэкономический анализ средств, выделяемых на лекарственное обеспечение в стационаре г. Якутска.	612

Лебедева Н.А., Дмитриева Т.Н., Александров И.Н. Заболеваемость злокачественными опухолями лор-органов в Республике Саха (Якутия)	618
Лебедева У.М., Степанов К.М., Дохунаева А.М., Захарова Л.С., Дьячковская М.П., Акимова Л.С. Современная концепция питания населения Республики Саха (Якутия)	624
Марковчина М.Ю., Пальшин Г.А., Потапов А.Ф., Иванова А.А. Симуляция клинических ситуаций с применением тренажеров и оценка ее эффективности.....	630
Николаев В.П., Тимофеев А.Л. Анализ демографического и социально-экономического статуса жителей г. Якутска как этап изучения влияния качества жизни на здоровье населения в условиях Крайнего Севера .	635
Николаева Т.Я., Чугунова С.А., Кузьмина З.М. Динамика заболеваемости и смертности от инсульта в Республике Саха (Якутия) за 2010-2013 годы	642
Нихланова В.В. Опыт оптимизации деятельности сельских подразделений на примере Гусиноозерской ЦРБ.....	646
Оконешникова Л.Т., Таппахов А.А. Организация медицинской помощи больным с болезнью Паркинсона в Республике Саха (Якутия)	653
Охлопкова В.И., Карпова А.Г., Протасова Н.А., Чемезова Б.А. Итоги реализации программы модернизации здравоохранения на примере ГБУ РС(Я) «Якутского республиканского онкологического диспансера»	659
Павлова Т.Ю., Дуглас Н.И., Радь Я.Г. Исходы беременности и перинатальные потери при новых критериях рождения в Республике Саха (Якутия)	669
Павлова С.Е., Карпова А.Г., Протасова Н.А. Организация деятельности участковой медицинской сестры терапевтического профиля на примере ГБУ РС(Я) поликлиники №1	674

Петрова П.Г., Апросимов Л.А., Борисова Н.В. Роль медицинского института СВФУ в обеспечении кадровым потенциалом системы здравоохранения РС (Я).....	682
Петрова М.Н., Башарин К.Г., Чибыева Л.Г., Петухов К.М. Анализ госпитализаций пациентов с хроническим панкреатитом до и после принятия государственных мер по ограничению продажи алкоголя ..	687
Петрова П.Г., Борисова Н.В., Кылбанова Е.С., Маркова С.В. Анализ основных факторов риска сердечно – сосудистых заболеваний у жителей Нюрбинского района	693
Петрова П.Г., Маркова С.В., Борисова Н.В., Антипина У.Д., Слепцов А.П. Состояние здоровья взрослого населения в зоне промышленного освоения севера (на примере Алданского района).....	706
Пронина Т.Н., Карпович Н.В. Влияние качества воздуха классов на респираторное здоровье учащихся	711
Протасова Н.А. Анализ работы кабинетной медицинской сестры поликлиники ГБУ РС(Я) ЯРОД.....	717
Саввина Н.В., Борисова Е.А., Луцкан И.П. Здравоохранение г. Якутска: анализ статистических данных.....	726
Семенов С.И., Максимова С.С., Никитина С.Г. Социальная значимость заболеваемости хроническими вирусными гепатитами в арктической зоне Республики Саха (Якутия)	732
Сергина Е.П., Афанасьева О.Г. Результаты исследования информационной перегрузки студентов ВУЗа.....	738
Слепцова С.С., Рахманова А.Г., Андреев М.Н. Вопросы совершенствования оказания медицинской помощи при хронических вирусных гепатитах в Республике Саха (Якутия)	741
Смирнова Е.В. Опыт работы медико-генетического центра в Санкт-Петербурге	749
Сыдыкова Л.А., Данилова Г.И. Внедрение инновационных методов диагностики и лечения сахарного диабета в Республике Саха (Якутия)	754

Сыморот О.А., Петухов К.М., Прядезникова Н.А. Деонтология как духовная основа формирования профессиональных компетенций будущих врачей.....	760
Сырцова Л.Е., Семикопенко В.А. Планирование и сохранение здоровой молочной железы у женщин с учетом формирования и возрастной трансформации.....	765
Тарабукина С.М. Оценка доступности лекарственной помощи в сельской местности на примере Мегино-Кангаласского района Республики Саха (Якутия)	770
Тимофеев Л.Ф., Иванова А.А., Румянцева А.И. Экономический ущерб от заболеваемости с временной утратой трудоспособности и преждевременной смертности в Республике Саха (Якутия).....	776
Федулова А.Г., Федосеева Л.Р., Бодунова А.С. Эпидемиологические особенности ротавирусной инфекции в Республике Саха (Якутия).....	781
Черепов В.М., Соболевская О.В., Ананьина Л.Г., Бегичева О.Л. Особенности подготовки кадров для осуществления экспертной деятельности в системе контроля качества медицинской помощи.....	786
Черкасов С.Н., Абрамова О.В. Особенности питания студентов вузов г. Нижневартовска как фактор риска нарушения здоровья	791
Черкасов С.Н., Сахибгареева Э.Х. Факторы, влияющие на первичный выбор пациентами коммерческой медицинской организации, оказывающей стоматологические услуги	796
Ширко О.И., Ушницкий И.Д., Семенова Н.В. Организация комплексной терапии невралгии тройничного нерва в условиях многопрофильного лечебно-профилактического учреждения в регионе Якутия	802
Щавелева М.В., Глинская Т.Н., Руцкая Т.А. Неинфекционные заболевания: новые вызовы общественному здоровью	808
Эверстова А.А., Тарабукина С.М., Ямщикова С.И. Лекарственное обеспечение больных орфанными заболеваниями в Республике Саха (Якутия)	810

Яковлева З.А., Кларов А.П., Саввинова Н.В. Проблемы совершенствования организации эндоскопической службы в Республике Саха (Якутия)	815
Ярыгина М.В., Кику П.Ф., Гамова С.В., Завьялова Я.С. Социально-гигиенические факторы риска возникновения экологозависимых заболеваний в условиях Приморского края.....	822

ОРГАНИЗАТОРЫ КОНФЕРЕНЦИИ

- ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный Федеральный университет имени М.К. Аммосова»
- Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия)
- Лига «Женщины-Ученые Якутии»
- ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

- | | |
|------------------|--|
| Михайлова Е.И. | – ректор Северо-Восточного федерального университета имени М.К. Аммосова (сопредседатель); |
| Петрова П.Г. | – директор Медицинского института Северо-Восточного федерального университета имени М.К. Аммосова, зав. кафедрой нормальной и патологической физиологии, доктор медицинских наук, профессор, (сопредседатель); |
| Горохов А.В. | – министр здравоохранения Республики Саха (Якутия), (сопредседатель); |
| Саввина Н.В. | – президент Лиги «Женщины – Ученые Якутии», зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, общей гигиены и биоэтики МИ СВФУ, доктор медицинских наук, профессор, (сопредседатель); |
| Молочный В.П. | – ректор Дальневосточного государственного медицинского университета, зав. кафедрой детских инфекционных болезней, доктор медицинских наук, профессор, (сопредседатель); |
| Пальшин Г.А. | – заместитель директора по научной работе МИ СВФУ, доктор медицинских наук, профессор; |
| Капитоненко Н.А. | – проректор по научной и клинической работе, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ДВГМУ, доктор медицинских наук, профессор; |
| Борисова Н.В. | – заместитель директора по учебной работе МИ СВФУ, доктор медицинских наук; |
| Гоголев Н.М. | – заместитель директора по клинической работе, зав. кафедрой хирургических болезней и стоматологии ФПОВ МИ СВФУ, доцент, кандидат медицинских наук; |

- Апросимов Л.А. – декан факультета последипломного обучения врачей МИ СВФУ, доцент, кандидат медицинских наук
- Аммосов В.Г. – директор Клиники Медицинского института СВФУ, кандидат медицинских наук

НАУЧНЫЙ КОМИТЕТ

- Башарин К.Г. – заведующий кафедрой нормальной и патологической анатомии, оперативной хирургии с топографической анатомией и судебной медицины МИ СВФУ, доктор медицинских наук, профессор;
- Винокуров М.М. – заведующий кафедрой факультетской хирургии, урологии, онкологии и отоларингологии МИ СВФУ, доктор медицинских наук, профессор;
- Дуглас Н.И. – заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ФПОВ МИ СВФУ, доктор медицинских наук, доцент;
- Дьячковский Н.С. – заведующий кафедрой сестринского дела МИ СВФУ, доцент, кандидат медицинских наук;
- Захарова Ф.Д. – профессор кафедры нормальной и патологической физиологии МИ СВФУ, доктор медицинских наук;
- Иванов П.М. – профессор кафедры факультетской хирургии, урологии, онкологии и отоларингологии МИ СВФУ, доктор медицинских наук;
- Иванова О.Н. – профессор кафедры педиатрии и детской хирургии МИ СВФУ, доктор медицинских наук;
- Игнатьев В.Г. – заведующий кафедрой общей хирургии МИ СВФУ, доктор медицинских наук, профессор;
- Кузьмина А.А. – заведующая кафедрой фармакологии и фармации МИ СВФУ, доцент, кандидат фармацевтических наук;
- Кылбанова Е.С. – заведующая кафедрой внутренних болезней и общеврачебной практики ФПОВ МИ СВФУ, доктор медицинских наук, профессор;
- Линева З.Е. – заведующая кафедрой инфекционных болезней, фтизиатрии и дерматовенерологии МИ СВФУ, доктор медицинских наук, профессор;
- Максимова Н.Р. – заведующая учебно-научной лабораторией «Геномная медицина» МИ СВФУ, доктор медицинских наук;
- Маркова С.В. – руководитель отделения «Педиатрия», заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней МИ СВФУ, доцент, кандидат медицинских наук;
- Мунхалова Я.А. – заведующая кафедрой педиатрии и детской хирургии МИ СВФУ, доцент, кандидат медицинских наук;

- Николаева Т.Я. – заведующая кафедрой неврологии и психиатрии МИ СВФУ, доктор медицинских наук, профессор;
- Пальшин Г.А. – заведующая кафедрой травматологии, ортопедии и медицины катастроф МИ СВФУ, доктор медицинских наук, профессор;
- Пальшина А.М. – заведующая кафедрой госпитальной терапии, профессиональных болезней и клинической фармакологии МИ СВФУ, доцент, кандидат медицинских наук;
- Потапов А.Ф. – заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии ФПОВ МИ СВФУ, доктор медицинских наук, доцент;
- Пшенникова Е.В. – заведующая кафедрой гистологии и микробиологии МИ СВФУ, доцент, кандидат биологических наук;
- Степанова Г.К. – профессор кафедры нормальной и патологической физиологии МИ СВФУ, доктор медицинских наук;
- Сыдыкова Л.А. – заведующий кафедрой пропедевтической и факультетской терапии с эндокринологией и ЛФК МИ СВФУ, доцент, кандидат медицинских наук;
- Тобохов А.В. – заведующий кафедрой госпитальной хирургии и лучевой диагностики МИ СВФУ, доктор медицинских наук, профессор;
- Ушницкий И.Д. – заведующий кафедрой терапевтической, хирургической, ортопедической стоматологии и стоматологии детского возраста МИ СВФУ, доктор медицинских наук, профессор;
- Филиппова Р.Д. – заведующая кафедрой акушерства и гинекологии МИ СВФУ, доктор медицинских наук, профессор;
- Ханды М.В. – профессор кафедры пропедевтики детских болезней МИ СВФУ, доктор медицинских наук;
- Чибыева Л.Г. – профессор кафедры пропедевтической и факультетской терапии с эндокринологией МИ СВФУ, доктор медицинских наук.

РАБОЧАЯ ГРУППА

- Артамонова С.Ю. – доцент кафедры пропедевтики детских болезней МИ СВФУ, кандидат медицинских наук;
- Афанасьева О.Г. – доцент кафедры нормальной и патологической анатомии, оперативной хирургии с топографической анатомией и судебной медицины МИ СВФУ, кандидат медицинских наук;
- Ахременко Я.А. – доцент кафедры гистологии и микробиологии МИ СВФУ, кандидат медицинских наук;

- Баишева В.И. – руководитель отделения «Стоматология», доцент кафедры терапевтической, хирургической, ортопедической стоматологии и стоматологии детского возраста, кандидат медицинских наук;
- Варфоломеева Н.А. – доцент кафедры фармации и фармакологии МИ СВФУ, кандидат медицинских наук;
- Винокурова С.П. – аспирант Медицинского института СВФУ им. М.К. Аммосова;
- Гуляева Н.А. – доцент кафедры инфекционных болезней, фтизиатрии и дерматовенерологии МИ СВФУ, кандидат медицинских наук;
- Егорова В.Б. – доцент кафедры педиатрии и детской хирургии МИ СВФУ, кандидат медицинских наук;
- Егорова Е.Е. – доцент кафедры нормальной и патологической анатомии, оперативной хирургии с топографической анатомией и судебной медицины МИ СВФУ, кандидат медицинских наук;
- Епанов В.В. – доцент кафедры травматологии, ортопедии и медицины катастроф МИ СВФУ, кандидат медицинских наук;
- Луцкан И.П. – доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, общей гигиены и биоэтики МИ СВФУ, кандидат медицинских наук;
- Максимова А.А. – аспирант Медицинского института СВФУ им. М.К. Аммосова;
- Малогулова И.Ш. – руководитель отделения «Фармация», доцент кафедры фармакологии и фармации МИ СВФУ, доцент, кандидат биологических наук;
- Матвеев А.С. – старший преподаватель кафедры общей хирургии МИ СВФУ, кандидат медицинских наук;
- Николаев В.Н. – доцент кафедры госпитальной хирургии и лучевой диагностики МИ СВФУ, кандидат медицинских наук;
- Петрова М.Н. – доцент кафедры пропедевтической и факультетской терапии с эндокринологией и ЛФК МИ СВФУ;
- Платонова М.В. – аспирант Медицинского института СВФУ им. М.К. Аммосова;
- Саввина Н.А. – заместитель директора Клиники МИ СВФУ, доцент, кандидат медицинских наук;
- Слепцов А.П. – руководитель телемедицинского центра МИ СВФУ, доцент кафедры госпитальной терапии, профессиональных болезней и клинической фармакологии МИ СВФУ, доцент, кандидат медицинских наук;

- Слепцова С.С. – доцент кафедры инфекционных болезней, фтизиатрии и дерматовенерологии МИ СВФУ, кандидат медицинских наук;
- Степанова Л.А. – доцент кафедры пропедевтики детских болезней МИ СВФУ, кандидат медицинских наук;
- Троев И.П. – председатель совета научно-исследовательских работ студентов, молодых ученых и специалистов МИ СВФУ;
- Тролукова А.Н. – доцент кафедры акушерства и гинекологии МИ СВФУ, кандидат медицинских наук;
- Федосеева Л.Р. – руководитель отделения "Медико-профилактическое дело", доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, общей гигиены и биоэтики МИ СВФУ, кандидат медицинских наук;
- Ядрихинская В.Н. – руководитель отделения «Лечебное дело», доцент кафедры госпитальной терапии, профессиональных болезней и клинической фармакологии МИ СВФУ, доцент, кандидат медицинских наук;

РАЗДЕЛ 1.

ФУНДАМЕНТАЛЬНАЯ

МЕДИЦИНА

ЗНАЧЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ФОТОПЕРИОДИЗМА РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ) В ПРОЦЕССАХ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ НЕЙРОНОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА СТАРЫХ КРЫС

БЕЛОЛЮБСКАЯ Д.С., СОКОРУТОВ Д.А., СЛЕПЦОВ А.Ю.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М.К.
АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. В работе исследовано внутриклеточное содержание липофусцина (маркера ПОЛ) в нейронах неокортекса старых белых крыс, содержащихся при разных режимах искусственного и естественного освещения в условиях РС(Я). Согласно полученным данным, животные, содержащиеся при постоянном освещении, содержали наибольшее количество липофусцина в нейронах. Данный факт может расцениваться как следствие угнетения секреции мелатонина световым загрязнением, что увеличивает свободно-радикальное повреждение клеток, приводящее к более интенсивному накоплению липофусцина. Учитывая то, что липофусцин является продуктом ПОЛ, можно сделать вывод о том, что избыточное освещение путем угнетения секреции мелатонина увеличивает степень интенсивности ПОЛ, а значит, ускоряет процесс старения.

Ключевые слова: мелатонин, антиоксидант, ПОЛ, липофусцин, световой режим, старение.

Abstract. In the article the intracellular content of lipofuscin (a marker of lipid peroxidation) in the neurons of the neocortex old rats kept under different conditions of artificial and natural lighting conditions of Sakha (Yakutia) has researched. According to the research data, animals kept under constant illumination have contained the largest number of lipofuscin in neurons. This fact can be regarded as a consequence of inhibition of melatonin secretion by light pollution, which increases free radical

damage to cells, leading to more intense accumulation of lipofuscin. Given that lipofuscin is a product of lipid peroxidation, it can be concluded that the excess lighting increases the intensity of lipid peroxidation by inhibiting the secretion of melatonin, and thus it accelerates the aging process.

Key words: melatonin, an antioxidant, lipid peroxidation, lipofuscin, light conditions, aging.

Актуальность. В настоящее время о геропротекторных свойствах мелатонина и его способности увеличивать продолжительность жизни свидетельствуют работы многих авторов [1,5,6]. Согласно свободно-радикальной теории старения в процессе биологического окисления образуются активные формы кислорода (АФК), индуцирующие перекисное окисление липидов (ПОЛ) - основной механизм возникновения не только старения, но и связанных с ним патологий, таких как катаракта, атеросклероз, заболевания сердца, суставов, злокачественные новообразования, нейродегенеративные заболевания и др. [4,5]. Являясь мощнейшим эндогенным антиоксидантом, мелатонин способен замедлять процессы старения, непосредственно нейтрализуя АФК и тем самым предотвращая свободнорадикальное повреждение нуклеиновых кислот, белков и липидов [1,2,3].

В процессе ПОЛ внутри клеток откладывается особый пигмент — липофусцин, представляющий собой продукты оксидации и пероксидации жиρο-белковых комплексов клеточных мембран, не поддающихся гидролитическому действию лизосомальных ферментов [3]. В большей степени липофусцин накапливается нейронах и кардиомиоцитах, что связано, во-первых, с отсутствием их митотической активности, во-вторых, с интенсивным метаболизмом, т. е. с потреблением большего количества кислорода, что влечет за собой большее образование АФК. Поскольку наиболее важным регулятором секреции мелатонина является чередование циркадианного цикла дня и ночи, степень накопления липофусцина в нейронах старых белых крыс при разных световых режимах находится в прямой зависимости от активности ПОЛ в клетках и в обратной зависимости от антиоксидантной активности мелатонина, что может служить маркером интенсивности ПОЛ.

Отсутствие на сегодняшний день в литературе систематизированных данных влияния на функционирование эпифиза и секрецию мелатонина сезонных и циркадианных ритмов в резко континентальном климате северного региона, отличающегося высоким диапазоном различий соотношения дня и ночи в разные времена года, обуславливает актуальность и необходимость дальнейших исследований в данном направлении.

Таким образом, **целью** данной работы является исследование внутриклеточного содержания липофусцина как маркера перекисного окисления липидов в нейронах коры головного мозга старых белых крыс, содержащихся в режимах искусственного и естественного освещения в условиях Республики Саха (Якутия).

Материалы и методы. В работе использованы старые (22 мес.) белые беспородные крысы массой 350-400г. Животные были разделены на группы (n=6), содержащиеся при разных режимах освещения в течение 30 дней: 1 группа — в условиях световой депривации (DD), 2 группа — при постоянном освещении (LL), 3 группа — в условиях естественного освещения Республики Саха (Якутия) в период максимально измененного фотопериодизма («белых ночей») (NL). Взятый материал фиксировали в жидкости Карнуа, последующую заливку в парафин осуществляли стандартным способом. На срезах переднетеменной доли и собственно теменной доли головного мозга толщиной 7 мкм проводили гистохимическое выявление липофусцина в нейронах по методам Циля-Нильсена и Шморля. Количественная оценка содержания липофусцина в нейронах проводилась измерением его оптической плотности (ОП) при помощи морфометрической программы PhotoM1.21. Статистический анализ полученных данных проводился с помощью программы Statistica 10. Достоверность различий определялась по критерию Стьюдента, различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Полученные нами данные свидетельствуют, что у старых крыс, содержащихся в разных режимах освещения,

количественное содержание липофусцина в нейронах коры головного мозга имеет достоверные различия (табл.).

Таблица - Количественное содержание липофусцина в нейронах неокортекса старых крыс, содержащихся в режимах искусственного и естественного освещения в условиях Республики Саха (Якутия)

Группа Показатель	1-я группа Световая депривация (DD)	2-я группа Естественное освещение (NL)	3-я группа Темновая депривация (LL)
ОП липофусцина:	Карбол-фуксин по методу Циля-Нильсена		
ПТД: - II слой	0,189±0,058	0,159±0,020	0,215±0,048
- V слой	0,169±0,038	0,141±0,018	0,241±0,054
СТД: - II слой	0,117±0,024	0,234±0,057	0,245±0,049*
- V слой	0,134±0,025	0,245±0,060	0,277±0,090
ОП липофусцина:	Гексацианоферрат по методу Шморля		
ПТД: - II слой	0,156±0,046	0,164±0,047	0,197±0,039
- V слой	0,091±0,039	0,135±0,036	0,246±0,041* **
СТД: - II слой	0,171±0,028	0,173±0,020	0,175±0,030
- V слой	0,166±0,051	0,203±0,038	0,212±0,026

Примечание: * - отличия статистически достоверны по сравнению с 1 группой; ** - отличия статистически достоверны по сравнению со 2-й группой (P<0,05).

Так, обнаружено, что во II слое собственно теменной доли неокортекса содержание липофусцина у крыс, находившихся при постоянном освещении (LL), достоверно не отличалось от группы в естественных условиях (NL), однако по сравнению с группой, находившейся в темноте (DD), наблюдалось достоверное увеличение накопления пигмента. В нейронах V слоя неокортекса переднетеменной доли крыс, подвергнутых темновой депривации (LL), обнаруживалось достоверно повышенное содержание пигмента по сравнению с 1-й (DD) и 2-й (NL) экспериментальными группами. Показатели липофусцина нейронов крыс, находившихся в условиях естественного фотопериодизма РС(Я) в период

белых ночей (NL), во многом были сходны с показателями группы при темновой депривации (LL).

Согласно полученным данным, животные, содержащиеся при постоянном освещении, содержали наибольшее количество липофусцина в нейронах. Данный факт может расцениваться как следствие угнетения секреции мелатонина световым загрязнением, что увеличивает свободно-радикальное повреждение клеток, приводящее к более интенсивному накоплению липофусцина. Учитывая то, что липофусцин является продуктом ПОЛ, можно сделать вывод о том, что избыточное освещение путем угнетения секреции мелатонина увеличивает степень интенсивности ПОЛ, а значит, ускоряет процесс старения.

Наличие такого явления как белые ночи в фотопериодизме регионов северных широт, таких как Республика Саха (Якутия), в сочетании со световым загрязнением оказывает непосредственное влияние на мелатонинсинтезирующую функцию эпифиза проживающих в этих регионах людей, а значит, и на их продолжительность жизни и особенности течения многих заболеваний. Это определяет необходимость дальнейших научных исследований по изучению взаимосвязи процессов старения, эндокринной функции эпифиза и особенностей фотопериодизма Якутии.

Список литературы:

1. Бойко Е.Р., Ткачев А.В. Влияние продолжительности светового дня на гормональные и биохимические показатели у человека на Севере // Физиологический журнал им. И.М. Сеченова. - 1995. - Т. 81. - № 7. - С. 86-92.
2. Владимиров Ю.А., Азизова О.А., Деев А.И. и др. Свободные радикалы в живых системах // Итоги науки и техники. Сер. Биофизика. - 1991. - Т. 29. - С. 126-128.
3. Ефимов А.А., Маслякова Г.Н. О роли липофусцина в инволютивных и патологических процессах // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2009. - Т.5. - №1. - С.111-115.
4. Кольтовер В.К. Свободно-радикальная теория старения // Успехи геронтологии. - 2002. - №4. - Т.3. - С. 38—40.
5. Тодоров И.Н., Тодоров Г.И. Стресс, старение и их биохимическая коррекция / Под ред. С.М Алдошина. — М.: Наука, 2003. — 145с.
6. Reiter R.J., Tan D.X., Sainz R.M. etc. Melatonin: reducing the toxicity and increasing the efficacy of drugs // J. Pharm. Pharmacol. - 2002. - №75. - P. 1299–1321.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РЕФЕРЕНТНЫХ ИНТЕРВАЛОВ ДЛЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ СИСТЕМНУЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНУЮ РЕАКЦИЮ В СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ

ГАЛИНОВСКАЯ Н.В., ШИТИКОВА М.Г., УСОВА Н.Н., ШАХРОВ П.В.

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ, ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ, РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
РАДИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА

Аннотация. Для определения референтных границ цитокинового спектра сыворотки крови: интерлейкинов (IL) 6, 8, 10, фактора некроза опухоли альфа (TNF- α), С-реактивного белка (CRP) – в старшей возрастной группе проведен забор биологического материала у 16 практически здоровых лиц. В результате определены границы исследуемых показателей, которые для IL-6 оказались ближе к нижней части спектра указанных в наборе интервалов, а для IL-8 и CRP имели равномерное распределение.

Ключевые слова: интерлейкин 6, 8, 10, фактор некроза опухоли- α , С-реактивный белок, референтный интервал.

Abstract. For definition of referential borders of the blood cytokines spectrum: interleukins 6, 8, 10, the tumor necrosis factor alpha – α , C-reaction protein – in the senior age group the fence of a biological material in 16 healthy persons was spent. As a result of studied parameters defined boundary, for which IL-6 were closest to the lower part of the spectrum indicated in the set of intervals, and indicators for IL-8 and had a uniform distribution of CRP.

Keywords: interleukins 6, 8, 10, tumor necrosis factor alpha – α , C-reaction protein, referential intervals.

Актуальность. Синдром системной воспалительной реакции (СВР) представляет собой универсальный генерализованный ответ организма на различные повреждающие воздействия, в том числе – ишемическое [1, 2]. Отражением СВР служит обнаружение повышенной экспрессии молекул клеточной адгезии, продукция цитокинов и хемоаттрактантов, а также, повышение в крови уровней маркеров неспецифического повреждения: CRP, сывороточного амилоида, фибриногена [2, 3, 4]. Выбор главного звена СВР показал, что совместная гиперсекреция отдельных цитокинов: IL-6, 8, 10, TNF- α и CRP – может отражать уровень СВР и использоваться в клинической практике [2, 3].

Проводимые ранее исследования воспалительных показателей у пациентов с ишемическим повреждением головного мозга в 100% случаев выявили повышение TNF- α в плазме крови при поступлении в стационар [2]. Была зарегистрирована дополнительная выработка цитокинов в кровеносных сосудах и астроцитах в области ишемического повреждения, сопровождающаяся активной воспалительной реакцией [2, 5]. Также в течение острого периода инфаркта мозга отмечено разнонаправленное изменение содержания данных показателей в крови и спинномозговой жидкости, которое коррелирует с изменениями клинической картины и имеет прогностическое значение [2].

Однако, если сравнивать полученные данные с интервалами нормальных значений вышеуказанных показателей, при наличии достоверного различия изучаемых параметров между клинической и контрольной группами, в целом отдельные полученные цифры при негрубой патологии не выходят за верхнюю границу нормы. Являются ли эти изменения диагностически значимыми можно ответить только при условии определения более узкого коридора для волонтеров без сердечно-сосудистой патологии, что и определило цель нашего исследования.

Цель исследования: определение референтного интервала IL 6, 8,10, TNF- α , CRP у практически здоровых лиц старшей возрастной категории.

Пациенты и методы. Исследование выполнялось на базе центральной научно-исследовательской лаборатории, кафедры неврологии и

нейрохирургии УО «Гомельский государственный медицинский университет». Биологический материал был отобран у 16 практически здоровых волонтеров, средний возраст которых составил $55,3 \pm 0,8$ лет, из них: 9 женщин и 7 мужчин.

Забор крови для определения цитокинового спектра осуществлялся утром, натощак. Взятие крови производили, используя подготовленные емкости. Затем выполнялось центрифугирование взятых образцов, отделение сыворотки крови для последующего осуществления иммуноферментного анализа на аппарате «Анализатор иммуноферментный АИФ М/340». Расчет интегрального показателя цитокинемии – коэффициента реактивности, был основан на исследовании в плазме крови 5 показателей: 4 цитокинов (IL-6, IL-8, IL-10, TNF- α) и острофазного CRP [2, 3].

Полученные данные были занесены в таблицу и обработаны с помощью автоматизированной компьютерной программы «STATISTICA for Windows» 7.0. с помощью методов описательной статистики. Данные не имели нормального распределения и были представлены нами в виде медианы (Med), верхнего и нижнего квартилей (LQ–UQ).

Результаты. В результате проведенного анализа было выявлено, что в группе практически здоровых старшей возрастной категории лиц имели место следующие средние значения изучаемых показателей: IL-6 – 0 пг/мл (0-0,49 пг/мл) при значении набора 2,0 пг/мл; (0-10 пг/мл) и предельно допустимом значении 5 пг/дл. Для IL-8 продемонстрирована Med 6,5 пг/мл (5,29-7,72 пг/мл) при значении набора 2, 0 пг/мл; 0-10,0 пг/мл и предельно допустимом значении 10,0 пг/дл). В нашем исследовании IL-10 не был выявлен ни у одного обследованного: 0 пг/мл при значении набора 5,0 пг/мл (0-31,0 пг/мл) и предельно допустимом значении 5,0 пг/дл. Уровень TNF- α также был ниже чувствительности используемого набора: 0 пг/мл, при значении набора 0,5 пг/мл (0-6,0 пг/мл) и предельно допустимом значении 8,0 пг/мл.

Средний уровень CRP у здоровых лиц составил 4,8 мг/л (2,3-7,7 мг/л), при предельно допустимом значении 8 мг/л). Ввиду того, что ни у одного из испытуемых значения цитокинов не превышали верхнюю границу

табличных индексов [4], коэффициент реактивности в данной группе не отличался от нуля.

Заключение. Таким образом, при определении границ нормального интервала нами было продемонстрировано, что группа волонтеров старшего возрастного периода имеет примерно равномерное распределение изучаемых параметров по показателям IL-8 и CRP, и смещенное к нижней границе такового для IL-6. Полученные интервалы будут использованы нами в дальнейшей работе при сравнительном анализе в группах пациентов с ишемией головного мозга различной степени тяжести.

Список литературы:

1. Белкин, А.А. Синдром острой церебральной недостаточности / А.А. Белкин, Б.Д. Зислин, И.Я. Лейдерман // Интенсивная терапия. – 2006. – №3. – С. 131-133.
2. Гусев, Е.И. Ишемия головного мозга / Е.И. Гусев, В.И. Скворцова. – М.: Медицина, 2001. – 328 с.
3. Гусев, Е.Ю. Системное воспаление с позиции теории типового патологического процесса / Е.Ю. Гусев, В.А. Черешнев, Л.Н. Юрченко // Цитокины и воспаление. – 2007. – № 4. – С. 9-21.
4. Гусев, Е.Ю. Методология изучения системного воспаления / Е.Ю. Гусев, Л.Н. Юрченко, В.А. Черешнев [и др.] // Цитокины и воспаление. – 2008. – № 1. – С. 16-23.
5. Галиновская, Н.В. Особенности биохимического спектра у лиц с преходящими нарушениями мозгового кровообращения / Н.В. Галиновская, Н.Н. Усова, О.В. Лыщенко, Е.В. Иванашко, В.Я. Латышева // Медико-биологические проблемы жизнедеятельности. – 2011. – №. 2 (6). – С. 53-58.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ АДАПТАЦИОННЫЕ РЕАКЦИИ ОРГАНИЗМА КАК ОДИН ИЗ ИНДИКАТОРОВ ИЗУЧЕНИЯ РЕАКЦИЙ ОРГАНИЗМА УЧАЩИХСЯ ХОРЕОГРАФИЧЕСКОГО КОЛЛЕДЖА РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ) НА ДВИГАТЕЛЬНУЮ НАГРУЗКУ

Егорова Е.Е., Егорова В.Е.

Россия, Северо-Восточный федеральный университет имени
М.К.Аммосова, Медицинский институт

Аннотация. Впервые проведена оценка типов неспецифических адаптационных реакций организма (НАРО) в процессе функционального состояния физического развития учащихся, занимающихся балетом в зависимости от типа телосложения, возраста, двигательной активности и этнической принадлежности в условиях Крайнего севера, что может стать одним из индикаторов степени влияния тренировочного процесса на функциональные системы организма в процессе адаптации к двигательной активности.

Ключевые слова: типы неспецифических адаптационных реакций организма (НАРО), физическая нагрузка (ФН), функциональное состояние, адаптация, лейкоцитарная формула крови, хореография.

Abstract. For the first time assessed the types of nonspecific adaptive reactions (NARO) in the process of the functional state of physical development of students involved in ballet, depending on body type, age, physical activity, and ethnicity in the Far North, which can be one indicator of the degree of influence of the training process on the functional systems of the organism in the process of adaptation to motor activity.

Key words: types of nonspecific adaptive reactions of the organism (NARO), physical exercise (TN), functional status, adaptation, leucocyte formula blood choreography.

Известно, что общие приспособительные реакции организма являются наиболее универсальными, включают в себя все системы и уровни [1; 6]. Л.Х. Гаркави, Е.Б. Квакина, М.А. Уколова [3] разработали теорию неспецифических адаптационных реакций организма. Авторами показано, что сложной, многоуровневой, колебательной системе организма присущ целый комплекс неспецифических адаптационных реакций с характерными для них изменениями на всех иерархических уровнях, которые влияют на неспецифическую резистентность организма и являются неспецифической основой состояния здоровья, предболезни и болезни. Изменения адаптационных реакций организма отражаются в лейкоцитарной формуле периферической крови. В.А. Копаневым и Л.Г. Коваленко [5] предложена циклическая модель смены адаптационных реакций организма, которая, базируясь на концепции Л.Х. Гаркави, отличается тем, что авторами пересмотрено представление о периодической смене тетрады основных состояний (реакция устойчивой и неустойчивой тренировки, реакция устойчивой и неустойчивой активации, стресс и периактивации) и показано, что переход от одного основного состояния к другому осуществляется через переходные реакции.

При этих состояниях в разной степени снижается неспецифическая резистентность организма и его адаптивность к любым повреждающим факторам: климатическим, экологическим, физическим и психическим нагрузкам; усугубляются имеющиеся патологические процессы.

Наиболее высокая неспецифическая резистентность и адаптивность, при высокой функциональной активности регулирующих и защитных систем организма отмечается при развитии антистрессорных, гармоничных состояний спокойной и повышенной активации [3].

Занятия классическим танцем, при которых нагрузки выполняются, порой, на пределе возможностей организма, требуют сложной перестройки всех систем организма. Кроме того, негативное влияние на организм танцора оказывают эмоциональные нагрузки и нервно-психическое напряжение. Совокупность данных факторов могут привести к возникновению очень глубоких функциональных сдвигов и, как следствие к снижению

работоспособности, при неправильном подходе к методике обучения [4]. В таких условиях не могут полноценно протекать восстановительные процессы, что может привести к срывам процесса адаптации. Особой интерес представляет изучение физического развития и функционального состояния здоровья учащихся во время учебно-тренировочного процесса в Хореографическом колледже РС(Я), при котором следует учитывать не только возраст, пол, этническую принадлежность, особенность физической нагрузки при занятиях классическим танцем, но и климатические условия Крайнего севера. В следствии чего, необходимость выявления характера протекания адапционных процессов организма на начальной стадии обучения учащихся Республиканского хореографического колледжа им А. и Н. Посельских, особенно актуально.

Материал и методы исследования. Всего было обследовано 84 учащихся Республиканского хореографического колледжа им А. и Н. Посельских, обоего пола и препубертатного и пубертатного возрастного периода развития, принадлежащих к одной этнической группе. Антропометрическое исследование проводилось по специально разработанной методике В.В. Бунака [2], с расчетом индексов пропорциональности развития

Проведен периферический анализ крови на общее содержание лейкоцитов, лейкоцитарной формулы крови по Л.Х.Гаркави с соавт. [3]. Полученные данные статистически обработаны с помощью программы Excel. Определены типы неспецифических адапционных реакций организма (НАРО) у учащихся хореографического колледжа им А. и Н. Посельских.

Результаты и обсуждение. Оценка морфофункциональных параметров физического развития позволила получить данные о показателях габаритных размеров, пропорциональности развития в препубертатный период онтогенеза девочек РКК. Изучение весо-ростовых соотношений выявило, что у 97,2% исследованных была выявлена дисгармония, связанная с дефицитом массы тела, что свойственно при отборе в колледж. Анализ значений Индекс REES – EYSENCK показал у 73,6% астенический тип телосложения. Индексная оценка пропорциональности развития учащихся

показала, что относительные показатели индексов грудной клетки, таза и плеч соответствовали узкогрудии, стенопиезии и долихоморфности.

При анализе результатов периферической крови с подсчетом лейкоцитарной формулы, полученных во время учебно-тренировочного процесса учащихся, нами выявлены типы неспецифических реакций организма в зависимости от пола и возраста. Так, у мальчиков в возрасте препубертатного периода отмечалась реакция устойчивой активации у 72,7% учащихся, при этом минимальное значение отношения лимфоцитов к сегментоядерным нейтрофилам составило 0,55, а максимальное 0,98, при вариации показателей отношения моноцитов к эозинофилам от 1,62 до 3,69. Устойчивая тренировка наблюдалась только у 26,31% учащихся, при этом минимальное значение отношения лимфоцитов к сегментоядерным нейтрофилам составило 0,31, а максимальное 0,36, при вариации показателей отношения моноцитов к эозинофилам от 1,51 до 5,8. состояние реакции перенапряжения наблюдалось у 10,51%, неустойчивая активация — у 15,78% случаев. Следует отметить, что данные типы неспецифических адаптационных реакции наблюдаются только у мальчиков первого года обучения. К 12 годам отмечается только устойчивая тренировка и активация.

Изучение результатов периферической крови с подсчетом лейкоцитарной формулы у девочек препубертатного возрастного периода показало, что у девочек первого года обучения реакция устойчивой активации наблюдалась у 60% учащихся. При колебании показателей отношения лимфоцитов к сегментоядерным нейтрофилам от 0,64 до 0,98, а максимальное значение отношения моноцитов к эозинофилам составило 4,78, при минимальном 1,13. Необходимо отметить, что у девочек данной возрастной группы отмечается реакция периактиваии чаще, по сравнению с мальчиками (26,6% и 10,51%, соответственно), при этом реакция устойчивой тренировки наблюдается реже (13,33% и 26,91% , соответственно).

Как известно, пубертатный период развития сопровождается гормональной перестройкой организма в целом, формированием психосоматического

статуса. Влияние двигательной активности на функциональное состояние организма может иметь свои особенности.

Изучение типов НАРО у мальчиков пубертатного возрастного периода выявило, что в большей количестве встречаются типы устойчивой активации организма, в 70,58% из числа обследованных. Анализ показателей отношения лимфоцитов к сегментоядерным нейтрофилам отметил вариацию значений от 0,55 до 0,95, при максимальном значении отношения моноцитов к эозинофилам 5,3 и минимальном 1,57. Тип адаптационной реакции устойчивой тренировки наблюдалось у 17,64% учащихся, при колебании от 0,31 до 0,38 и от 3,47 до 5,57 соответственно. Реакция перенапряжения наблюдалась только у одного учащегося.

Интересные данные были получены при изучении типов НАРО у девочек пубертатного возрастного периода. Среди учащихся отмечались практически все типы НАРО, кроме неустойчивой активации. Так наибольший процент составил тип устойчивой активации — в 63,88% случаев, тип устойчивой тренировки наблюдается у 19,44%, реакция периактивации — 11,11%, тип стресса и неустойчивой тренировки наблюдается в единичном случае. Максимальное значение отношения лимфоцитов к сегментоядерным нейтрофилам при устойчивой активации составило 0,98, а минимальное — 0,55, при этом показатель отношения моноцитов к эозинофилам колебался от 1,67 до 5,38. При изучении типа адаптационной реакции устойчивой тренировки выявлены вариации от 0,31 до 0,34 и от 1,26 до 5,7 соответственно.

Таким образом, нами применен метод инвазивного определения индикатора функционального состояния организма на примере учащихся, занимающихся хореографией, в зависимости от пола и возрастного периода развития, принадлежавших к одной этнической группе. Проведенное исследование выявило различные типы адаптационных реакций организма на занятия классическим танцем, которые имели признаки полового диморфизма и зависят от возрастного периода развития.

В зависимости от продолжительности обучения отмечается положительная динамика в отношении адаптации к тренировочному процессу в

хореографическом колледже, которая выражается в развитии типов НАРО, таких как, устойчивой тренировка и активация. Полученные результаты говорят о правильной методике преподавания классического танца в условиях Крайнего севера.

Список литературы:

1. Агаджанян Н.А., Баевский Р.М., Берсенева А.П. Функциональные резервы организма и теория адаптации // Вестник восстановительной медицины: Диагностика. Оздоровление. Реабилитация. – 2004. – № 3. – С. 4–11.
2. Бунак В.В. Антропометрия. М., Учпедгиз, 1941.-368с.
3. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Уколова М.А. Адаптационные реакции и резистентность организма. – 2-е изд., доп. – Ростов-на-Дону: Ростовский ун-т, 1979. – 128 с.
4. Егорова Е.Е., Региональные особенности морфофункциональных параметров учащихся с различной двигательной активностью в условиях Крайнего севера// материалы Международного конгресса Экология человека в условиях Крайнего Севера
5. Копанев В.А., Коваленко Л.Г., Степанов А.Д. Использование метода оценки адаптационных состояний в медицинской практике: Методическое пособие для врачей. – Новосибирск: Изд-во «Лира», 2005. – 50 с.
6. Selye H.A. Syndrome produced by diverse nocuous agents // Nature. – 1936. – V. 138. – P. 32.

ВЛИЯНИЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НА БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ КРОВИ НА ПРИМЕРЕ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА УЧАЩИХСЯ ХОРЕОГРАФИЧЕСКОГО КОЛЛЕДЖА ИМ. А. И Н. ПОСЕЛЬСКИХ

Егорова В.Е., Егорова Е.Е., Петрова П.Г.

Россия, Северо-Восточный федеральный университет имени М.К.
Аммосова, Медицинский институт

Аннотация. Впервые будет проведена оценка биохимических показателей сывороточной крови и компонентного состава тела в процессе функционального состояния физического развития учащихся, занимающиеся балетом в условиях Крайнего севера.

Ключевые слова: биомаркер, физическая нагрузка (ФН), функциональное состояние, сывороточная кровь, компонентный состав тела, хореография.

Abstract. For the first time will evaluate the biochemical indices of the blood serum and the composition of the body in the course of the functional state of the physical development of students engaged in ballet, in conditions of the Far North.

Keywords: biomarker, physical load (LB), functional status, serum blood component body composition and choreography.

Key words: biomarker, exercise (FN), functional status, serum blood component body composition and choreography.

Актуальность. Среди показателей углеводного обмена нами выбраны: глюкоза, молочная кислота (лактатдегидрогиназа) и фруктоза, которые имеют практическое значение. Как известно, интенсивная двигательная нагрузка требует высоких энергетических затрат. Однако, динамика ее

содержания в крови при мышечной деятельности индивидуально и зависит от уровня тренированности организма, мощности и продолжительности физических упражнений.

Уровень глюкозы поддерживается на относительно постоянном уровне специальными регуляторными механизмами в пределах 3,88—5,83 ммоль/л (). Кратковременные физические нагрузки субмаксимальной интенсивности могут вызывать повышение содержания глюкозы в крови за счет усиленной мобилизации гликогена печени. Длительные физические нагрузки приводят к снижению содержания глюкозы в крови. У нетренированных лиц это снижение более выражено, чем у тренированных. Повышенное содержание глюкозы в крови свидетельствует об интенсивном распаде гликогена печени либо относительно малом использовании глюкозы тканями, а пониженное ее содержание — об исчерпании запасов гликогена печени либо интенсивном использовании глюкозы тканями организма. По изменению содержания глюкозы в крови судят о скорости аэробного окисления ее в тканях организма при мышечной деятельности и интенсивности мобилизации гликогена печени. Этот показатель обмена углеводов редко используется самостоятельно в спортивной диагностике, поскольку уровень глюкозы в крови зависит не только от воздействия физических нагрузок на организм, но и от эмоционального состояния человека, гуморальных механизмов регуляции, питания и других факторов (Горчакова Л.М., Гудивок Я.С., Гунина Л.М., 2010.).

Актуальность обсуждаемой проблемы, отсутствие информации о вариантах биохимических показателей углеводного обмена в зависимости от типа телосложения, возраста, двигательной активности, этнической принадлежности и региона Крайнего севера явились побудительным моментом в выборе темы и методов исследования.

Материалы и методы исследования. Нами проведено биохимическое исследование сыворотки крови на глюкозу у 67 учащихся хореографического колледжа им. А. и Н. Посельских г. Якутска, в возрасте от 9 до 16 лет. Все обследованные были разделены на группы, согласно

Международному симпозиуму по возрастной периодизации в Москве в 1965 г.

Всего обследовано 67 учащихся, из них 16 девочек (9 -11лет) и 16 мальчиков (9 – 12 лет) препубертатного возраста, средний возраст составил $9,5\pm 0,5$ лет и $9,94\pm 0,9$ лет соответственно. Пубертатный возраст на момент обследования у 15 мальчиков и у 20 девочек. Все учащиеся относились к одной этнической группе.

Антропометрическое исследование проводилось по специально разработанной методике В.В. Бунака (1941). Исследование уровня глюкозы крови проводился в учебно-научной клинко-диагностической лаборатории Клиники МИ СВФУ на биохимическом анализаторе фирмы «Horiba ABX» Pentra 400, использован энзиматический метод стандартного набора реактивов фирмы "Horiba" (Франция) в ммоль/л. Полученные результаты были подвергнуты статистической обработке с помощью программы Excel.

Результаты исследования. Индексная оценка параметров физического развития выявила дисгармонию у 71,64 % исследованных, связанная с дефицитом массы тела, что свойственно при отборе в колледж. Среднее значение Индекса Кетле 2 составило $16,41\pm 0,03$ кг/см². Индекс REES – EYSENCK показал у 73,6% астенический тип телосложения, среднее значение которого составило $110,90\pm 1,12$.

С целью определения степени уровня глюкозы в крови производили расчёт в сравнении со стандартами содержания глюкозы в крови. Средние показатели уровня глюкозы сыворотки крови у мальчиков составили, препубертатного возраста - $3,24\pm 0,48$ ммоль/л, пубертатного периода – $3,75\pm 0,62$ ммоль/л. При изучении полученных данных выявлено, что низкие значения показателей уровня глюкозы имелись у мальчиков препубертатного возраста в 75% случаев и 53,3% у пубертатного периода развития.

Уровень глюкозы сыворотки крови у девочек составили: препубертатного возраста - $3,58\pm 0,51$ ммоль/л, пубертатного периода – $3,89\pm 0,35$ ммоль/л.

При анализе параметров уровня глюкозы сыворотки крови выявлено, гипогликемия у девочек препубертатного возраста 56,2% случаев, а в пубертатном у 50% учащихся.

Анализ показателей уровня глюкозы в крови в зависимости от возраста и пола выявил, что гипогликемия у учащихся, занимающихся классическим танцем, отмечается у детей в первые годы обучения, в возрасте 9 и 10 лет. В последующем наблюдается подъем данного параметра с возрастом, но имеют половые различия. Так, у девочек среднее значение уровня глюкозы соответствует нормативным показателям с 12 лет, при этом гипогликемия встречается у 50% учащихся. У 13-летних средние показатели имели наибольшие значения без случаев гипогликемии, по сравнению с показателями других возрастных групп. В 14 лет и в 15 лет уровень среднего показателя сохраняется в пределах нормы, но низкое содержание глюкозы в крови регистрируется у 37,5% девочек.

У мальчиков 2-3 года обучения наблюдались низкие средние показатели уровня глюкозы в крови, при этом в 9-летнем возрасте гипогликемия отмечалась у 66,6% учащихся, в 10 лет – у всех, в 12 – 75%. С 13 лет среднее значение уровня глюкозы в крови регистрируется в пределах нормы, при этом низкие параметры имеются у 25% мальчиков. В 14 лет до 16 наблюдаются низкие средние значения глюкозы. Количество случаев гипогликемии значительно увеличивается в возрасте 14 лет до 75%.

Таким образом, проведенное нами исследование выявило некоторые особенности индексной оценки физического развития, возрастной динамики уровня глюкозы в крови на примере учащихся хореографического колледжа. Адаптация к физическим нагрузкам при занятиях классическим танцем сводится преимущественно к изменениям энергетического обмена и связана с формированием в организме функциональных и структурных изменений. Полученные результаты свидетельствуют об интенсивном использовании глюкозы тканями организма в первые годы обучения и не имеют признаков полового диморфизма. Выравнивание уровня глюкозы в крови до нормативного показателя наблюдается только в начале пубертатного периода, у девочек

в 12 лет, у мальчиков – в13. Возможно, играет роль и гормональная перестройка организма в целом. Длительные физические нагрузки приводят к снижению содержания глюкозы в крови и у учащихся 14-16 лет, что свидетельствует о степени адаптации. Данный показатель обмена углеводов может являться биохимическим маркером для определения уровня тренированности организма в хореографии, что дает почву для дальнейшего изучения.

Список литературы:

1. Анисимова Е.Н. Антропометрические характеристики и биохимические показатели крови юношей различных типов. - Автореф. дисс... канд. мед.наук.- Красноярск, 2002. - 24с.
2. Баднин И.А. Охрана труда и здоровья артистов балета: учебное пособие.- М.: Медицина, 1987.- 208 с.
3. Биохимия: Клиническая лабораторная диагностика. Национальное руководство. Том 1/ Под ред. В.В. Меньшикова, В.В. Долгова. – М.: Изд. группа «ГЭОТАР-Медиа», 2012.
4. Бунак В.В. Антропометрия. М., Учпедгиз, 1941.-368с.
5. Горчакова Л.М., Гудивок Я.С., Гунина Л.М., Фармакология спорта. Под общ.ред. С.А. Олейника, Л.М. Гуниной, Р.Д. Сейфуллы – К.: Олимп. л-ра, 2010 – 640 с.
6. Егорова Е.Е. Особенности морфофункциональных параметров физического развития учащихся препубертатного возраста РХК им А.и Н. Посельских/ Материалы IV-й конгр. с междунар. Уч. «Экология и здоровье человека на Севере» -Россия, Якутск, Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова, 4-7 декабря 2013 г. –С. 241-246.
7. Коловарский П.Б. Ориентация и отбор одаренных детей для профессионального обучения хореографии.- Автореф. дисс. канд. мед.наук.- М., 1974. - 22с.

ВЫЯВЛЕНИЕ БЛРС И МБЛ у ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНЫХ БАКТЕРИЙ С ПОМОЩЬЮ РАЗЛИЧНЫХ ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ ФЕНОТИПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ

КОКОВИНА Н.К.¹, КОРКИНА Е.С.¹, БРАТЧИКОВА В.А.², АФАНАСЬЕВА Н.Н.¹, ШАМАЕВА С.Х.¹, КУЗЬМИНА А.А.², МАЛОГУЛОВА И.Ш.², ВАРФОЛОМЕЕВА Н.А.²

¹ Россия, РЕСПУБЛИКАНСКАЯ БОЛЬНИЦА №2-ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, г. ЯКУТСК,

² Россия, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М.К. АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. Устойчивость к цефалоспорином расширенного спектра протестированных штаммов *E.coli* и *Kl.pneumoniae* была обусловлена продукцией БЛРС, что подтверждено фенотипическими методами «двойных дисков» и с помощью таблеток Neo-Sensitabs. У всех штаммов *P.aeruginosa* методами «двойных дисков с ЭДТА» и с помощью таблеток Neo-Sensitabs выявлена продукция МБЛ. Метод выявления БЛРС и МБЛ с помощью таблеток Neo-Sensitabs показал абсолютную сопоставимость результатов с методом «двойных дисков».

Ключевые слова: бета-лактамаза-расширенного спектра, антибиотикорезистентность, госпитальные штаммы.

Abstract. Resistance to cephalosporins with broad spectrum of action in the tested strains of *E.coli* and *Kl.pneumoniae* was due to ESBL production, as confirmed by phenotypic methods of "double disc" and with the help of pills Neo-Sensitabs. In the all strains of *P.aeruginosa* the MBL production was identified by "double disc method with EDTA" and with the help of pills Neo-Sensitabs. Method of detection of ESBL and MBL with pills Neo-Sensitabs showed absolute comparability of the results with the method of "double disc".

Key words: extended-spectrum beta-lactamase, antibiotic resistance, hospital strains.

Актуальность. Выявление механизмов резистентности микроорганизмов к антибактериальным препаратам является неотъемлемой и важной частью микробиологических исследований. Установление истинных механизмов резистентности микроорганизмов позволяет обосновать этиотропную терапию и в целом повысить эффективность лечения больных [1].

При определении чувствительности к антимикробным препаратам микроорганизмов важным является выявление штаммов, продуцирующих бета-лактамазы, которые обуславливают устойчивость к цефалоспорином расширенного спектра (ЦРС). У большинства микроорганизмов (например, у энтеробактерий) устойчивость к ЦРС, как правило, обусловлена продукцией «классических» бета-лактамаз расширенного спектра (БЛРС) молекулярного класса А или цефалоспориноаз молекулярного класса С (AmpC). Первичный скрининг штаммов-продуцентов в практических лабораториях проводится диско-диффузионным методом или автоматизированными системами. Фенотипические подтверждающие тесты являются вариантом диско-диффузионного метода и основаны на ингибции бета-лактамаз определенными ингибиторами [2,3,4].

Сегодня одним из методов, применяемых для выявления механизмов резистентности микроорганизмов к АБП во многих странах, является применение таблеточных аналогов дисков с антибиотиками Neo-Sensitabs компании Rosco Diagnostica (Дания). Основными их преимуществами являются большая стабильность и стандартность, большой срок хранения (до 5 лет) и высокая воспроизводимость результатов. Однако, опыта работы с данной методикой в нашей стране еще нет.

Цель работы. Сравнить две разные фенотипические методы выявления механизмов резистентности микроорганизмов.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 19 культур *E. coli*, 26 культур *Kl. pneumoniae*, 14 культур *P. aeruginosa* выделенных из различного клинического материала пациентов отделений экстренной хирургии и гнойной хирургии, отделения интенсивной терапии,

отделений термической травмы, неотложной терапии (НТ) и колопроктологического Республиканской больницы № 2-Центра экстренной медицинской помощи (г.Якутск), за период 2010-2011 гг.

Выделенные штаммы идентифицировали общепринятыми методами в соответствии с нормативными документами, регламентирующими работу бактериологических лабораторий, а также с помощью АРІ-тестов (bioMerieux, Франция). Чувствительность выделенных культур к антибактериальным препаратам определяли в соответствии с МУК 4.2.1890-04 диско-диффузионным методом на среде Мюллера-Хинтон, используя с этой целью диски (BioRad, США) и контрольные штаммы *E. coli* ATCC 25922 – отрицательный контроль БЛРС (–), *Kl.pneumonia* 700603 – положительный контроль БЛРС (+), *P. aeruginosa* ATCC 27853. Все штаммы по результатам рутинного исследования относились к категории «подозрительных» на образование БЛРС (*E.coli*, *Kl.pneumoniae*) и МБЛ (*P.aeruginosa*). Для всех культур проведен первичный фенотипический скрининг продукции БЛРС и МБЛ методом «двойных дисков» и методом «двойных дисков с ЭДТА», соответственно.

Продукция МБЛ штаммами *P.aeruginosa* подтверждена с помощью мультиплексной ПЦР, исследование проводилось в рамках проекта «Национальная программа мониторинга распространения штаммов граммотрицательных микроорганизмов, продуцирующих металло-β-лактамазы в России (МЕТАЛЛ)» совместно с НИИ антимикробной химиотерапии ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России. У всех МБЛ-позитивных штаммов было выявлено наличие гена *blaVIM-2*. Все протестированные 14 штаммов *P.aeruginosa* характеризовались высоким уровнем устойчивости (100%) ко всем протестированным антибактериальным препаратам: пиперациллину, пиперациллину-тазобактаму, цефтазидиму, цефепиму, цефоперазон-сульбактаму, азтреонаму, имипенему, меропинему, дорипенему, гентамицину, нетилмицину, амикацину, ципрофлоксацину, левофлоксацину, фосфомицину.

Результаты и обсуждение. От общего количества (19), штаммы *E.coli* в основном высевались из мокроты 7(36,8%), раневого отделяемого и смывных вод бронхов (по 5(26,3%)) и трахеального аспирата 2(10,6%). Из 26 выделенных штаммов *K.pneumoniae* 9(34,6%) выделены из раневого отделяемого, 7(26,9%) – из мокроты, 6(23%) из смывных вод бронхов и 4(15,5%) – из трахеального аспирата. Из 14 изученных штаммов *P.aeruginosa* 6(42,8%) были выделены из мокроты, 4(28,5%) – из смывных вод бронхов, 3(21,4%) – из раневого отделяемого и 1(7,3%) – из трахеального аспирата.

При постановке теста использовали прямой метод суспендирования колоний. С этой целью суспендировали по несколько морфологически сходных колоний 18-24 ч. агаровой культуры, в 4-5 мл стерильного физиологического раствора. Концентрацию бактерий в суспензии доводили до уровня 0,5 McFarland и высевали на агар Мюллера-Хинтон в чашки Петри. На поверхность среды вносили таблетки Neo-Sensitabs: цефотаксим 30 мкг, цефотаксим 30 мкг + клавулановая кислота 10 мкг, амоксициллин 20 мкг + клавулановая кислота 10 мкг.

Учет результатов проводили после инкубации чашек Петри при 37°C в течение 18-24 ч. Признаками наличия у тестируемых штаммов БЛРС считали:

- появление зоны в виде «замочной скважины» между Aтох+Clav и цефотаксимом.
- увеличение диаметра зон задержки роста вокруг любой из комбинированных таблеток на ≥ 5 мм по сравнению зоной задержки роста отдельных АП.

У всех протестированных 45 штаммов *E.coli* и *Kl.pneumoniae* подтвердили продукцию БЛРС с помощью таблеток Neo-Sensitabs (фото 1,2,3).

Выявление МБЛ с помощью таблеток Neo-Sensitabs. Комбинированный тест (КРС+MBL). На поверхность засеянной тестируемым изолятом среды вносили таблетки Neo-Sensitabs: Meropenem, Meropenem+DPA, Meropenem+Boronic, Meropenem+Cloxacillin.

Учет результатов проводили после инкубации чашек Петри при 37°C в течение 18-24 ч. Интерпретация результатов:

У всех протестированных штаммов *P.aeruginosa* (14) диаметр зоны задержки роста Меропенем+DPA оказалось больше на ≥ 5 мм диаметра зоны задержки роста Меропенем, Меропенем+Вороник, Меропенем+Слоxacillin.

С помощью таблеток Neo-Sensitabs, подтверждена продукция металло- β -лактамаз всеми протестированными 14 штаммами *P.aeruginosa*.

Выводы

1. Устойчивость к цефалоспорином расширенного спектра протестированных штаммов *E.coli* и *Kl.pneumoniae* была обусловлена продукцией БЛРС, что подтверждено фенотипическими методами «двойных дисков» и с помощью таблеток Neo-Sensitabs.
2. У всех штаммов *P.aeruginosa* методами «двойных дисков с ЭДТА» и с помощью таблеток Neo-Sensitabs выявлена продукция МБЛ.
3. Таким образом, метод выявления БЛРС и МБЛ с помощью таблеток Neo-Sensitabs показал абсолютную сопоставимость результатов с методом «двойных дисков».

Список литературы:

1. Зуева Л.П., Колосовская Е.В., Соусова Е.Н. Обоснование необходимости мониторинга за антибиотикорезистентностью микроорганизмов// Эпидемиология и вакцинопрофилактика - 2009. - № 3 (22). - С.41-43.
2. Козлов Р.С.Антимикробные препараты и резистентность микроорганизмов//Ж. Антибиотик, 2011. – С.11-14.
3. Шамаева С.Х., Портнягина У.С., Кузьмина А.А., Малогулова И.Ш., Варфоломеева Н.А. Антибиотикочувствительность возбудителей раневых инфекций у хирургических больных// Журнал клин.микробиология и антимикр.терапии//тезисы XIII Междун.конгресса МАКМАХ по антимикробной терапии. Т.13 №2 – Москва, 2011 – С.37.
4. Эйдельштейн М.В. Выявление β -лактамаз расширенного спектра у грамотрицательных бактерий с помощью фенотипических методов // Методические рекомендации. 2008.

ЗНАЧЕНИЕ БУРОЙ ЖИРОВОЙ ТКАНИ В НЕЙРОГОРМОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ РЕГУЛЯЦИИ ТЕРМОГЕНЕЗА

Колодезникова Е.Д., Пшенникова Е.В.

Россия, Северо-Восточный федеральный университет имени М.К.
Аммосова, Медицинский институт

Аннотация. В настоящее время большое значение придается роли бурой жировой ткани у животных и человека в энергетическом балансе. Бурая жировая ткань продуцирует около 1/3 тепловой энергии. Проведены исследования эндокринной функции бурой жировой ткани.

Ключевые слова: бурая жировая ткань, энергетический баланс.

Abstract. Currently, high importance attached to the role of brown adipose tissue of wildlife and humans in the energy balance. Brown adipose tissue produces about one third of thermal energy. Studies of the endocrine function of brown adipose tissue have been carried out.

Key words: brown adipose tissue, energy balance.

Бурая жировая ткань (БЖТ) долгое время оставалась загадкой для исследователей. Большой интерес к изучению БЖТ связан с тем, что у человека она широко распространена до 10-летнего возраста, а затем ее количество уменьшается, но она сохраняется до 80-лет. Замечено, что у пожилых людей, страдающих гипотермией, БЖТ практически отсутствует.

В настоящее время большое значение придается роли БЖТ у животных и человека в энергетическом балансе. Доказано, что для животных, впадающих в зимнюю спячку, БЖТ является абсолютно необходимой. Теоретические расчеты показали, что для согревания хомяков при температуре от 4⁰ до 37⁰С требуется 1,9 ккал/кг без учета теплопотерь в окружающую среду. Поддержание необходимого уровня энергообмена

осуществляется с участием БЖТ, которая может продуцировать до 1/3 тепловой энергии.

Физиологические исследования с помощью поверхностной термометрии показали значительную роль терморегуляторных реакций БЖТ у детей раннего возраста (от 15 дней до 6 месяцев). Отмечено, что после охлаждения (здоровых детей раскрывали на 10 минут при комнатной температуре 21-23⁰С) наиболее высокая температура регистрировалась в областях расположения БЖТ. У детей, отстающих в развитии, области повышенной температуры были менее выражены.

Имеются наблюдения, свидетельствующие о том, что термогенный ответ значительно выше после приема высоко углеводного, чем жирового кормления. Данные показали, что многие крысы на высококалорийной диете поддерживают нормальную массу тела благодаря усилению термогенеза, увеличивающего энергетический расход до 70 % выше нормы. У тучных животных определяются недостаточность недрожательного термогенеза даже при усиленном кормлении и дефицит энергетического расхода. При этом следует подчеркнуть наследственную природу термогенеза, а не результат повреждения гипоталамуса и, следовательно, нарушений взаимоотношений между термогенезом и гиперфагией.

БЖТ хорошо васкуляризирована и тесно взаимодействует со многими крупными сосудами, окружает всю грудную клетку, а также органы в брюшной полости. Большие скопления ее находятся в межлопаточной области, между мышцами в области шеи, в аксиллярных областях и около надпочечников, несколько меньше ее вокруг почек, в брыжейке тонких кишок и в других областях. Кровь из крупных вен межлопаточной БЖТ оттекает в вены спинномозгового канала, согревая центральную нервную систему.

Способность регулировать температуру тела и удерживать ее уровень в оптимальных пределах является филогенетически выработанным приспособительным механизмом, основой которого является совместная деятельность многих систем и органов, координируемая нервной и эндокринной системами. Современные представления о строении,

метаболизме и функциональном значении БЖТ стали складываться с середины текущего столетия, т. е. примерно 400 лет спустя после первого описания. Этому способствовало развитие гистохимии, электронной микроскопии и других методов исследования. Окончательно утвердилось высказанное К. Геснером предположение о роли БЖТ у зимоспящих животных. А уточнения конструкции, кровоснабжения и иннервации дали основание говорить об органном строении межлопаточной БЖТ.

БЖТ покрыта соединительнотканной капсулой, разделена на дольки, богато васкуляризирована и иннервирована. Гистохимические и электронно-микроскопические методы исследования БЖТ позволили установить в ней высокую активность СДГ, Г-6-ФДГ, НАД-, НАДФ-диафораз, АТФ, КФ, липазы, неспецифической эстеразы, большое количество митохондрий и липидных капель (Афанасьев, Колодезникова, 1995).

Присутствие в бурых адипоцитах цитоплазматических отростков, микроворсинок, пиноцитозных пузырьков, многочисленных митохондрий с большим числом крист, плотным матриксом и зернистыми плотными тельцами совместно с энергетическим материалом (липидные включения и гликоген) связано с высоким уровнем энергетического обмена. БЖТ весьма лабильна и изменяется под влиянием не только температуры, но и нервно-гормональных факторов. В процессе адаптации появляются два крайних типа бурых адипоцитов, отличающихся по размеру, строению митохондрий, липидных включений и ядра, а также промежуточные формы адипоцитов, которые отражают различные функциональные состояния клеток. Превалирование крайних типов клеток свидетельствует о синхронности реактивных изменений в адипоцитах, характерных для органных структур.

Исследования морфофункциональных особенностей межлопаточной бурой жировой ткани у крыс и других животных в норме и при реактивных состояниях позволили сравнить ее с эндокринной железой и считать термин «бурая железа» синонимом «бурой жировой ткани». В пользу эндокринной функции БЖТ накапливается все больше фактов. Установлено, что бурые адипоциты способны к секреции голокринового типа, найдена связь,

общность ее происхождения с другими эндокринными органами, обнаружены гормоны. БЖТ очень чувствительна к гормонам надпочечников и гипофиза. При удалении надпочечников в БЖТ исчезает гликоген, жировые капли измельчаются и исчезают, отмечается усиление кровообращения, увеличивается количество кортикостероидов. Введение кортизона адренал-эктомированным животным ведет к увеличению массы БЖТ.

Гормон гипофиза, по-видимому, не оказывает прямого влияния на БЖТ. В механизм включаются тропные гормоны, стимулирующие другие эндокринные железы, влияние гормонов которых на БЖТ заметно выражена (Медведев, Елсукова, 2004).

В регуляции энергетического баланса участвуют гормон лептин и нейропептид. Помимо него к числу регуляторов центра голода и насыщения относятся инсулин, холецистокинин, норадреналин, дофамин, серотонин и тереоидные гормоны, а также АКП В-липопротеин, эндорфины и др. Инсулин - оказывает прямое воздействие на БЖТ путем стимулирования метаболизма глюкозы; в качестве медиатора в реакции гипоталамуса на диету. При холодной адаптации концентрация инсулина падает и может оставаться низкой в течение нескольких недель акклиматизации. Глюкагон – антагонист инсулина. Индуцирует термогенез и усиливает кровоток через БЖТ. Тиреоидный гормон – вызывает гипертрофию БЖТ за счет повышения количества липидов, при этом отмечается некоторые изменения количества воды и содержания не жирового сухого материала. Влияние гормонов эпифиза на БЖТ изучено не достаточно. Единичные работы показывают, что при введении эпифизарного мелатонина происходит стимуляция роста БЖТ. БЖТ животных, не находящихся в зимней спячке и имеющих нормальную температуру обладают способностью ослаблять иммунологическую реактивность, т.е. подавляет активность гормонов тимуса.

В последние годы растет интерес к БЖТ и в связи с изучением патогенеза таких эндокринных расстройств, как инсулиннезависимый сахарный

диабет, болезнь Кушинга, кортикогенитальный синдром. Эти все заболевания чаще всего ассоциированы с ожирением.

Одна из причин ожирения может быть связана с нарушением продукции лептина, либо аномалии его структуры или структуры рецепторов к лептину, либо его абсолютный дефицит. Согласно другой гипотезе патогенеза ожирения предполагается мутация генов, кодирующих образование В-3 и В-2 адренергических рецепторов. Первые влияют на жировой обмен в бурой жировой ткани, вторые – в белой жировой и мышечной тканях. У больных с ожирением и сахарным диабетом 2 типа выявлены мутации в гене липопроteinлипазы. Изучается роль рецептора (рецептор, активирующий пролифератор пероксисом). Возможно это связано со снижением активности БЖТ у всех этих пациентов. Доказательством могут служить результаты экспериментов на животных. У животных при развитии диабета и при получении кортикостероидов наблюдается уменьшение термогенной активности и способности БЖТ. При этом происходит увеличение количества липидов в БЖТ. При введении норадреналина и феохромоцитома животным происходит активация БЖТ и уменьшение в ней количества липидов.

БЖТ принимает участие в физиологической регуляции массы тела. Некомпенсированные дефекты БЖТ способны вызвать прибавку веса примерно на 1-2 кг за год без переедания. У грызунов БЖТ может развивать чрезвычайно высокую тепловую мощность – до 500 Вт/кг. По этому 50 г. БЖТ могли бы обеспечить 10-15% энергетического обмена человека. БЖТ участвует в патогенезе раковой кахексии. При изучении БЖТ надпочечников, полученных от 25 онкологических больных с явно выраженной кахексией, у 80% обнаружилась БЖТ, а у других 15 больных наличие БЖТ определялось только в 13 случаях.

Имеются наблюдения синдрома внезапной смерти младенцев, возникающий вследствие перегрева детского организма. Смерть может наступить в случае, когда чрезмерно одетый младенец оставлен в коляске или закрытом автомобиле под прямыми солнечными лучами. В организме

при этом не определяется никакой патологии, кроме повышенной температуры до 40.

Масса БЖТ у ребенка до 1 года в среднем составляет 30 г. Максимальная активность БЖТ - 1,5 мл O₂ в мин. на 1 г. ткани. В таком случае тепловая мощность БЖТ может обеспечить подъем температуры тела младенца со скоростью 5-6 раз за 1 час. Очевидно, что даже более низкая интенсивность теплообразования является опасной при случайном сочетании чрезмерно теплой одежды и повышенной инсалацией.

При исследовании массы БЖТ у людей с другими заболеваниями, оказалось, что БЖТ присутствовала у 35% пациентов с пониженной массой тела, у нормотрофных – 25% и у тучных (с ожирением) людей всего – 16%. При этом среди пациентов, имеющих БЖТ, преобладали сердечно-сосудистые заболевания.

Бурая жировая ткань, расположенная в различных топографических участках, представляет собой единую систему, выполняет прежде всего функции теплопродукции и терморегуляции организма. Эта система принимает участие в зимней спячке, водном обмене и, возможно, нейро-эндокринной регуляции массы тела и энергетического обмена у мелких грызунов и др. Рассмотренные выше влияния нервной и эндокринной систем на строение и функцию бурой жировой ткани дали основание для обобщения этих разрозненных фактов в единую нейрогормональную систему регуляции термогенеза в организме.

Список литературы:

1. Афанасьев Ю. И., Колодезникова Е. Д. Бурая жировая ткань. – Иркутск: Изд-во Иркут. Ун-та, 1995. – 184 с.
2. Медведев Л. Н., Елсукова Е. И. Бурая жировая ткань: молекулярно-клеточные основы регулируемого термогенеза. – Красноярск: Изд-во «Амальгама», 2002. – 528 с.
3. Колодезникова Е.Д., Пшенникова Е.В. Роль бурой жировой ткани в нейро-эндокринной системе регуляции. - II Межрегиональная научно-практическая конференция, посвященная 50-летию высшего медицинского образования РС(Я) «Экология и здоровье человека на Севере», октябрь, 2007.- Якутск, 2007.- С.27-30.

ПРОБЛЕМЫ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ТОКСИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ СЕВЕРНЫХ ТЕРРИТОРИЙ

ЛИХАНОВА У.С., ДЕЛЯЕВА А. Ю., МАЛЕНОВА Л. П.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М.К.
АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. В статье описывается проблема загрязнения воздуха токсическими веществами, выделяющимися из применяемых лакокрасочных материалов. Обозначены основные материалы, которые используются на сегодняшний день и выделяющиеся токсиканты. Приведена статистика выброса в атмосферу вредных веществ лакокрасочных материалов за 2010 год.

Гиппократ: Чистый воздух - «пастбище жизни».

Abstract. In article the problem of air pollution in premises by the toxic substances allocated from varnish materials is described. The basic materials which are used for today and allocated toxicants are designated. The statistics of the emission of harmful substances varnish for 2010.

Изготовление красок в России известно с давних времен. На начальном этапе сырьем для приготовления красок служили различные природные продукты. С развитием ремесел, а затем и промышленного производства, краски стали вырабатывать химическим путем. С развитием химической науки, в частности химии полимеров, была значительно расширена сырьевая база лакокрасочной промышленности, что обеспечило возможность получения высококачественных лаков и красок с большим разнообразием свойств. В настоящее время лакокрасочная промышленность выпускает около 3 млн. т в год различных лакокрасочных материалов. Большинство из них создано на основе синтетических полимеров.

Интенсивное развитие промышленного производства поставило перед человечеством серьезнейшую проблему — защиту окружающей среды.

Мероприятия по охране окружающей среды должны быть направлены не только на разработку эффективных и экономичных методов очистки загрязненных сточных вод и газовых выбросов, но и на совершенствование технологических процессов и рецептур с целью сокращения количества вредных отходов.

Современные лакокрасочные материалы представляют собой многокомпонентные смеси, содержащие помимо пленкообразующего вещества и пигмента также наполнители, поверхностно-активные вещества, диспергаторы, загустители, многокомпонентные растворители и другие добавки. Они широко применяются во всех отраслях народного хозяйства. Получаемые на их основе покрытия защищают различные изделия из металла и древесины от коррозии и гниения, от воздействия высоких и низких температур и т. п. Обязательным требованием для многих покрытий являются также декоративные свойства [5, с.10].

Опасность вредного воздействия лакокрасочных материалов зависит от токсикологической характеристики и количества веществ, входящих в краску, условий их применения, времени воздействия на работающих. Наиболее опасными компонентами красок являются растворители. Они обладают способностью переводить нелетучие и труднолетучие пленкообразующие вещества красок в растворы, не подвергая их химическим изменениям. Их доля в составе красок составляет от 20 до 65%. Лучшими растворителями являются ароматические (толуол, ксилол, сольвент) и хлорированные углеводороды (хлорбензол, дихлорэтан), которые применяются в смеси со спиртами, ацетатами, уайт-спиритом.

Главной особенностью растворителей является – испарение. Поэтому растворители могут вызвать острую и хроническую форму отравления. Помимо действия на центральную нервную систему многие растворители, в частности ароматические углеводороды, вызывают морфологические изменения в крови; хлорированные углеводороды, гликоли и их производные вызывают дегенеративные изменения в паренхиматозных органах; спирты, бензины, ацетон и др. раздражают слизистые оболочки

глаз и верхних дыхательных путей, а также могут вызвать кожные заболевания воспалительного и аллергического характера.

Существует прямая зависимость между качеством воздуха и целым рядом заболеваний. Вредные вещества, содержащиеся в воздухе, являются причинами возникновения заболеваний верхних дыхательных путей, кожных аллергических реакций, новообразований. Постоянные головные боли, повышенная утомляемость, бессонница и даже стресс и онкологические заболевания также являются следствием воздействия неблагоприятных условий, обусловленных качеством воды и воздуха.

ФГБУ Якутское управление по гидрометеорологии и мониторингу окружающей среды проводит ежедневный мониторинг загрязнения водных бассейнов и атмосферного воздуха Республики Саха (Якутия).

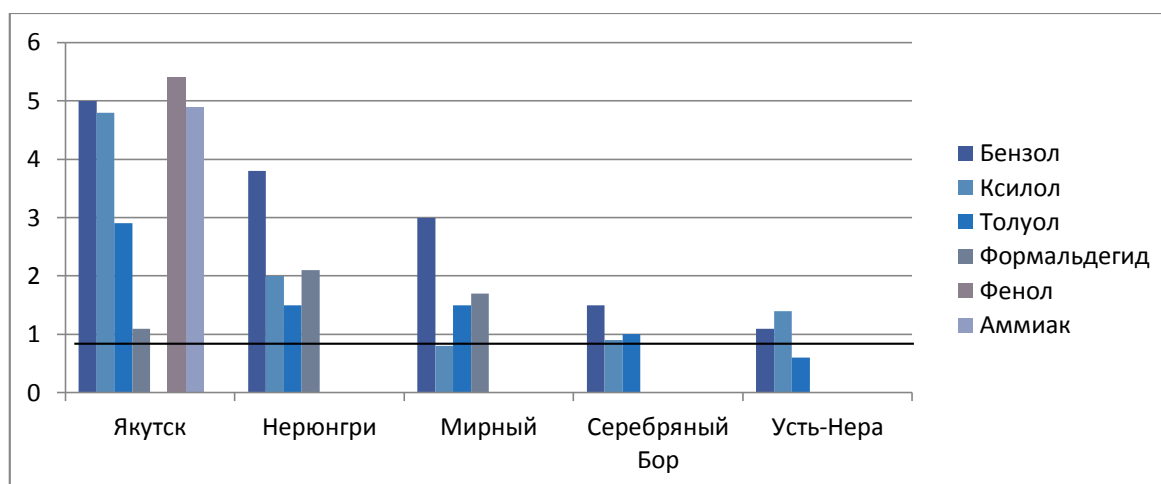
По данным за август 2014 года уровень загрязнения атмосферного воздуха в г. Якутске оценивался как высокий. Зафиксировано 40 случаев превышения ПДК по взвешенным веществам, 1 случай - по аммиаку и 2 случая по формальдегиду. В г. Нерюнгри уровень загрязнения атмосферного воздуха оценивался как повышенный.

Зафиксировано по 1 случаю превышения предельно допустимых концентраций по взвешенным веществам и оксиду углерода и 2 случая по формальдегиду.

По-прежнему на высоком уровне держатся показатели загрязнения поверхностных вод фенолами, трудноокисляемыми органическими веществами (по ХПК) и соединениям железа общего, которые достигали 81%, 72,7% и 61% соответственно. Наиболее высокие максимальные концентрации загрязняющих веществ были зарегистрированы: фенолами - 28 ПДК, соединениями марганца - 9,4 ПДК и меди - 7,8 ПДК. В воде оз. Мюрю у с. Борогонцы отмечался максимальный уровень содержания трудноокисляемых органических веществ (по ХПК) - 7,5 ПДК.

В 2010 году ежедневные регулярные наблюдения за качеством воздуха проводились в городах Мирный, Нерюнгри, Якутск и поселках Усть-Нера, Серебряный Бор. Данные наблюдений показывают, что наиболее высокий

уровень загрязнений воздуха лакокрасочными материалами отмечаются в Нерюнгри, Якутске, Мирном. [14].



Статистика выброса в атмосферу вредных веществ лакокрасочных материалов за 2010 г.

По данным доклада Министра здравоохранения Республики Саха (Якутия) уровень болезненности населения республики постепенно растет и в 2012 году увеличился в сравнении с 2010 годом на 3,9%, составив 1930,3 на 1000 населения (2011г.- 1863,6; 2010 г. – 1858,7). В динамике стабильно растет распространенность по классу болезней эндокринной системы (на 19,5%), нервной системы (на 10,8%), новообразований (7,7%), органов пищеварения (на 6,4 %), органов дыхания (на 4%), кожи и подкожной клетчатки (на 0,9%).

Детский организм всегда острее реагирует на неблагоприятные внешние условия. Поэтому показатели уровня детской заболеваемости всегда являются индикатором качества жизни развитых стран. По нашей республике болезненность детского населения превышает таковую у взрослых в 1,7 раза. Показатель общей заболеваемости населения детей 0-17 лет в 2012 году составил 2719,2 (2011г. – 2635,5; 2010г.- 2602,9), взрослых – 1647,0 (2011г. – 1586,4; 2010г.- 1590,4) на 1000 населения соответствующего возраста. Особую настороженность вызывает не только высокая болезненность детского населения, но и превышающий рост показателя у детей (на 4,5%) по сравнению с показателем у взрослых (на 3,6%). В структуре общей заболеваемости детей основной удельный вес

имеют: болезни органов дыхания – 36,5%, болезни глаз – 10,8%, болезни органов пищеварения – 10,4%. Выросла распространенность новообразований в 1,4 раза, болезней нервной системы на 25,5%, крови на 16,9%, органов дыхания на 12,3%, кожи и подкожной клетчатки на 10,2%, мочеполовой системы на 6%.

При этом, наиболее загрязняющими токсикантами являются соединения ароматического характера: фенол, бензол, ксилол. Воздействие высоких концентраций перечисленных гомологов бензола (более 1000 ppm) снижает восприимчивость сердечной мышцы к адреналину, вызывая опасные аритмии, например, фибрилляцию желудочков. Эти эффекты обычно обратимы при прекращении воздействия этих препаратов на организм.

Список литературы:

1. Дринберг С. А., Верхоланцев В. В. Органодисперсионные лакокрасочные материалы и покрытия. М.: Химия, 1976, 144 с.
2. ГОСТ 9.032-74 Покрытия лакокрасочные «Группы, технические требования и обозначения»
3. Ch. M. — Progress in Organic Coatings, 1983, v. 11, № 3, p. 219.
4. Государственный доклад о состоянии и охране окружающей среды РС (Я)/ Правительство РС (Я), М-во охраны природы РС (Я)- Якутск, 2010 г., сост.: Е. Г. Шадрина, А. И. Олесова, 232 с.
5. Состояние загрязнения атмосферного воздуха. Федеральное государственное бюджетное учреждение Якутское управление по гидрометеорологии и мониторингу окружающей среды. <http://www.hydromet.ysn.ru/>

ПРОБЛЕМЫ ОТРАВЛЕНИЙ ТОКСИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ ПО РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

МАЛЕНОВА Л.П.¹, ФЕДОСЕЕВА В. И.¹, ГАВРИЛЬЕВ В.С.¹, КОНСТАНТИНОВА С. Д.²

¹Россия, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

²Россия, БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ МЗ РС(Я)

Злоупотребление алкоголем, наркотиками, токсическими веществами являются серьезной проблемой для здравоохранения нашей республики.

По данным МЗ РС(Я) в 2012 году специализированными учреждениями (кабинетами) республики зарегистрировано 26234 больных наркологическими расстройствами, т.е. 2741,1 больных на 100 000 населения, или 2,8% общей численности населения. Из них 88,7% составляют больные алкоголизмом, алкогольными психозами, 9,3% составляют больные наркоманией и лица, злоупотребляющие наркотиками и около 2% - лица, злоупотребляющие ненаркотическими психоактивными веществами [1].

Анализ статистических данных наркологических учреждений и кабинетов по Республике Саха (Якутия) свидетельствует о том, что среднереспубликанский показатель распространенности алкоголизма (включая алкогольные психозы) в 2012 г. увеличился в сравнении 2010 годом на 3,7 % и составил 2010,0 больных на 100 тыс. населения (2011г.- 1893,8; 2010г.-1938,7), или 2% его общей численности.

Среди мужчин этот показатель составил 3254,0 больных в расчете на 100 тысяч мужского населения (2011г.- 2926,5; 2010г.-3104,2), среди женщин – 833,5 больных на 100 тысяч женского населения (2011г.- 916,6; 2010г.-

845,1). Т.е. на 1 женщину больную алкоголизмом приходится 4 мужчины. При этом, наиболее высокие показатели распространенности алкоголизма отмечаются в самом трудоспособном возрасте от 20 до 59 лет (около 3,2% населения данной возрастной группы) [2].

Злоупотребление алкоголем тесно связаны с действиями, выходящими за рамки законов РФ. Так, по данным ГБУ Бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ РС(Я) за 2009 – 2011 годы количество судебно-медицинских исследований тел умерших возросло почти на 10% (2390 исследований в 2009 году и 2451 – в 2011 г.). Наибольшее количество судебно-химических исследований ежегодно проводится на этанол. (2382 исследования в 2009 году, 2444 исследований в 2011 году). Из них почти 60% подтверждаются результатами исследований.

Доля экспертиз на растворители, лекарственные средства, наркотические средства намного меньше, чем исследования на этанол. Ежегодно проводится около 110 экспертиз. Но наблюдается тенденция на увеличение их общего количества. Так, например, в 2009 году было получено всего 5 положительных экспертиз на отравление лекарственными средствами, то в 2011 году выявлено 30 положительных результатов.

По данным МЗ РС(Я) с острыми отравлениями лекарственными и другими токсическими веществами в 2012 году из стационаров республики было выписано 432 взрослых и детей 0-17 лет - 363 (2011 г. – 484 и 436 соответственно; 2010г.- 688 и 428). От отравлений умерло в стационарах 60 чел. взрослого населения (летальность – 12,2%) и 1 ребенок (летальность – 0,8%). В 2011 году больничная летальность у взрослых от отравлений составила 10,9%, у детей – 0,2%, в 2010 году - соответственно 12,8% и 0,7% [2].

Уровень алкоголизма среди взрослого населения влияет и на детей. Показатель диспансерного наблюдения подросткового населения с диагнозом хронического алкоголизма составил 9,3 на 100 тысяч (2011 г. – 9,0; 2010г.- 15,3). Наряду с этим, в подростковой группе чрезвычайно высок показатель употребления алкоголя с вредными последствиями: он равен 473,0 на 100 тысяч подросткового населения (2011 г. – 659,0; 2010г.- 727,2).

Особенное место в отравлении токсическими веществами среди подростков занимает токсикомания. При этом в нашей республике распространенность употребления ненаркотических ПАВ с вредными последствиями в 3,3 раза выше распространенности токсикомании. Показатель распространенности этих расстройств в целом по республике в 2012 году составил 42,2 на 100 тысяч населения (2011г. – 32,6; 2010г.- 43,0).

Показатель распространенности токсикомании в 2012 году увеличился на 15,3% в сравнении с 2010 годом и составил 12,8 на 100 тысяч населения (2011г.- 14,5, 2010г.- 11,1). В 2012г. зарегистрировано 11 детей (2011г.- 16; 2010г.- 18) и 33 подростка (2011г. – 35; 2010г.- 34) с диагнозом токсикомания, что составило соответственно 5,2 (2011г. – 7,7; 2010г.- 8,7) и 76,9 (2011г. – 78,5; 2010г.- 74,5) на 100 тыс. соответствующего населения [2].

Употребление алкоголя, ненаркотических психоактивных веществ почти всегда имеют вредные последствия. За 2012 г. показатель вредных последствий составил соответственно 233,0 на 100 тысяч населения.

Для консолидации мер, направленных на борьбу со злоупотреблениями алкоголем и другими токсическими веществами, Указом Президента Республики Саха (Якутия) от 12 октября 2011 года № 982 утверждена государственная программа «Развитие здравоохранения Республики Саха (Якутия) на 2012-2016 годы», в состав которой включена отдельная подпрограмма «Профилактика алкоголизма и формирование мотивации к здоровому образу жизни среди населения Республики Саха (Якутия)». Целями и задачи данной подпрограммы является укрепление материально-технической базы наркологических диспансеров, кабинетов и отделений республики, развитие центров здорового образа жизни, внедрение современных программ, методов и технологий медико-социальной реабилитации, реклама и пропаганда здорового образа жизни, освещение взаимодействия государственной и негосударственной форм оказания лечебно-профилактической помощи.

Список литературы:

1. Управление федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по РС (Я) информационное письмо «Анализ динамики наркоманий, хронического алкоголизма и алкогольных психозов в Республике Саха (Якутия)» Якутск, 2012
2. Доклад министра здравоохранения Республики Саха (Якутия) за 2012 год.
3. Константинова С.Д. Анализ исследований (экспертиз) биоматериала, поступивших в судебно-химическое отделение ГБУ Бюро СМЭ МЗ РС(Я) за период 2009 по 2011 год.// Материалы межрегиональной конференции, посвященной 70-летию судебно-медицинской службы Республики Саха (Якутия). - Якутск, 2012. – С.54 – 59.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ В НЮРБИНСКОМ РАЙОНЕ

МАРКОВА С.В.¹, КСЕНОФОНТОВА М.И.², ЛЕГОСТАЕВА Я.Б.²

¹Россия, Северо-Восточный федеральный университет имени
М.К.Аммосова, Медицинский институт

²Россия, Северо-Восточный федеральный университет имени
М.К.Аммосова, Научно-исследовательский институт прикладной экологии
СЕВЕРА

Состояние здоровья человека зависит от комплекса, действующих на организм факторов: наследственности, природно-климатических, социально-экономических, производственных и питания. С каждым годом усиливается патогенное воздействие на здоровье населения факторов техногенного и антропогенного загрязнения окружающей среды.

Якутия является ярким примером региона с суровыми климато-географическими условиями проживания, с серьезными медико-социальными и экологическими проблемами, что оказывает отрицательное влияние на состояние здоровья населения. Анализ экологической ситуации в республике показал, что нерациональное, интенсивное промышленное освоение некоторых регионов Якутии, без учета особенностей северных экосистем, привело к техногенному загрязнению окружающей среды, что негативно отразилось на состоянии здоровья населения.

Ухудшение экологической обстановки, изменение образа жизни людей ведут к увеличению распространенности факторов риска хронических неинфекционных заболеваний.

Диспансеризация населения направлена на выявление и коррекцию основных факторов риска развития ХНИЗ, что на сегодняшний день реализуется приказом МЗ РФ от 03.12.12г., №1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп населения».

Важным этапом в решении этой проблемы является организация и проведение массовых диспансерных обследований населения с целью активного выявления заболеваний, особенно их скрытых и начальных форм, а также выявления лиц, имеющих факторы повышенного риска. В условиях Якутии со сложной транспортной схемой расположения особенно малых населенных пунктов, отсутствием врачей узких специальностей и современных лабораторных исследований, медицинские осмотры, проводимые специалистами Медицинского института СВФУ, это один из немногих методов, позволяющий выявить распространение хронических неинфекционных заболеваний и их связь с экологическими и социальными факторами, а так же степенью их влияния на здоровье человека.

С 24 ноября по 8 декабря 2013 г. экспедиционная бригада врачей и научных сотрудников медицинского института ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова» проводила углубленный медицинский осмотр взрослого и детского населения в населенных пунктах Малыкай, Хаты, Мальжагар, Егольжа, Чукар Нюрбинского района РС (Я), согласно Муниципального контракта №55 от 17 июня 2013г.

В то же время было проведено исследование качества питьевых вод в выше перечисленных населенных пунктах, изучены речные, озерные и ледовые воды в период ледостава. Отбор проб производился местными жителями. Химиико-аналитические работы проведены в лаборатории физико-химических методов анализа Научно-исследовательского института прикладной экологии Севера СВФУ им. М.К. Аммосова с помощью методов потенциометрии, титриметрии, фотометрии, спектрометрии и капиллярного электрофореза (аттестат аккредитации РОСС.RU № 0001.517741). Пробы поступили в лабораторию в пластиковых бутылках.

Для определения качества воды использованы нормативы предельно-допустимых концентраций для хозяйственно-питьевого и культурно-бытового водопользования (далее ПДК_в) согласно ГН 2.1.5.1315-03.

Нюрбинский район образован 9 января 1930 г. и расположен в западной части республики Саха (Якутия) в бассейне реки Вилюй. Территория района составляет 52,4 тыс. км². Расстояние до Якутска наземным путем – 812 км, водным – 971 км, воздушным – 600 км.

Средняя температура января составляет от -36°С на юге, до -40°С на севере, июля - +16...+17°С. Осадков выпадает 200-250 мм в год.

По территории района протекает река второго порядка – Вилюй с наиболее большими притоками Марха и Тюкян, вдоль которых сконцентрированы основные крупные поселения.

Малые населенные пункты в целом характеризуются следующим местоположением: порядка 62% - аласное, 21,5% - приречное и 16,5% – долинное местоположение. Поэтому, большая часть населения Нюрбинского района использует в качестве основного источника водопотребления озерную и ледовую воду. Следовательно, одной из острейших проблем является отсутствие качественной питьевой воды.

Ретроспективный анализ состояния поверхностных вод р. Вилюй показывает, что характерными загрязнителями являются трудноокисляемые органические кислоты, фенолы общие и летучие, медь, цинк, железо. Например, с 2005 г. повысилось содержание в воде р. Вилюй фенолов и цинка, а содержание железа общего, наоборот, уменьшилось. В изменении содержания иона аммония, меди и нефтепродуктов определенной тенденции не просматривается. При этом по сравнению с остальными годами, в 2007 г. загрязнение р. Вилюй было особенно очевидным. На данный момент поверхностные воды р. Вилюй характеризуются как «грязные» и «очень загрязненные», относящиеся к 3 классу разряда «б» и 4 классу разряда «а».

Судя по качественному составу «загрязнителей» на санитарно-гигиеническое состояние вод р. Вилюй, по всей видимости, особое

воздействие оказывают сброс недостаточно очищенных вод КОС в верхнем ее течении (г. Мирный, п. Светлый, п. Чернышевский) и поверхностный смыв с территории населенных пунктов, расположенных в среднем и нижнем ее течении, не обеспеченных централизованной канализацией с очистными сооружениями.

Река Марха является основным источником водоснабжения для населенных пунктов Малыкай и Мальжагар, воды которой в период ледостава характеризуется как среднеминерализованные со щелочной и мягкой средой. В зимний период наблюдается преобладание гидрокарбонатов (HCO_3^{2-}), магния (Mg^{2+}) и кальция (Ca^{2+}). В микроэлементном составе выделяется барий (Ba^{2+}), содержание которого превышает нормативы ПДК_в до 6,7 раз, что, возможно, связано с влиянием естественной разгрузки подземных высокоминерализованных вод по системе тектонических трещин. Подобная картина с повышением содержания, в частности катионов бария наблюдается в верхнем течении р. Марха, где выявлен двойственный характер происхождения аномально высоких концентраций Ba^{2+} на некоторых участках, связанных с областями повышенной тектонической нарушенности и усиленной современным техногенным прессом при переполнении подземных коллекторов Октябрьского и Киенгского полигонов Далдынского промышленного узла.

Около с. Малыкай также выявлено превышение нормативов ПДК_в по цинку (Zn) до 3,2 раз.

Для питьевого водопользования большинством населения с. Малыкай и Мальжагар используется ледовая вода. Так, как отбор проб производился самими местными жителями, то источники и способ хранения ледовой воды не известны. Тем не менее, поскольку эта вода используется в пищу, анализ ее был проведен. Исследованные ледовые воды характеризуются как ультрапресные (минерализация достигает до $38,5 \text{ мг/дм}^3$). В ионном составе преобладают гидрокарбонаты, кальций и магний. В микроэлементном составе выявлены марганец, медь и общее железо, их значения не превышают нормативы ПДК_в. При этом хочется подчеркнуть, что превышение нормативов ПДК_в в ледовой воде, предоставленной

жителями с. Малыкай, зафиксировано по кадмию (Cd) до 3,0 раз, с. Мальжагар – по цинку (Zn) до 2,3 раз. Источники поступления кадмия и цинка в настоящее время неизвестны. Возможно, это связано с емкостями, где хранится питьевая вода. Большинство жителей используют бочки, внутри которые покрыты лакокрасочными материалами, содержащими в своем составе цинк и кадмий.

Источниками водоснабжения остальных исследованных малых населенных пунктов являются озера.

В с. Хаты источником водоснабжения является оз. Багадья, воды которого в период ледостава характеризуется повышенной минерализацией со щелочной и жесткой средой, состав преимущественно гидрокарбонатно-магниевый. Отмечаются незначительные превышения по содержанию магния (Mg), достигающие 1,7 ПДК_в. В микроэлементном составе озерной воды превышения нормативов ПДК_в выявлено по общему железу (Fe_{общ}) до 1,7 раз и барию (Ba²⁺) до 6,6 раз.

Ледовая вода, предоставленная жителями с. Хаты, имеет малую минерализацию, слабощелочную и мягкую среду. Состав ледовой воды преимущественно гидрокарбонатно-магниевый. В микроэлементном составе ледовой воды превышения нормативов ПДК_в зафиксировано по цинку и барию (Ba²⁺), которые достигают до 1,2 и 41,4! ПДК_в раз соответственно. Источники поступления бария в озерной и ледовой воде неизвестны, однако, можно предположить, что в озере идет подпитка подземными водами. Также неизвестны источники поступления цинка в питьевых водоисточниках.

В с. Егольжа источником водообеспечения является оз. Бойуот, которое характеризуется низким содержанием минеральных веществ, нейтральной средой и с очень мягкой водой, с гидрокарбонатно-магниевым составом. Среди микроэлементов в исследованной озерной воде превышения нормативов ПДК_в зафиксированы по цинку до 1,4 раз.

Ледовая вода, предоставленная жителями села Егольжа, имеет малую минерализацию и нейтральную среду с очень мягкой водой и

гидрокарбонатно-кальциево-магниевым составом. В микроэлементном составе ледовой воды превышения нормативов ПДК_в выявлено лишь по цинку до 1,2 раз.

В с. Чукар водоисточником является оз. Эбэ, которое в период ледостава характеризуется повышенной минерализацией с нейтральной средой и жесткой водой, состав гидрокарбонатно-кальциево-магниевый. В микроэлементном составе превышения нормативов ПДК_в выявлено по общему железу до 3,8 раз.

Ледовая вода, предоставленная жителями с. Чукар, характеризуется очень низким содержанием минеральных веществ с нейтральной и очень мягкой средой, состав - хлоридно-гидрокарбонатно-магниевый-кальциевый (по увеличению доли ионов). В микроэлементном составе зафиксированы относительно высокие концентрации цинка в ледовой воде, достигающие до 1,5 ПДК_в.

Таким образом, во всех исследованных озерных и ледовых водах зафиксированы:

- элементы I класса опасности (мышьяк и ртуть), органические вещества (нефтепродукты, АПАВ и фенолы) находятся ниже предела обнаружения анализа;
- элементы II класса опасности (цинк, кадмий и барий) – высокие и аномально высокие содержания;
- элементы III класса опасности марганец и медь - содержания в пределах нормативов ПДК_в.

Следовательно, особое внимание необходимо уделить на источники поступления элементов второго класса опасности и проследить влияние их высоких концентраций в водах, употребляемых в пищу на состояние здоровья населения.

Среди обратившегося населения Нюрбинского района выявлена высокая болезненность хроническими неинфекционными заболеваниями. Так, во всех обследованных нами населенных пунктах значительно распространены хронические заболевания органов кровообращения у

276(73,2%) лиц, пищеварения у 227(60,2%) лиц и эндокринной системы – 128(34%). Возможно, высокий уровень болезненности связан с употреблением воды с относительно высокими концентрациями элементов II класса опасности, что в дальнейшем требует тщательного изучения.

Список литературы:

1. Саввинов Д.Д., Петрова П.Г., Захарова Ф.А. и др. Среда обитания и здоровье человека на Севере // Новосибирск, Наука. - 2005. – С. 157-207.
2. Потапова В.А., Иванов А.А. Проблема загрязнения питьевой воды в Республике Саха (Якутия) //Технические науки – от теории к практике. 2012. №9. С.135-139.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ЛИМФОИДНОЙ ТКАНИ СТЕНКИ ГОРТАНИ У ОПЫТНЫХ ЖИВОТНЫХ В НОРМЕ

Осинская А.А.

Россия, Северо-Восточный федеральный университет имени М.К.
Аммосова, Медицинский институт

Аннотация. Целью нашего исследования является микроанатомическое изучение лимфоидной ткани слизистой оболочки гортани крыс в норме. Экспериментальные данные выявили, что в условиях физиологической нормы лимфоидная ткань гортани представлена диффузными элементами, расположенными в собственной пластинке слизистой оболочки и в подслизистой основе, а также скоплением клеток лимфоидного ряда.

Ключевые слова: лимфоидная ткань, гортань.

Abstract. The purpose of our study is based around microanatomical study of larynx mucous tunic's lymphoid tissue in normal rats. The experimental data revealed that, in the physiological norm lymphoid tissue of the larynx is presented diffuse elements located in the lamina propria and submucosa, as well as the accumulation of a number of lymphoid cells.

Key words: lymphatic tissue, larynx.

Актуальность. Изучение морфологии лимфоидных структур дыхательной системы, в настоящее время, остается одним из актуальных вопросов современной медицинской науки [5]. В связи с присутствием дефицита научных данных о морфологической характеристике лимфоидных структур гортани в норме целью данного исследования стало изучение микроанатомии и клеточного состава лимфоидных структур слизистой оболочки гортани в условиях физиологической нормы.

Материалы и методы исследования. Объектом нашего исследования явились 100 крыс-самцов Вистар, массой 200-240 грамм. Предметом изучения служили лимфоидные образования гортани крыс в условиях физиологической нормы, содержащиеся в условиях вивария. Животные забивались методом декапитации, в утренние часы. Полученный материал в течение 3-х минут фиксировался в 10% растворе нейтрального формалина. Приготовление микропрепаратов проводили по стандартной схеме с использованием спиртовой проводки и заливки ткани в парафин. Из парафиновых блоков готовили продольные срезы толщиной 5-7 мкм, которые окрашивали гематоксилин-эозином и азур-II- эозином. Подсчет клеток проводили в покровном эпителии, в диффузной лимфоидной ткани и лимфоидных скоплениях собственной пластинки слизистой оболочки гортани [1]. Статистическую обработку полученных данных проводили методом вариационной статистики с определением средней арифметической (M), ее ошибки (m). Достоверность различий, с надежностью $p - 95\%$ оценивали по методу доверительных интервалов с использованием таблиц Стьюдента.

Результаты исследования. При изучении препаратов слизистой оболочки гортани установлено что, диффузная лимфоидная ткань обнаруживается в стенках всех отделов органа [2,3]. Наибольшее количество диффузной лимфоидной ткани обнаружено в среднем отделе гортани. Полученные данные подтверждают наличие в стенке желудочков гортани “гортанной миндалины” [4,5]. Лимфоидные скопления в стенках гортани представлены ассоциацией клеток лимфоидного ряда, не имеющей четких границ и по-разному располагающихся в ее отделах. У преддверия гортани лимфоидные скопления, были обнаружены у основания надгортанника, в толще черпало-надгортанных складок и в щито-подъязычных складках. В толще голосовых складок лимфоидные скопления отсутствовали на всех препаратах. В стенках желудочков гортани скопления лимфоидных клеток располагались в собственной пластинке слизистой оболочки, вблизи выводных протоков гортанных желез. В отличие от данных других исследователей [6,7] мы обнаружили лимфоидные скопления возле выводных протоков желез в подголосовой области органа.

В эпителиальном покрове гортани, по нашим данным, преобладают малые и средние лимфоциты. Помимо внутриэпителиальных лимфоцитов обнаружены малодифференцированные, плазматические клетки, а также макрофаги. Мы согласны с мнением [5, 7], что наличие внутриэпителиальных лимфоцитов следует рассматривать как местный иммунный аппарат.

При сравнении наших данных о клеточном составе диффузной лимфоидной ткани и скоплений лимфоидных клеток в стенках гортани, в условиях физиологической нормы с результатами других авторов [6,7], мы не обнаружили принципиальных отличий.

В клеточном составе диффузной лимфоидной ткани и лимфоидных скоплений гортани преобладают малые и средние лимфоциты и ретикулярные клетки. Регионарные особенности цитологического профиля проявляются в преобладании в стенках преддверия гортани малых лимфоцитов (55%) [2,3]. Наибольшее количество средних лимфоцитов (17%) обнаружено у межжелудочкового отдела, ретикулярных клеток (23,2 %) - у подголосовой области. Кроме того, в составе диффузной лимфоидной ткани и лимфоидных скоплений в меньшем количестве присутствуют бласты, большие лимфоциты, плазматические клетки, тучные клетки, макрофаги, клетки с картинами митозов и дегенеративно измененные клетки.

Появление лимфоидных узелков расценивается как состояние функциональной зрелости лимфоидной ткани [4, 5].

Выводы:

1. В условиях физиологической нормы лимфоидная ткань гортани представлена диффузными элементами, расположенными в собственной пластинке слизистой оболочки и в подслизистой основе, а также скоплением клеток лимфоидного ряда.
2. Наибольшее количество диффузной лимфоидной ткани автор находит в среднем отделе гортани.
3. В толще голосовых складок лимфоидные скопления отсутствуют.

4. Клеточный состав лимфоидных образований изученных органов крыс, в условиях физиологической нормы принципиально не отличается от клеточного состава других периферических иммунных органов.

Список литературы:

1. Автандилов Г.Г. Медицинская морфометрия. – М.: Медицина, 1990. - 383 с.
2. Гармаева Д.К., Осинская А.А., Сапин М.Р. Лимфоидные структуры дыхательных путей при воздействии алмазной пыли в условиях гранитного производства Республики Саха (Якутия) в эксперименте. - Якутск: Изд-во СВФУ, 2010. – 278 с.
3. Гармаева Д.К., Осинская А.А. К вопросу о структурной организации лимфоидной ткани слизистой оболочки дыхательных путей // Матер. 1 Сибирского съезда лимфологов с международным участием «Проблемы экспериментальной, клинической и профилактической лимфологии».- Новосибирск, 2006.- С.89-91.
4. Сапин М.Р. О закономерностях строения и развития органов иммунной системы // Функциональная морфология лимфатических узлов и других органов иммунной системы и их роль в иммунных процессах: тез. докл. Всесоюз. науч. конф. - М., 1983. - С.148-149.
5. Сапин М.Р. Лимфатическая система как важнейшая часть иммунной системы // Морфология. - 2000. - т. 117. - № 3. - С.106-107.
6. Сеидова З. Р., Шадлинский В.Б., Мовсумов Н.Т. Микроанатомическая характеристика лимфоидного аппарата гортани крыс // Здоровье – 2000. – № 10. - С. 31-33.
7. Чава С.В. Реактивные изменения лимфоидных образований гортани крыс при воздействии паров ацетальдегида в условиях эксперимента // Российские морфологические ведомости .- 1995.- № 3. – С. 25-28.

МОРФОЛОГИЯ ЛИМФОИДНЫХ СТРУКТУР СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ГОРТАНИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Осинская А.А., Федорова А.И.

Россия, Северо-Восточного федерального университета имени М.К.
Амосова, Медицинский институт

Аннотация. Целью нашего исследования является микроанатомическое изучение лимфоидных образований слизистой оболочки гортани крыс после воздействия алмазной пыли. Экспериментальные данные выявили, структурно-функциональные изменения лимфоидной ткани гортани крыс после воздействия алмазной пыли, которые зависят от продолжительности действия алмазной пыли и от места экспозиции экспериментальных животных.

Ключевые слова: лимфоидные структуры гортани, алмазная пыль.

Abstract. The purpose of our study (experiment) is based around micro anatomic study of lymphoid formation of mucous membrane larynx of rats, after the effect of diamond dust. The experimental data revealed structural and functional changes of the lymphoid tissue of the rats larynxes after being affected by diamond dust, which depend on the duration of the dust influence and on the location of exposure of the animals under experiment.

Key words: lymphatic structures of the larynx, diamond dust.

Актуальность. Алмазообрабатывающее производство Республики Саха (Якутия) является сравнительно молодой и в то же время приоритетной отраслью промышленности. Условия труда рабочих гранильных заводов алмазного производства сопровождаются воздействием ряда вредных факторов, в частности, большое выделение в воздух при обработки сырья алмазной пыли. На всех этапах обработки алмаза в рабочую зону воздуха выделяется углеродная (алмазная пыль) пыль фиброгенного действия (ГОСТ 12.1.005-88) с механической повреждающей способностью и высокой

проникающей способностью в глубь органов дыхания. Известно, что поступление в организм летучих токсических веществ осуществляется преимущественно через органы дыхания [3, 4]. Следовательно, именно лимфоидная ткань дыхательных путей, в частности гортани, располагаясь у поверхности органов, являются первой «мишенью» на пути проникновения антигена [3].

Цель исследования. Целью исследования является микроанатомическое изучение лимфоидных образований слизистой оболочки гортани крыс в различные сроки воздействия алмазной пыли, выделяемой при ручной огранки алмаза.

Для решения данной цели были поставлены следующие задачи:

1. Изучить структурную организацию и цитоархитектонику лимфоидной ткани слизистой оболочки гортани крыс в условиях физиологической нормы.
2. Изучить особенности морфофункциональных изменений лимфоидной ткани гортани крыс после воздействия алмазной пыли на этапе огранки алмаза
3. Провести статистическую обработку и математический анализ морфометрических данных, полученных при изучении структурной организации и цитоархитектоники лимфоидной ткани гортани крыс в условиях физиологической нормы и эксперимента.

Материалы и методы исследования: Эксперимент проводился на базе кафедры анатомии Медицинского Института Якутского государственного университета, гранильного завода АО «Аврора-Диамант» Республики Саха (Якутии), патологоанатомического отделения Якутского Национального Центра Медицины. Объектом нашего исследования явились 100 крыс-самцов Вистар, массой 200-240 грамм. Предметом изучения служили лимфоидные образования гортани крыс в условиях физиологической нормы, и после воздействия алмазной пыли. С целью оценки состояния лимфоидных структур гортани в ранние и отдаленные сроки воздействию алмазной пыли забой животных проводили на 3е и 30 сутки эксперимента. Животные забивались методом декапитации после каждого срока

эксперимента, в утренние часы. Приготовление микропрепаратов проводили по стандартной схеме с использованием спиртовой проводки и заливки ткани в парафин.

Результаты исследования. Изучение микропрепаратов гортани крыс на 3е сутки эксперимента в клеточном составе диффузной лимфоидной ткани и лимфоидных скоплениях слизистой оболочки гортани преобладают малые лимфоциты, их количество увеличивается по сравнению с контролем в 1,2 раза. Также происходит увеличение малодифференцированных клеток (бластов и больших лимфоцитов), усиливается плазмоцитарная реакция. Численность макрофагов в эксперименте достоверно ($p < 0,05$) превышает контрольные в 1,5 раз. Возрастает количество тучных клеток, клеток с картинами митоза и деструктивно измененных клеток. Появляются единичные эозинофилы в желудочках и подголосовой области. Отмечается тенденция к увеличению фибробластов. Одновременно наблюдается снижение ретикулярных клеток и средних лимфоцитов в 1,2 и в 1,1 раз соответственно.

На 30-е сутки мы обнаружили, что количество малых лимфоцитов снижается относительно раннего срока эксперимента. Причем в преддверии гортани их численность превышает контрольные данные в 1,02 раза, в подголосовой области незначительно снижена, а в желудочках – достоверно уменьшается относительно контроля в 1,1 раз. Отмечается уменьшение численности малодифференцированных и плазматических клеток, как по отношению к контролю, так и к 3м суткам эксперимента. Возрастает количество эозинофилов в 4 раза, появляются единичные нейтрофилы. Процентное содержание фибробластов возрастает. Кроме того, повреждающее воздействие алмазной пыли проявляется в увеличении деструктивно измененных клеток в 2,7 раз относительно контроля, макрофагов в 2,4, тучных клеток в 3,4 раз (в желудочках гортани). Клетки с картинами митоза снижается в 3 раза.

В результате проведенных исследований, нами доказано, что при воздействии алмазной пыли на слизистую оболочку гортани происходит изменение клеточного состава лимфоидной ткани. Эти изменения зависят

от продолжительности воздействия пыли и места расположения лимфоидного аппарата.

На 3е сутки эксперимента изменения клеточного состава диффузной лимфоидной ткани и лимфоидных скоплениях слизистой оболочки гортани можно расценивать как усиление иммуноцитопоэтической функции. Следует отметить, что результаты, сходные с нашими, выявили ряд авторов [3,6]. Появление единичных эозинофилов и увеличение тучных клеток свидетельствуют об протекающих аутоиммунных реакциях [4]. Нами отмечено что, наиболее выраженные изменения клеточного состава лимфоидной ткани на 3е сутки эксперимента проявляются в желудочках гортани. Мы солидарны с мнением ряда авторов [5,6] которые объясняют данный факт, анатомическими и физиологическими особенностями среднего гортани.

Полученные нами данные на 30е сутки эксперимента подтверждают результаты многочисленных авторов [1, 2, 7], изучающих длительные (хронические) воздействия повреждающих агентов на иммунные структуры различных органов. При длительном токсическом воздействии лимфоидная ткань органов испытывает истощение, что морфологически проявляется в снижении клеток лимфоидного ряда, в появлении большого числа деструктивно измененных клеток и макрофагов [4]. Увеличение на 30е сутки эксперимента фибробластов мы предполагаем, связано с главной функцией фибробластов – синтез компонентов межклеточного вещества: коллагена и эластина. Следовательно, воздействие пыли вызывает не только цитологические перестройки лимфоидной ткани, но и оказывает механическое повреждение слизистой оболочки.

Выводы:

1. Лимфоидная ткань гортани обладает высокой чувствительностью к воздействию алмазной пыли. На эти воздействия лимфоидная ткань отвечает изменением цитологического профиля.
2. Степень выраженности изменений клеточного состава лимфоидной ткани слизистой оболочки гортани зависят от длительности воздействия пыли.

3. На 3 сутки эксперимента отмечается усиление лимфопоэтической функции лимфоидной ткани гортани. Возрастает количество малых лимфоцитов, митотически делящихся клеток. Увеличивается относительное содержание деструктивно измененных клеток и макрофагов.
4. На 30е сутки опыта отмечается снижение митотических и регенераторных процессов лимфоидной ткани. Значительно возрастает количество макрофагов, деструктивно измененных клеток. Появляются, отсутствующие в контрольных группах эозинофилы.
5. Наиболее яркие изменения клеточного состава лимфоидной ткани происходят в среднем отделе гортани – желудочках.

Список литературы:

1. Аминова Г.Г., Григоренко Д.Е., Ерофеева Л.М. Изменение цитоархитектоники некоторых иммунных органов при воздействии токсических и лекарственных веществ // Акт. проблемы совр. гистопатологии. – М., 1984. – С. 63-64.
2. Григоренко Д.Е. Микроанатомия лимфатических узлов крыс в отдаленные сроки после воздействия сероуглерода. // Проблемы лимфологии. – Новосибирск, 1988. – С 20.
3. Сапин М.Р. Органы иммунной системы // Науч. труды 1-й ММИ. – М., 1982. – С. 44.
4. Сапин М.Р., Никитюк Д.Б. Иммунная система, стресс и иммунодефицит.- М: АПП «Джангар», 2000. – С. 184.
5. Сеидова З. Р. Лимфоидный аппарат гортани крыс при воздействии водных процедур с разным солевым составом: Автореф. дисс...канд. мед. наук. - М., 2002. – С. 17.
6. Чава С.В. Исследование лимфоидных структур слизистой оболочки гортани крыс в условиях воздействия на организм паров ацетальдегида различной концентрации: Автореф. дисс...канд. мед. наук. - М., 1998.- С.25.
7. Шарова Е.Е. Микроанатомическая организация нижних трахеобронхиальных лимфатических узлов крыс в условиях диметилсульфата.// Матер. По акт. вопр. совр. Гистопатологии.- М., 1988.- С.190-192.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ КОФЕИНА В ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКАХ МЕТОДОМ ВЫСОКОЭФФЕКТИВНОЙ ЖИДКОСТНОЙ ХРОМАТОГРАФИИ

Софронова В.М., Торговкина М.Н., Максимов М.Р., Комзин К.В.,
Варфоломеева Н.А., Бушкова Э.А., Кузьмина А.А., Малогулова И.Ш.

Россия, Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова,
Медицинский институт

Аннотация. В работе представлены результаты идентификации кофеина и определения его количественного содержания в безалкогольных и алкогольных энергетических напитках («Pepsi», «Coca-Cola», «Bullit», «Adrenaline Rush», «Burn», «Red Bull», «Jaguar») методом высокоэффективной жидкостной хроматографии.

Ключевые слова: кофеин, энергетические напитки, высокоэффективная жидкостная хроматография.

Abstract. The work presents the results of identification of caffeine and determination its quantitative content in nonalcoholic and alcoholic power drinks («Pepsi», «Coca-Cola», «Bullit», «Adrenaline Rush», «Burn», «Red Bull», «Jaguar») by high performance liquid chromatography.

Key words: caffeine, power drinks, high performance liquid chromatography.

Актуальность. В последние годы заметное распространение получили алкогольные и безалкогольные энергетические напитки, в которых в качестве тонизирующих ингредиентов допускается использовать витамины и витаминоподобные вещества, минеральные вещества, субстраты и стимуляторы энергетического обмена, экстракты растений (гуараны, матэ, женьшеня, лимонника, элеутерококка) и кофеин [1, 2].

Кофеин (1,3,7-триметилксантин) – пуриновый алкалоид, психостимулятор, аналептик. Кофеин стимулирует умственную работоспособность, повышает двигательную активность, скорость реакций, уменьшает усталость, ускоряет обмен веществ, тонизирует дыхательный центр, обладает прямым кардиостимулирующим эффектом. Злоупотребление кофеином может вызывать немотивированное беспокойство, бессонницу, ипохондрию, тремор, сухость слизистых оболочек, дискинезию мышц глазного яблока, звон в ушах, тахикардию, аритмию, миокардит, нарушение кровообращения в конечностях, тяжелое течение ишемической болезни сердца, частое мочеиспускание, боль в животе, диарею, психическую зависимость (теизм) [5]. По данным спортивных врачей и диетологов, добавление кофеина в энергетические напитки усиливает усвоение углеводов (фруктозы, глюкозы, сахарозы) из кишечника на 26%. Кофеин и углеводы в сочетании способствуют негативному воздействию алкоголя на мозг. При сильных физических нагрузках, когда организм функционирует на пределе возможностей, кофеин-алкогольная дегидратация может привести к летальному исходу [3].

По нормативам содержание кофеина в напитках типа «Cola» не должно превышать 150 мг/л, в энергетиках – 400 мг/л [6].

В последние годы проведен ряд исследований, в ходе которых выявлена информационная и качественная фальсификация различных образцов энергетических напитков. В связи с этим, актуальным является определение отдельных компонентов и установление подлинности напитков с помощью современных методов исследования, в том числе высокоэффективной жидкостной хроматографии [3, 4].

Цель исследования: определить содержание кофеина в энергетических напитках методом высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ).

Материал и методы исследования. Материалом исследования послужили образцы напитков: «Pepsi» (ООО «ПепсиКо Холдингс», Россия), «Coca-Cola» (ООО «Кока-Кола ЭйчБиСи Евразия», Россия), «Bullit» (BULLIT GMBH, Австрия), «Adrenaline Rush» (ООО «Мегапак», Россия), «Burn» (ООО «Кока-Кола ЭйчБиСи Евразия», Россия), «Red Bull» («Раух Фрухтзафте ГмбХ энд

Ко», Австрия), «Jaguar» (ООО «Юнайтед Боттлинг Групп», Россия). Анализы выполнялись методом ВЭЖХ на серийном хроматографе «Миличром А-02» (ЗАО «ЭкоНова», г. Новосибирск). Идентификацию кофеина и определение его содержания в анализируемых напитках проводили по Базе данных «БД-2003» с помощью программы «МультиХром СПЕКТР» v.2.4 (ЗАО «Амперсенд», г. Москва).

Результаты исследования. В результате проведенного исследования, выявлено следующее содержание кофеина в анализируемых напитках: «Coca-Cola» – $94 \pm 0,9$ мг/л; «Pepsi» – $103 \pm 1,0$ мг/л; «Bullit» – $271 \pm 2,7$ мг/л; «Adrenaline Rush» – $294 \pm 2,9$ мг/л; «Burn» – $312 \pm 3,1$ мг/л; «Jaguar» – $312 \pm 3,1$ мг/л; «Red Bull» – $319 \pm 3,2$ мг/л. Таким образом, наименьшее количество кофеина обнаружено в напитке «Coca-Cola» (рис. 1), наибольшее – в энергетическом напитке «Red Bull» (рис. 2).

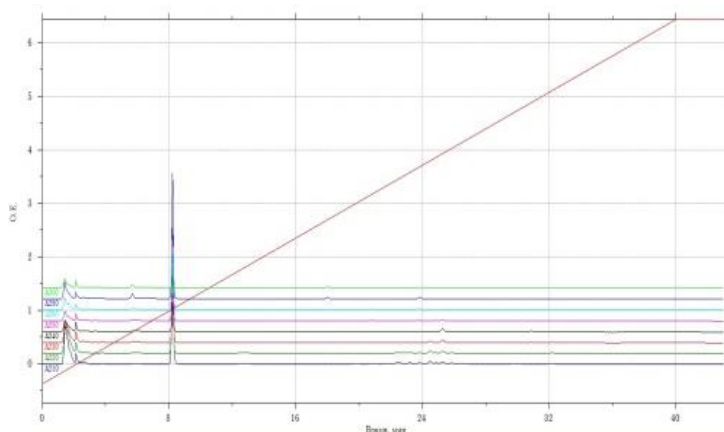


Рис. 1. Содержание кофеина в напитке «Coca-Cola»

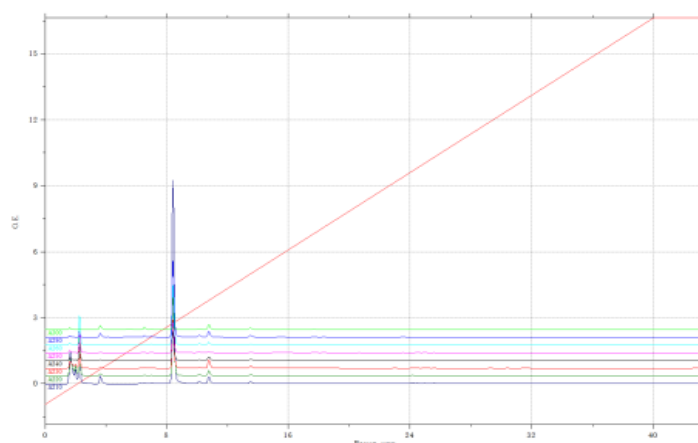


Рис. 2. Содержание кофеина в энергетическом напитке «Red Bull»

Заключение. По результатам проведенного исследования, найденные содержания кофеина в анализируемых образцах напитков «Coca-Cola» и «Pepsi» находятся на безопасном уровне и не превышают нормированного значения, равного 150 мг/л; в образцах энергетических напитков «Adrenaline Rush», «Burn», «Bullit», «Jaguar» и «Red Bull» – не превышают 400 мг/л, что соответствует заявленным производителями показателям.

Список литературы:

1. ГОСТ Р 52844-2007 Напитки безалкогольные тонизирующие. Общие технические условия. Введ. 09-01-01. М.: Стандартиформ, 2008. 11 с.
2. ГОСТ Р 52845-2007 Напитки слабоалкогольные тонизирующие. Общие технические условия. Введ. 09-01-09. М.: Стандартиформ, 2008. 12 с.
3. Коренман Я.И., Бычкова А.А., Кривошеева О.А., Мокшина Н.Я. Раздельное определение кофеина и углеводов в энергетических напитках // Аналитика и контроль. 2012. № 4(16). С. 363-367.
4. Котова Т.В., Черемичкина А.С. Анализ качества энергетических напитков на соответствие требованиям стандартов // Техника и технология пищевых производств. 2012. № 2(25). С. 148-154.
5. Машковский М.Д. Лекарственные средства. М.: Новая волна, 2010. 1216 с.
6. СанПин 2.3.2.1078-01.

ЛИМФОТРОПНЫЕ СВОЙСТВА ФИТОМИНЕРАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА

ФЕДОРОВА А.И., ОСИНСКАЯ А.А.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М.К.
АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. Изучена структурная организация и клеточный состав лимфатических узлов при применении фитоминерального комплекса. Отмечено увеличение показателей структур коркового, мозгового вещества и клеток лимфоидного ряда. Выявлено, что фитоминеральный комплекс «Литовит» и красный корень обладает лимфотропными свойствами.

Ключевые слова: лимфатический узел, лимфоциты, макрофаги, фитоминеральный комплекс.

Abstract. Studied the structural organization and cellular composition of the lymph nodes in the application of herbmineral complex. There is an increase in structures of cortical and medullary substances and lymphocytes. Herbmineral complex has lymphotropic attributes.

Key words: lymph nodes, lymphocytes, macrophages, herbmineral complex.

Актуальность. Восстановление работоспособности систем организма человека, ответственных за адаптацию к неблагоприятным факторам окружающей среды является актуальной задачей. Важная роль в защитных реакциях организма при эндотоксических состояниях принадлежит лимфатическим узлам, которые выполняют важные регуляторно-приспособительные, барьерные функции и от них во многом зависит дренаж и детоксикация лимфатического региона [1]. Расширение диапазона адаптивных возможностей лимфатической системы является необходимым условием сохранения гомеостаза[3].

Одним из эффективных путей оздоровления является применение природных стимуляторов функций органов и систем организма человека[4].

Для восстановления естественной экологии организма применяются биологически активные добавки (БАД) с иммуномодулирующим и адаптогенным действием[2].

На базе НИИ клинической и экспериментальной лимфологии СО РАМН (Новосибирск) проведена работа по изучению лимфотропных свойств фитоминерального комплекса, включающий цеолитсодержащую добавку «Литовит» с добавлением красного корня.

Цель исследования была направлена на изучение структурно-функциональной организации брыжеечных и подколенных лимфатических узлов при приеме фитоминерального комплекса «Литовит» и красный корень.

Материал и методы. В качестве экспериментальных животных были использованы 50 белых крыс породы Вистар массой тела 150-180 гр. в возрасте 3-4 месяцев. Забой животных проводили декапитацией в утреннее время по окончании месячного курса приема фитоминерального комплекса. Объектом исследования были брыжеечные и подколенные лимфатические узлы. Материал фиксировали в 10 % нейтральном растворе формалина в течение 24 часов, обезвоживали в серии спиртов возрастающей концентрации и заключали в парафин. С помощью санного микротомы готовили парафиновые срезы толщиной 5-7 мкм. Срезы окрашивали гематоксилином и эозином. Морфометрию проводили методом точечного счета с помощью стандартной сетки. В лимфатических узлах определяли площадь всего среза и отдельных структур: капсулы, коркового и мозгового вещества, синусов. Рассчитывали соотношение удельной площади коркового вещества к удельной площади мозгового вещества (индекс К/М), отношение площадей коркового плато к паракортикальной зоне (индекс К/П), отношение площади мягкотных тяжей к площади мозговых синусов (индекс МТ/МС). На цитологических препаратах лимфатических узлов дифференцировали лимфоциты, зрелые и незрелые плазматические клетки, макрофаги. Все полученные количественные данные обрабатывались методом вариационной статистики с определением средней арифметической, ее ошибки и

доверительного интервала с надежностью $p > 95\%$, указана достоверность различий между показателями по t -критерию Стьюдента.

Результаты. Морфометрическое исследование показало, что общая площадь брыжеечного лимфоузла при введении фитоминерального комплекса «Литовит» и красный корень увеличивается в 1,3 раза. Отмечено увеличение коркового вещества в 1,4 раза за счет преимущественного возрастания площадикоркового плато, лимфоидных узелков, паракортекса. Объем коркового синуса увеличивается в 1,3 раза. Индекс К/М $2,7 \pm 0,76$ говорит о принадлежности узла к компактному типу. Индекс К/П $0,5 \pm 0,27$ указывает на преобладание паракортекса в лимфоузле. Индекс МТ/МС $0,9 \pm 0,16$ свидетельствует о преобладании доли синуса в мозговом веществе лимфоузла. В герминативном центре вторичных лимфоидных узелков уменьшается количество средних лимфоцитов, а малых лимфоцитов увеличивается; в паракортикальной зоне и мозговых синусах увеличивается количество средних и малых лимфоцитов и уменьшается число макрофагов.

В правом подколенном лимфоузле при введении фитоминерального комплекса «Литовит» и красный корень наблюдается уменьшение коркового плато, остальные показатели имеют тенденцию к увеличению. Индекс К/М $2,48 \pm 0,78$ характеризует узел, как компактный (II тип). Индекс К/П $0,96 \pm 0,33$ указывает на преобладание паракортекса в лимфоузле. Индекс МТ/МС $0,87 \pm 0,18$ свидетельствует о преобладании доли синуса в мозговом веществе лимфоузла, В цитологическом составе отмечается увеличение числа средних лимфоцитов в лимфоидных узелках и в паракортексе, малых лимфоцитов в мозговых синусах. Увеличение количества незрелых плазматических клеток в мягкотных тяжах.

В левом лимфоузле площадь лимфоидных узелков и мозгового вещества увеличивается в 1,3 раза, площадь мягкотных тяжей возрастает в 1,4 раза, мозгового синуса в 1,2 раза. Индекс К/М $2,3 \pm 0,55$ характеризует узел, как компактный. Индекс К/П $0,92 \pm 0,16$ указывает на преобладание паракортекса в лимфоузле МТ/МС $1,19 \pm 0,16$ левые свидетельствует о преобладании доли мягкотных тяжей в мозговом веществе лимфоузла. Исследование клеточного состава герминативного центра вторичных

лимфоидных узелков показало уменьшение макрофагов, увеличение малых лимфоцитов, в мягкотных тяжах увеличение незрелых плазматических клеток, в мозговых синусах увеличение малых и средних лимфоцитов.

Сочетанный прием «Литовита» и красного корня приводит к повышению функциональной активности лимфатического узла. Это выражается в увеличении морфометрических параметров, ответственных за гуморальное и клеточное звено иммунитета. Увеличение объема коркового и мозгового синусов указывает на усиление тока лимфы через узел. Увеличение числа молодых клеток лимфоидного ряда свидетельствует о повышении лимфопродуцирующей функции. Уменьшение числа макрофагов может быть результатом санации лимфатического региона после дополнительного введения красного корня и реализации его лимфотропного эффекта. Обращает внимание то, что при приеме «Литовита» с красным корнем степень ответа структурно-функциональных зон подколенных лимфоузлов определяется их локализацией. Можно предположить, что усиление структурного ответа левосторонних подколенных лимфоузлов связано с исходным уровнем гемо- и лимфодинамики.

Заключение. Выяснено, что фитоминеральный комплекс, в состав которого входит «Литовит» и красный корень обладает лимфотропными свойствами, оказывая лимфостимулирующее действие на уровне брыжеечных и подколенных лимфатических узлов. Необходимо отметить, что структурные преобразования более выражены в брыжеечных (висцеральных) лимфоузлах, чем в подколенных (соматических) лимфоузлах. В подколенных лимфоузлах изменения более выражены слева, что зависит от исходного состояния.

Список литературы:

1. Буянов В.М., Алексеев А.А. Лимфология эндотоксикоза. – М: Медицина, 1990. – 272 с.
2. Гичев Ю.Ю., Гичев Ю.П. Новое руководство по микронутриентологии.– М: Триада-ХБ, 2009. – 304с.

3. Природные биофлавоноиды как средства для эндоэкологической санации / Ю.И. Бородин, А.А. Зыков, В.А. Головнев, В.Н. Горчаков // V Российский национальный конгресс. – Москва, 1998. – С. 30.
4. Тутельян В.А. Биологически активные добавки – неизбежный элемент пищи XXI века // БАД – нутрицевтики и их использование с профилактической и лечебной целью при распространенных заболеваниях: матер. третьего международного симпозиума. –Тюмень, 1997. – С. 7-8.

РАЗДЕЛ 2.

КЛИНИЧЕСКАЯ

МЕДИЦИНА

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ОПУХОЛЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАРКЕРОВ КАСПАЗ

АЛЕКСЕЕВА С.Н., НИКИФОРОВ П.В., АНТИПИНА У.Д.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М.К.АММОСОВА,
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. Напряженность онкологической ситуации в республике приводит к активному поиску новых возможностей ранней диагностики опухолей. Предполагается, что каспазо-связанный механизм апоптоза является инициатором онкогенеза, что требует дальнейшего детального изучения этой проблемы. Результаты исследования могут быть использованы в клинической онкологии как ранние маркеры опухолевого процесса.

Ключевые слова: каспаза, апоптоз, онкогенез, онкомаркеры.

Abstract. Tensions oncological situation in the country leads to an active search for new possibilities of early diagnosis of tumors. It is assumed that caspase-associated apoptotic mechanism is the initiator of carcinogenesis, which requires further detailed study of this problem. The results can be used in clinical oncology as early markers of cancer.

Key words: caspase, apoptosis, tumorigenesis, tumor markers.

Онкологические заболевания являются одной из глобальных проблем современной клинической медицины. Проблемы борьбы со злокачественными новообразованиями, несмотря на многочисленные фундаментальные и клинические исследования, остаются актуальными. По литературным данным прогнозируется, что к 2020 году число раковых больных возрастет до 16 млн. человек.

В Республике Саха (Якутия) онкологическая ситуация остается более напряженной, чем в других регионах Российской Федерации и требует

принятия решений, направленных на стабилизацию онкологической ситуации в регионе. Актуальность проблемы обусловлена высокой частотой смертности. По данным организационно методического отдела Якутского республиканского онкологического диспансера (ЯРОД) за 2010 г. зарегистрировано 1227 случаев смерти от злокачественных новообразований при общем количестве впервые взятых на учет-1905 человек. В структуре смертности преобладает рак легкого, рак желудка, рак пищевода [2].

Молекулярные процессы, лежащие в основе развития злокачественных новообразований активно исследуются [5]. Разрабатываются различные тест-системы по ранней диагностике рака, одним из которых являются опухолевые маркеры. На сегодняшний день обнаружено и применяется в практике большое количество маркеров рака в зависимости от того, какой орган поражен злокачественной опухолью. Одна из задач, решаемых при использовании онкомаркеров - это возможность, в комбинации с другими диагностическими методами, ранней дифференциальной диагностики опухоли. К сожалению, до сих пор не охарактеризован ни один опухолевый маркер, обладающий 100% специфичностью по отношению к какому-либо органу[3]. Таким образом, диагностические методы являются недостаточно информативными и не позволяют своевременно выявить больных на ранних этапах онкогенеза, что видно из анализа распределения вновь выявленных больных по стадиям опухолевого процесса за 2006-2010 гг. по данным ЯРОД, где наибольший удельный вес приходится на III-IV (24,4% и 35,4 соответственно).

Механизм развития опухолевого клона остается недостаточно изученной. Предполагается, что большинство злокачественных опухолей состоит из моноклональных клеток, т.е. развивается вследствие накопления в функционально важных генах одной клетки количества мутаций, достаточного для безудержной ее пролиферации. Все злокачественные опухоли развиваются в результате мутации генов, регулирующих рост клеток [4]. Важным моментом элиминации мутантных клеток является результат слаженной работы белков-супрессоров и цитохрома С, регулирующих апоптоз.

Апоптоз или запрограммированная гибель клетки - это механизм, запускающий суицидальную гибель клетки посредством соответствующих триггерных сигналов с одновременным уменьшением количества сигналов, обеспечивающих ее выживание. Апоптоз запускается по различным причинам: либо в том случае, когда клетка не должна работать в организме человека, либо когда она становится опасной для здоровья организма человека. Ингибирование или инициация процесса апоптоза может приводить к развитию различных заболеваний, в том числе онкологических[4].

Важную роль в развитии апоптоза играют каспазы, или цистеин зависимые аспартат-специфичные протеазы. У человека идентифицировано около 14 каспаз. Каспазы определяют два основных направления развития событий на уровне клетки при апоптозе: первое направление связано с активацией FAS-рецептора (CD 95) и TNF-рецептора 1 типа, что приводит к привлечению и олигомеризации адаптерных белков, преимущественно прокаспазы-8; второе направление связано с высвобождением цитохрома С из митохондрий в цитоплазму после формирования каспазо-9 активирующего комплекса.

Также заслуживают пристального внимания гены, продукты которых принимают участие в апоптотическом ответе клетки на повреждение ДНК. В норме, когда изменения в химической структуре ДНК не могут быть устранены системой репарации, запускается программа клеточного суицида - апоптоза. Однако интенсивность этих процессов может колебаться в достаточно широком диапазоне, что во многом определяется генетической конституцией индивидуума. Таким образом, пониженная эффективность работы апоптотических каскадов может привести к накоплению в организме клеток, содержащих мутации в онкогенах или генах-супрессорах, что, безусловно, сопряжено с увеличением индивидуального онкологического риска. В пользу высказанного предположения свидетельствуют результаты некоторых фенотипических исследований, продемонстрировавших связь между сниженной способностью к апоптозу и повышенным онкологическим риском [1]

Таким образом, обзор имеющейся научной литературы указывает на существующую проблему, связанную с отсутствием достоверной скрининговой диагностики злокачественных новообразований. Предполагается, что каспазо-связанный механизм апоптоза является инициатором онкогенеза, что требует дальнейшего детального изучения этой проблемы. Результаты исследования могут быть использованы в клинической онкологии как ранние маркеры опухолевого процесса.

Список литературы:

1. Джеральд М Фаллер, Деннис Шилдс. Молекулярная биология клетки (руководство для врачей). М. Бином-Пресс 2006. с.134-135.
2. Иванов П.М., Томский М.И., Иванова В.Г. Состояние онкологической помощи населению Якутии в начале третьего тысячелетия. Якутск. Сфера. 2013 г. с. 12-17.
3. Кэссиди Джим, Биссет Дональд Справочник по онкологии. М. «ГЭОТАР-Медиа». 2010 г. с. 17-26.
4. Сарвилина И.В., Каркищенко В.Н., Горшкова Ю.В., Междисциплинарные исследования в медицине. М. Техносфера. 2007 г. с. 139-145.
5. Соухами Р., Тобайас Дж. Рак и его лечение. М. БИНОМ. 2012 г., с. 28-37

ФИТОТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ Г. ЯКУТСКА

АММОСОВА А.М.^{1,2}, БАБИКОВА Т.А.², ГОГОЛЕВА Ф.В.², ТИМОФЕЕВ А.Л.²

¹Россия, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М.К.
АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

²Россия, ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА, Г. ЯКУТСК

На современном этапе комплексная медицинская реабилитация является одним из эффективных методов вторичной профилактики многих хронических заболеваний у детей и ставит своей целью восстановление здоровья и функциональных возможностей организма, нарушенных вследствие болезни. Важным звеном комплексной реабилитации у детей является фитотерапия. Использование лекарственных растений уходит корнями в глубину тысячелетий, однако термин «фитотерапия» впервые был введен в обращение в начале прошлого века французским врачом Анри Леклерком. В настоящее время этим термином определяется метод научно обоснованного лечения лекарственными растениями или их частями, применяемых в нативной свежей или высушенной форме, а также в виде галеновых препаратов. Фитотерапия в России официальный статус традиционной медицинской деятельности получила не так давно – 2000 г. По классификации ВОЗ, фитотерапия является одной из составных частей традиционной медицины, относится к разновидности метаболической терапии, в полной мере отвечает требованиям патогенетической терапии.

В качестве лекарственных растений в мире используется около 23000 видов растений, что составляет 7% мировой флоры. Широта использования лекарственных видов и степень их изученности различны [1, 2, 6, 7, 9].

Действующие начала у большинства растений, применяемых в народной и традиционной медицине, неизвестны, фармакологические свойства недостаточно изучены и их применение основывается на эмпирическом опыте. Количество лекарственных растений, введенных в научную медицину, значительно меньше [5, 8, 10, 11]. В современной фитотерапии применяются преимущественно растения с низкой токсичностью и хорошей переносимостью. Всего, с учетом лекарственных растений, перерабатываемых на заводах для получения индивидуальных веществ или очищенных препаратов и поступающих в аптеки в виде сырья, официально используются чуть более 200 лекарственных растений [3, 4, 8, 9, 10, 11, 13]. Подавляющее большинство лекарственных растений отечественной медицины произрастает или культивируется на территории России. Преимущество лекарственных растений и препаратов природного происхождения по сравнению с синтетическими лекарствами состоит в том, что последние вызывают большее число побочных реакций, особенно аллергической природы, вследствие ответной реакции иммунной системы на чужеродное вещество. Биологически активные растительные компоненты более родственны человеческому организму, чем синтетические препараты, так как «у растительных и животных клеток имеются аналогичные рецепторные механизмы восприятия химических сигналов, что свидетельствует о сходстве регуляции систем жизнедеятельности клеток» (Г.А. Самсыгина, Н.П. Брашнина, 1999 г.).

Разносторонняя направленность действий растений может способствовать одновременному лечению основного и сопутствующих заболеваний. Большинство лекарственных растений обладает общим оздоравливающим эффектом за счет стимуляции защитных сил организма. Возможность длительного применения, проверенный профиль безопасности и широкая доступность делают фитотерапию незаменимой в лечении функциональных расстройств организма, легких форм болезней, а также при поддерживающих курсах терапии. Однако следует помнить, что средства фитотерапии из-за медленно наступающего терапевтического эффекта не могут полностью заменить синтетических лекарственных средств. С другой стороны, как всякое лечение, фитотерапия имеет свои

показания и противопоказания, что при несоблюдении правил использования лекарственных растений они могут оказаться неэффективными, а в ряде случаев и токсичными для организма человека и особенно ребенка [12].

Одним из существенных преимуществ фитотерапии, привлекающих внимание педиатра, является разнообразие лекарственных форм для внутреннего и наружного применения. Растительные препараты могут использоваться внутрь в виде настоев, отваров, чаев; наружно - для примочек, спринцеваний, местных ванночек, общих лечебных ванн, ингаляций и т.д.

В целом, траволечение для детей существенно не отличается от фитотерапии для взрослых, однако имеет ряд особенностей, о которых необходимо знать: наиболее предпочтительно использовать лекарственные растения, включенные в Государственный реестр лекарственных средств (ГРЛС), лекарственные растения назначают детям индивидуально с учетом терапевтического действия и возможных противопоказаний; при назначении фитотерапии обязательно учитывается не только основное, но и сопутствующее заболевание; чаще используются сборы из 2-3 растений и реже сборы более сложного состава; сборы составляются на основе терапевтической целесообразности, с учетом патогенеза заболевания у каждого конкретного ребенка; лечение лекарственными растениями требует длительного периода их применения; при хроническом течении заболевания необходимы профилактические курсы фитотерапии в период сезонного обострения (март—октябрь или др.); следует обязательно уточнять данные о возможной непереносимости некоторых растений (календула, полынь, девясил, череда).

Использование фитотерапии требует от педиатра знания основ терапевтического действия каждого лекарственного растения. Не рекомендуется использовать у детей все спиртовые настойки, а у детей до 7 лет – категорически запрещены. В детской практике довольно часто используются соки растений. При возможности выбора лекарственного растительного сырья со схожим фармакологическим действием в детской

практике предпочтительно применять плоды (как вяжущее — плоды черники, как слабительное — плоды жостера). Для улучшения вкуса в полученный настой (отвар) перед приемом можно добавить сахарный сироп, любой фруктовый сироп или мед (если у ребенка нет аллергии на эти продукты). Это недопустимо в случае, если в сборе присутствуют горечи, так как маскировка горького вкуса полностью нивелирует необходимое терапевтическое воздействие; чем младше возраст больного, тем большие отличия свойственны фармакокинетики и фармакодинамике препаратов, тем сложнее будет происходить их взаимодействие при комбинированной терапии. Детям-аллергикам не следует назначать препараты из растений, которые известны своей аллергенностью: мяту, душицу, землянику и др. Следует соблюдать осторожность при назначении растений, влияющих на эндокринную систему: женьшеня, элеутерококка, заманихи, корня аралии, корня солодки, хмеля, шалфея, крапивы. Нежелательно назначать детям растений, содержащих антрагликозиды: корни ревеня тангутского, щавеля конского, кора крушины, лист сены, из-за возможного раздражающего и канцерогенного действия.

Для лечения детей лекарственными растениями рекомендуются следующие суточные дозы сухого лекарственного растительного сырья: до 1 года — 0,5-1 чайная ложка; от 1 до 3 лет — 1 чайная ложка; от 4 до 6 лет — 1 десертная ложка; от 7 до 9 лет — 1 столовая ложка; старше 10 лет — 1-2 столовые ложки. Суточные дозы настоев из растительного сырья для детей различного возраста: до 2 лет — 30 мл; от 3 до 4 лет — 40 мл; от 4 до 7 лет — 60-70 мл; от 8 до 12 лет — 70-100 мл; старше 12 лет — до 200 мл. Суточная доза принимается дробно, в 3-4 приема.

С развитием фармакологии с успехом начали использовать фитопрепараты, фармакологическое действие которых доказано либо специальными клиническими исследованиями, либо в результате анализа накопленного опыта медицинского применения, причем доказано строго медицинскими методами. Такие препараты стандартизованы либо по основному действующему веществу, либо по веществу, преобладающему в данном лекарственном средстве. Действие таких растительных препаратов доказаны большим количеством достоверных научных исследований.

Наиболее изученными являются препараты немецкой компании «Бионорика» (Curie P.P. et all., 1993, Тарасова Г.Д., 2000; Дрынов Г.И., 2000; Смирнова Г.И., 2001; Рязанцев С.В. и др., 2001; Дергачев В.С., 2001; Гарщенко Т.И. и соавт., 2002).

С 2003 года в условиях отделения восстановительного лечения и реабилитации (ОВЛиР) «ДГБ» г. Якутска было пролечено более 12 тысяч детей и подростков с соматической, неврологической и ревматологической патологией. Фитотерапию проводили у детей с хроническими заболеваниями ЛОР-органов, органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочевой системы. Лекарственные препараты назначались детям индивидуально, с учетом основного и сопутствующего заболеваний, наличия противопоказаний, аллергологического анамнеза (таблица 1). Все пациенты на момент лечения находились в стадии компенсации и вне обострения. Фитотерапия применялась лишь у 5% детей раннего возраста. Использовались отвар шиповника или ромашки. В возрасте от 4 до 7 лет лекарственные растения применялись у 25% детей. Чаще это были витаминный чай (с плодами шиповника), ингаляции с эвкалиптом, урологический сбор, желудочно-кишечный, успокоительный. У детей старшего возраста фитотерапия применялась в 40-60% случаев: ингаляции с эвкалиптом, сбор желудочно-кишечный, желчегонный, урологический. В последние годы начали применять фитопрепараты в таблетированной форме компании «Бионорика»: Тонзилгон Н, Канефрон Н, Синупрет. Фитотерапия применялась в комплексе с другими методами восстановительного и реабилитационного лечения: физиотерапией, лечебной физкультурой, массажем, галотерапией и др. За 11 лет применения фитотерапии в условиях ОВЛиР были получены хорошие результаты в пользу эффективности и безопасности применяемых лекарственных растительных препаратов, случаев аллергических реакций не наблюдалось, обострений заболеваний не было.

Таким образом, фитотерапию следует проводить с учетом возраста пациента, основного и сопутствующего заболеваний, наличия показаний и противопоказаний под наблюдением врача-педиатра. Воздействие

фитотерапии на организм ребенка будет эффективнее в комплексе с другими методами реабилитационного лечения.

Таблица 1 - Число пролеченных детей и подростков методом фитотерапии

Фитотерапия	2003-2007гг	2008-2010гг	2011-2013гг
Эвкалипт, ингаляции	193	139	115
Сбор желчегонный №3	59	38	27
Сбор желудочный №3	75	41	33
Сбор урологический «Фитонефрол»	49	25	18
Сбор успокоительный №3	11	23	67
Отвар ромашки	95	44	28
Отвар плодов шиповника	309	197	608
Витаминный чай	789	508	403
Таблетки Тонзилгон Н	-	-	158
Таблетки Канефрон Н	5	12	30
Таблетки Синупрет	-	-	25

Список литературы:

1. Баасансурен Б. Целительные дары природы. Иллюстрированная энциклопедия. 2013г. 777 с.
2. Лавренев В.К., Лавренева Г.В. Полный справочник целебных трав и растений. СПб.: Нева, 2006. 272 с.
3. Лекарственные растения государственной фармакопеи. Под ред. И.А. Самылиной. М., АНМИ, 1999. 487с.
4. Мазурин А.В., Сорокина А.А., Кукса В.П., Углицких А.К. Фитотерапия при заболеваниях ЖКТ у детей. Медицинский научный и учебно-методический журнал 2000; 5: 35-42
5. Насыбуллина Н.М. Фитотерапия... за или против? Consilium-provisorum 2004; т.3: 4.
6. Носаль М.А., Носаль И.М. Лекарственные растения в народной медицине. М.,1991. 254 с.
7. Казаков А.Л., Хацуков Б.Х., Лукьянчиков М.С., Яковленко Л.С. Растения — целебный источник производства отечественных функциональных продуктов питания XXI века: учебное пособие. М.: Демиург-Арт, 2005. 304 с.
8. Кьосев П.А. Полный справочник лекарственных растений. М.:Эксмо. 2007. 992с.
9. Садовникова И.И. Лекарственные травы: старые традиции – новые формы. Русский медицинский журнал, 2004; 23, 1331-1333.
10. Синев Д.Н., Марченко Л.Г., Синева Т.Д. Рецептурный справочник (Авторские прописи. Сборы из лекарственного растительного сырья — фитосборы. Биологически активные добавки к пище — фиточаи). СПб.: Издательство ФОЛИАНТ, 2004. 352с.

11. Турищев С.Н. Основы фитотерапии. М.: Издательский дом «Русский врач», 1999. 128 с.
12. Файзуллина Р.А., Самороднова Е.А., Шошина Н.К. Возможности фитотерапии в педиатрической практике. Лекция для врачей, 2009 г.
13. Шигабутдинова Ф.Г. Роль фитотерапии в гастроэнтерологии. Альтернативная медицина 2004; 3: 38-40.

ВРОЖДЕННЫЙ ГИПОТИРЕОЗ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ) ЗА ПЕРИОД 1996-2013 ГГ.

Аргунова Е.Ф., Данилова Г.И., Сухомясова А.Л., Никифорова М.Е.,
Желобцова А.Ф.

Россия, Северо-Восточный федеральный университет имени М.К.
Аммосова, Медицинский институт

Россия, Республиканская больница №1 – Национальный центр медицины,
Республика Саха (Якутия), г. Якутск

Аннотация. Проведен анализ данных неонатального скрининга по Республике Саха (Якутия) (РС (Я)) и эндокринологического отделения Педиатрического центра РБ №1-Национального центра медицины по врожденному гипотиреозу (ВГ) за период 1996-2013 гг. Обследование новорожденных по массовому скринингу в РС (Я) на ВГ разделено на 2 периода: до и после внедрения приоритетного национального проекта (ПНП) «Здоровье». В период с 1996-2005 гг. охват скринингом составил 73,7%, частота ВГ 1:4615. С 2006-2013гг. было обследовано охват составил – 87,1%, частота ВГ 1:5463. В период до внедрения ПНП было выявлено двое детей с умственной отсталостью, после – ни одного. Организация неонатального скрининга на врожденный гипотиреоз в РС (Я) позволила добиться высокого процента обследования новорожденных, сокращения сроков обследования и раннего начала заместительной терапии, предотвращения инвалидизации пациентов.

Ключевые слова: дети, врожденный гипотиреоз, неонатальный скрининг.

Abstract. The analysis of data of neonatal screening on the Republic of Sakha (Yakutia) endocrinological department of the Republik hospital of Pediatric center of the center of medicine for the congenital hypothyroidis during 1996-2013 is carried out. Inspection of newborns on mass screening in the Republic of Sakha (Yakutia) is divided into 2 periods: before introduction of the Health priority national project (PNP) and after. During the period since 1996-2005 coverage by screening made 73,7%, VG 1:4615 frequency. It was surveyed coverage I made – 87,1%, VG 1:5463 frequency.

During the period before introduction of PNP it was revealed two mentally retarded children, after – any. The organization of neonatal screening on a congenital hypothyroidism in the Republic of Sakha (Yakutia) allowed to achieve high percent of inspection of newborns, reduction of terms of inspection and the early beginning of replacement therapy, prevention of an invalidization of patients.

Key words: children, congenital hypothyroidism, neonatal skrining.

Врожденный гипотиреоз (ВГ) – заболевание щитовидной железы, характеризующееся недостаточностью тиреоидных гормонов, вырабатываемых щитовидной железой. ВГ приводит к задержке развития всех органов и систем, в первую очередь от недостатка тиреоидных гормонов страдает центральная нервная система [1]. Врожденный гипотиреоз встречается с частотой 1 случай на 4000–5000 новорожденных. У девочек заболевание выявляется в 2–2,5 раза чаще, чем у мальчиков [2].

Неонатальный скрининг на врожденный гипотиреоз является эффективным методом ранней диагностики и своевременного лечения заболевания, позволяющим предотвратить развитие инвалидизирующих осложнений. В России скрининг на ВГ проводится с 1993 г. В Республике Саха (Якутия) неонатальный скрининг проводится с 1996 г. В начале скрининга в РС (Я) участвовали только 15 улусов (районов). В настоящее время участвуют все административные территории республики. Охват скринингом с 42% в первые годы его введения повысился до 99% [3]. Основная цель скрининга по врожденному гипотиреозу – раннее выявление всех новорожденных детей с повышенным уровнем ТТГ в крови. Все новорожденные с аномально высоким ТТГ требуют срочного углубленного обследования для окончательной диагностики заболевания и немедленного начала заместительной терапии (оптимально - в первые 3 недели жизни) [3].

Установлена прямая связь между возрастом, в котором начато лечение, и индексом интеллектуального развития ребенка в дальнейшем. При вовремя начатом лечении ВГ физическое и психическое развитие ребенка проходит нормально. Оптимальным считается начало терапии препаратами левотироксина в первые 2 недели жизни [2]. Ведущие клинические признаки не леченного ВГ – задержка роста и психического развития, ведущая к умственной отсталости. В большинстве случаев (85-

90%) имеет место первичный врожденный гипотиреоз. Среди случаев первичного гипотиреоза около 85% являются спорадическими, 15% наследственным [1].

Цель работы: анализ данных неонатального скрининга по РС (Я) и эндокринологического отделения по врожденному гипотиреозу за период 1996-2013 гг.

Материалы и методы. В рамках приоритетного национального проекта (ПНП) «Здоровье» министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации был издан приказ №185 от 22 марта 2006 г. «О массовом обследовании новорожденных на наследственные заболевания». С целью организации скрининга, внедрения новых методов, организации диагностической и лечебной помощи изданы: приказ Министерства здравоохранения РС (Я) от 20 марта 2006г. 01-8/4-134а «О ходе реализации мероприятий раздела национального проекта «Здоровье» по обследованию новорожденных детей на наследственные заболевания». Приказ РБ№1-НЦМ от 31 августа 2006г. №01-0108/91 «Об оказании медицинской помощи детям с муковисцидозом, адреногенитальным синдромом, галактоземией, фенилкетонурией и врожденным гипотиреозом, выявленные по неонатальному скринингу» [3]. Скрининг на ВГ основан на определении уровня ТТГ в цельном пятне капиллярной крови на фильтровальной бумаге иммунофлюоресцентным методом. В качестве верхнего допустимого предела для новорожденных 3-4 дней жизни принимается уровень ТТГ 20 мМЕ/л. При уровне ТТГ более 20 мМЕ/л проводится ретестирование из того же пятна капиллярной крови. При положительном результате ребенок направляется к эндокринологу. При очень высоком уровне ТТГ результат сообщается педиатру по месту жительства ребенка и немедленно назначается заместительная терапия левотироксином.

Данные о неонатальном скрининге за период 1996-2013 гг. предоставлены лабораторией медико-генетической консультации (МГК) Перинатального центра, данные о пациентах – эндокринологическим отделением Педиатрического центра ГБУ РС (Я) «Республиканской больницы №1-

Национального центра медицины». Проведено ретроспективное исследование стационарных карт детей с диагнозом врожденный гипотиреоз. Сведения о больных взяты из журнала учета приема больных эндокринологического отделения (форма 001/у).

Результаты и обсуждение. В РС (Я) за 1996-2013гг. обследовано 210797 новорожденных на ВГ по скринингу, выявлено 42 ребенка с ВГ, охват составил 80,1%. Частота ВГ составила 1:5019. Обследование новорожденных по массовому скринингу в РС (Я) на ВГ можно разделить на 2 периода: с 1996 г. по 2005 г. и 2006 г. по 2013 г., т.е. периоды до и после внедрения ПНП «Здоровье». В период с 1996-2005 гг. было обследовано 101530 новорожденных, среди которых было выявлено 22 ребенка с ВГ, охват скринингом составил 73,7%. Частота ВГ за этот период составила 1:4615. С 2006-2013гг. было обследовано 109267 новорожденных, среди которых было выявлено 20 детей с ВГ, охват составил – 87,1%. Частота ВГ составила 1:5463 (табл. 1).

По данным неонатального скрининга пик повышения выявления ВГ приходился на 2006 г., из 6954 новорожденных, прошедших исследование на ВГ, диагноз подтвердился у 4 исследуемых, что составило 1:1739. В 2010-2011 гг. выявляемость была самой низкой и составила 1 человек в год с частотой 1:15877.

Таблица 1 - Обследование новорожденных по массовому скринингу в РС (Я) за 1996 – 2013гг.

	1996-2005 (включ)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Число родившихся в РС (Я)	137684	13623	15152	15254	15783	15877	16173	16922	16611
Обследовано: ВГ	101530	6954	14931	11054	11196	15662	16092	16832	16546
Охват	73,7%	51%	98,5%	72,5%	71%	99%	99,5%	99,5%	99,6%
Выявлено	24	4	3	2	3	1	1	3	3

В отделении эндокринологии ПДЦ на учете состоит 44 ребенка, что больше чем выявлено по неонатальному скринингу. Это можно связать с тем, что в первые годы внедрения скрининг охватывал не все административные территории республики. Среди детей с ВГ 10 мальчиков (22,7%), 34 девочки (77,3%), соотношение по полу 1,0 : 3,4, т.е. в 3 раза преобладают девочки, что соответствует литературным данным. Городских 20 (45,5%), сельских 24 (54,5%) ребенка. 24 (54,5%) ребенка якутской национальности, русских 14 (31,8%), других национальностей 6 (13,7%).

По данным УЗИ почти у всех пациентов с ВГ выявлялась гипоплазия щитовидной железы с диффузными изменениями. Уровень тиреотропного гормона (ТТГ) при первичной госпитализации составил в среднем $194,2 \pm 94,2$ мкМЕ/мл (пределы колебаний от 14,1 до 1034 мкМЕ/мл).

Все пациенты получали заместительную терапию левотироксином с момента установления диагноза в индивидуальной дозировке в зависимости от возраста (от 15 мкг до 150 мкг в сутки). Задержка психомоторного развития отмечена у 9 (20,5%) пациентов, из них у 5 (11,5%) детей выявлена задержка психоречевого развития. Умственная отсталость (олигофрения) констатирована у 2-х детей (4,5 %). Оба ребенка девочки, 1992 и 1998 г.р. Дети с умственной отсталостью, это дети которые не вошли в программу массового скрининга, лечение у них было начато позже 1 года. У пациентов с диагнозом ВГ были следующие сопутствующие диагнозы: резидуальная энцефалопатия (РЭП) у 15 (34%), анемия железodefицитная у 2 (4,5%), малые аномалии сердца (открытое овальное окно) у 1 (2,2%), ВПС (ДМПП) у 1 пациента (2,2%).

Выводы. Организация неонатального скрининга на врожденный гипотиреоз в РС (Я) позволила добиться высокого процента обследования новорожденных, сокращения сроков обследования и раннего начала заместительной терапии, предотвращения инвалидизации пациентов. В начале скрининга на ВГ в РС (Я) участвовало только 15 улусов, в данное время участвуют все административные территории республики. Охват неонатальным скринингом с 42% в первые годы его введения повысился до

99,6%. В период с 1996 по 2013 гг. частота ВГ составила 1:5019, что сопоставимо с данными литературы [1, 2].

Список литературы:

1. Врожденный гипотиреоз у детей: неонатальный скрининг, диагностика и лечение / сост. В. А. Петеркова, О. Б. Безлепкина. М., 2006. 28 с.
2. Петеркова В. А., Безлепкина О. Б. Врожденный гипотиреоз // Лечащий врач. 2004. № 6. С. 5-7.
3. Сухомясова А. Л., Павлова К. К., Ноговицына А. А. и др. Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье»: массовое обследование новорожденных на наследственные болезни обмена в Республике Саха (Якутия) // Якутский медицинский журнал. 2009. № 2. С. 69-72.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОДРОСТКОВ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

АРТАМОНОВА С.Ю., САВВИНА Н.В.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. Результаты проведенного исследования позволили охарактеризовать психоэмоциональный статус и личностные особенности подростков с поведенческими расстройствами: среди подростков с девиантным поведением преобладают дистимный, аффективно-экзальтированный и возбудимый типы личности; для них характерны низкая социальная адаптация и вегетативная устойчивость.

Abstract. The results of the research allowed to characterize psycho-emotional status and personality traits of adolescents with behavioral disorders: among adolescents with deviant behavior is dominated by distimny, affective-exalted and excitable personality types; they are characterized by poor social adaptation and autonomic stability.

Актуальность проблемы. Подростковый возраст является периодом, имеющим высочайший потенциал для интеллектуального и физического развития, в течение которого формируются пожизненные социальные навыки, в том числе и те, которые связаны со здоровьем [1]. В настоящее время состояние здоровья подросткового населения Российской Федерации вызывает обоснованную тревогу медицинской общественности. По данным современных исследователей [2, 3] за последнее десятилетие в состоянии здоровья подростков произошли неблагоприятные изменения: рост общей заболеваемости практически по всем классам болезней, нарастание уровня инвалидности, рост социально-значимых заболеваний.

Подростковый возраст традиционно считается самым трудным в воспитательном отношении, трудности этого возраста связываются с половым созреванием, как причиной различных психических и

психологических отклонений [4, 5]. Одной из существенных проблем подросткового возраста является недостаточная социальная адаптация, проявляющаяся, прежде всего в разноплановых поведенческих отклонениях (агрессия, демонстрация, отклонение от учебы, систематические уходы из дома, бродяжничество и т.д.). В связи широкой распространенностью девиаций в поведении подростков, особую актуальность приобретает изучение психоэмоционального статуса и личностных особенностей подростков.

Цель исследования: изучение психоэмоционального статуса и личностных особенностей подростков с поведенческими расстройствами.

Пациенты и методы: в обследовании приняли участие всего 396 подростков 15 лет, из них 177 (44,7 %) девочек и 219(55,3 %) мальчиков. Основную группу составили 96 подростков с поведенческими нарушениями: девушек - 35, юношей - 61 человек. Эту группу составили подростки, состоящие на учете в инспекции по делам несовершеннолетних и Центре медико-социальной помощи подросткам и их семьям МУ «Детская городская больница», за систематические прогулы и стойкую неуспеваемость, бродяжничество, проступки, в связи с алкоголизацией и правонарушениями.

Контрольную группу составили 300 подростков без нарушений поведения, учащиеся средних общеобразовательных школ г. Якутска.

Оценка психоэмоционального статуса и личностных особенностей подростков проводилась на основании ответов, полученных в результате родительского и подросткового анкетирования, беседы с подростком.

Для оценки характера адаптации подростков мы воспользовались адаптированным личностным двухфакторным опросником М. Гавлиновой на основе использования двух шкал – социальной адаптированности и вегетативной устойчивости (утвержденным Европейским союзом школьной и университетской гигиены и медицины, 1988).

В исследовании личностных особенностей подростков применялись нейропсихологические методики: Айзенка, Спилбергера, Кеттела, Басса-Дарки, Леонгарда [5].

Результаты исследования. Поведенческие расстройства предполагают трудности в адаптации, социализации, склонности к враждебности и агрессивности, разрушительным действиям, направленным как на себя, так и на общество в целом. Психологический анализ различных форм поведения показал, что девиации у подростков проявлялись в виде уходов из дома, бродяжничестве, беспорядочных половых связях, употребления алкогольных напитков, в том числе пива, токсикомании, прогулах школы, в суицидальном поведении.

Распространенность девиантных расстройств в группе обследованных подростков с отклоняющимися формами поведения представлена в таблице 1.

Таблица 1 - Распространенность отдельных девиаций у подростков с отклоняющимися формами поведения (n=96)

Вид нарушения поведения	Абс.	%
Конфликты с родителями	79	82,2
Учет в инспекции по делам несовершеннолетних	49	51,0
Алкоголизация	40	41,6
Правонарушения	47	48,9
Побеги из дома	63	65,6
Беспорядочные половые связи	16	16,6
Суицидальная попытка	2	2,1
Токсикомания	16	16,6

Поведенческие расстройства в исследованной группе характеризуются стойкостью (более 6 месяцев), носят антисоциальный характер и обладают полиморфизмом – сочетанием у одного подростка нескольких видов девиаций. Кроме табакокурения и употребления алкоголя у 16 подростков диагностировано и токсикомания, что существенно влияет на здоровье подростков.

Анализ структуры правонарушений у подростков-девиантов показал, что наиболее распространенными противоправными действиями являются воровство (26,0 %), хулиганство (14,6 %), разбой (6,3 %).

Социально-биологическое неблагополучие подростков-девиантов расценивается как состояние длительно протекающего психогенного

стресса. Результаты анкетирования по социальной адаптированности и вегетативной устойчивости отражены в таблице 2.

Таблица 2 - Показатели социальной адаптированности у исследуемых подростков

Социальная адаптированность	Основная группа, %		Контрольная группа, %	
	Девушки,%	Юноши,%	Девушки,%	Юноши, %
Высокая	3,8	5,3	7,8	8,7
Средняя	50,0	38,6	77,8	67,1
Низкая	46,2*	56,1*	14,7	24,2

* - достоверность различий показателей ($p < 0,05$) групп подростков с девиантным и нормативными формами поведения.

Низкая социальная адаптированность наиболее часто встречается у подростков из основной группы: у девушек – 46,2 %, у юношей – 56,1 %, у подростков из контрольной группы: соответственно - 14,7 % и 24,2 %.

Низкая вегетативная устойчивость наиболее часто регистрируется у девушек из основной группы – 50,0 %.

Таблица 3 - Показатели вегетативной устойчивости

Вегетативная устойчивость	Основная группа, %		Контрольная группа, %	
	Девушки,%	Юноши,%	Девушки,%	Юноши,%
Высокая	7,7*	19,3	25,5	25,6
Средняя	42,3	57,9	60,8	53,0
Низкая	50,0*	22,8	13,7	21,4

- достоверность различий показателей ($p < 0,05$) групп подростков с девиантным и нормативными формами поведения.

Исследование личностных особенностей подростков. При психологическом исследовании изучены личностные особенности подростков обеих групп. Изучение акцентуаций характера методикой Леонгарда показало, что у подростков контрольной группы преобладает гипертимный ($0,69 \pm 0,1$), циклотимный типы ($0,62 \pm 0,09$), а у подростков с поведенческими расстройствами – дистимный ($0,39 \pm 0,1$), аффективно-экзальтированный ($0,89 \pm 0,09$) и возбудимый типы ($0,83 \pm 0,1$).

Результаты исследования выраженности факторов экстравертированность /интравертированность и нейротизм /эмоциональная стабильность у

подростков по тесту Айзенка показали, что подростки обеих групп экстравертированы, причем экстраверсия у подростков без поведенческих расстройств выражена больше. Нейротизм чаще наблюдается у подростков с поведенческими расстройствами.

Таблица 4 - Значение средних показателей по тесту Айзенка

Группа	Основная группа	Контрольная группа
Экстраверсия- интроверсия (max – 24 балла)	11,24±0,78*	14,25±0,7
Нейротизм- эмоциональная стабильность (max – 24 балла)	15,41±0,39*	10,42±0,69

* - достоверность различий показателей ($p < 0,05$) групп подростков с девиантным и нормативными формами поведения.

Среди подростков контрольной группы интровертов и потенциальных интровертов всего 10 %, среди подростков с нарушением поведения интровертов и потенциальных интровертов 39%, амбивертов в группе контроля 18%, амбивертов среди девиантов 44 %.

Экстравертов и потенциальных экстравертов среди подростков с нормативным поведением 72 %, среди подростков с отклоняющимся поведением - 17 %. Таким образом, среди подростков с девиантным поведением преобладают амбиверты и интроверты, для них характерен повышенный уровень нейротизма.

В таблице 5 представлены данные об уровне тревоги в исследуемых группах.

Таблица 5 - Распространенность тревожных расстройств у подростков

Уровень тревоги	Основная группа, %, (n=68)	Контрольная группа, % (n=100)
Низкий	41,0	25,0
Средне-низкий	32,0	26,0
Средне-высокий	20,0	31,0
Высокий	7,0	18,0
Всего	100,0	100,0

Проведенное исследование тревожности по опроснику Ч.Д. Спилбергера показало, что подростков с высоким и средне-высоким уровнем тревоги в группе контроля больше – 49,0 %, чем среди подростков с нарушением поведения – 27,0 %

Изучение агрессивности проводилось с помощью методики Басса-Дарки. Каждая личность должна обладать определенной степенью агрессивности. Отсутствие ее приводит к пассивности, ведомости, а чрезмерная развитие агрессивности начинает определять весь облик личности, которая может стать конфликтной [4]. В таблице 6 приведены результаты оценки агрессивности и враждебности подростков-девиантов.

Таблица 6 - Показатели агрессивности и враждебности у подростков – девиантов

Девианты	n	агрессивность	враждебность
юноши	62	21,06±0,64	10,85±0,42
девушки	34	19,98±0,67	10,81±0,61

Согласно приведенным данным у подростков с нарушением поведения показатели агрессивности находятся на верхней границе условной нормы. Наиболее высокий показатель агрессивности выявлен у девиантов-юношей. По нашим данным показатель враждебности в исследованной группе высокий как у юношей (норма $6,5 \pm 3$), так и у девушек-девиантов, 10,85 и 10,81 соответственно.

Заключение.

1. Результаты анкетирования о характере адаптации выявили, что низкая социальная адаптация наиболее часто встречается у подростков с девиантным поведением: у девушек – 46,2 %, у юношей – 56,1 %. Низкая вегетативная устойчивость наиболее часто также регистрируется у девушек из основной группы – 50,0 %.
2. Изучение личностных особенностей подростков показало, что у подростков контрольной группы преобладает гипертимный, циклотимный типы, а у подростков с девиантным поведением – дистимный, аффективно-экзальтированный и возбудимый типы.

Среди подростков с девиантным поведением преобладают амбиверты и интроверты. Нейротизм чаще наблюдается у подростков – девиантов (34,0 %). Проведенное исследование показало, что подростков с высоким и средне-высоким уровнем тревоги в группе контроля больше – 49,0 %, чем среди подростков с нарушением поведения – 27,0 %. Согласно проведенному анкетированию у подростков с нарушением поведения показатели агрессивности находятся на верхней границе условной нормы.

В целом, результаты выполненного исследования позволили охарактеризовать психоэмоциональный статус и личностные особенности подростков с поведенческими расстройствами.

Список литературы:

1. Анализ положения детей в Российской Федерации. Доклад ЮНИСЕФ. М. 2007. 121 с.
2. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Оценка здоровья детей и подростков при профилактических осмотрах / Руководство для врачей. – М.: Династия, 2004. – 168с.
3. Баранов А.А., Щеплягина Л.А., Ильин А.Г. и др. Состояние здоровья детей как фактор национальной безопасности // Росс. педиатрический журн. – 2005. – № 2. – С. 4-8.
4. Краснова М.А. Особенности психосоматической и неврологической характеристик при оценке состояния здоровья подростков с девиантным поведением: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Хабаровск, 2006. – 24 с.
5. Леонгард К. Акцентуированные личности. – Киев: Вища школа, 1981. – 390 с.

ВНЕПИЩЕВОДНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

АСЕКРИТОВА А.С., ЕМЕЛЬЯНОВА Э.А.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. Представлены клинические случаи внепищеводных проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Ключевые слова: Внепищеводные проявления, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.

Abstract. Presented clinical cases extraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease.

Key words: Extraesophageal manifestations, gastroesophageal reflux disease.

Актуальность. Проблема внепищеводных проявлений в клинической картине ГЭРБ является одной из наиболее широко дискутируемых в гастроэнтерологии [1].

Цель исследования - изучить внепищеводные проявления рефлюксной болезни.

Материал и методы. Проанализированы истории болезни 2 пациентов, находившихся на стационарном лечении: пациент М., 60 лет - в РБ№2-ЦЭМП и пациентка Б., 79 лет - в РБ№3. Для выявления внепищеводных синдромов проводилось комплексное обследование.

Результаты. Клинический пример 1. Больной М., 60 лет. Жалобы при госпитализации: на периодические боли в груди жгучего характера, сопровождающиеся онемением в верхних конечностях, часто провоцируемые физической нагрузкой в течение последних 2-3х лет. Анамнез болезни: ухудшение самочувствия с весны 2013 года, когда

участились боли за грудиной, жгучего характера, появляющиеся при незначительной нагрузке. Страдает СД 2 типа с 1999 года, на инсулине с 2005. Сахара контролирует 1-2 раза в месяц, обычно более 10 ммоль/л. АД повышается более 210 мм.рт.ст. адаптирован к 170 мм.рт.ст. препараты принимает со слов каждый день.

Состояние больного средней степени тяжести. Положение активное. В сознании. Повышенного питания. ИМТ 28 кг/м². Кожные покровы и слизистые обычной окраски, чистые. Дыхание везикулярное, проводится по всем полям. ЧД – 20 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены, шумов нет. ЧСС – 82 в минуту. АД 150/90 мм.рт.ст.. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот не увеличен, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, мягкой консистенции, край ровный, б/б. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет. Мочеиспускание свободное, б/б. Стул регулярный, ежедневный, оформленный, без патологических примесей.

Больной госпитализирован в неотложное кардиологическое отделение с предварительным диагнозом: ИБС. Нестабильная стенокардия. Фон ГБ III стадии, АГ III степени, риск ССО 4. Сахарный диабет 2 типа, инсулинпотребная форма. Диабетическая микроангиопатия, ретинопатия, полинейропатия. Назначается антиангинальное, гипотензивное и гиполипидемическое лечение.

При обследовании выявлены: в анализах мочи протеинурия (белок мочи – 71 г/л), цилиндры гиалиновые – 2-1-1 в поле зрения, бактерии +; в биохимическом анализе крови гипергликемия (сахар крови 14,7 ммоль/л), дислипидемия (холестерин 8 ммоль/л, триглицериды 3,2 ммоль/л, липопротеиды низкой плотности 5,2 ммоль/л, липопротеиды высокой плотности 1.2 ммоль/л.). Тропонин I – отрицательно.

ЭКГ - ритм синусовый. ЧСС 67 уд. в минуту. Электрическая ось сердца отклонена влево. Единичная суправентрикулярная экстрасистолия. А-В блокада 1 степени. **Суточное мониторирование ЭКГ** - синусовый ритм. Суправентрикулярная экстрасистолия, в умеренном количестве. А-В

блокада 1 степени. Ригидный циркадный профиль. Сегмент Q-T удлинён. **На эхокардиографии** глобальная сократимость левого желудочка нормальная, фракция выброса 70%. Нарушений локальной сократимости левого желудочка не выявлено. Умеренная концентрическая гипертрофия левого желудочка. Уплотнение аорты, уплотнение, утолщение створок аортального клапана. Уплотнение митрального фиброзного кольца. Нарушение диастолической функции левого желудочка по 1 типу. Полости сердца не расширены. Диагностическая **коронарография**: правый тип кровоснабжения. Ангиографические признаки атеросклероза коронарных артерий. Гемодинамически значимых стенозов сосудов не выявлены.

После коронарографии, учитывая отсутствие гемодинамически значимых поражений сосудов, отсутствие эффекта антиангинальной терапии для уточнения диагноза пациент направлен на консультацию к гастроэнтерологу. Дополнительно к жалобам врачом гастроэнтерологом выявлены: изжога с частотой более 3 раз в неделю, в дневное время после приема пищи, провоцируемая характером пищи и изменением положения тела. Частая отрыжка воздухом и/или съеденной пищей. Периодические боли в груди жгучего характера, сопровождающиеся онемением в верхних конечностях, часто провоцируемые физической нагрузкой – наклонами туловища, перееданием. Вместе с тем, последний год больной жаловался на осиплость голоса. Больному назначен тест с ингибиторами протонной помпы (ИПП) двойной дозой в 2 приема и направлен на эндоскопическое исследование верхних отделов пищеварительного тракта.

Протокол эзофагогастродуоденоскопии: Слизистая пищевода с беловатым налётом, с очаговыми тонкими продольными подслизистыми флэбэктазиями, эластичная, в надкардиальной области тонкие короткие продольные острые изъязвления с налётом фибрина и эрозии. Кардия смыкается неплотно, гиперемирована. В в/3 и ср/3 желудка по большой кривизне секрет с примесью зелёной желчи, слизь пристеночно. Складки умеренно выпрямлены. Слизистая желудка участками истончена, эластичная, с гиперемией, в выходном отделе (ближе к привратнику) по передне - верхней стенке 2 хр. эрозии с точечными аррозиями на верхушках. Угол чист. Привратник смыкается. Слизистая луковицы ДПК

умеренно истончена, с выраженной лимфоангиэктазией. За изгибом области перехода в постбульбарный отдел на верхне-задней стенке видно частично локальное возвышение в виде продольной складки (полип?), дистальнее и по передней стенке продольная складка БДС видна частично - обычных размеров. Устье БДС видно частично - с нерезкой гиперемией, отмечается пассаж желчи. Заключение: Недостаточность кардии. Эзофагит с острыми изъязвлениями и эрозиями, флeбэктазиями. Очагово - атрофический гастрит с хр. эрозиями в ст. обострения. Дуодено - гастральный рефлюкс. Полип ДПК? Папиллит, невыраженный. Косвенные признаки патологии панкреато - билиарной зоны.

Выставлен клинический диагноз: ГЭРБ. Эрозивно-язвенный эзофагит. Внепищеводные кардиальные проявления. Хронический смешанный гастрит, в стадии обострения. ГБ III стадии, АГ III степени, риск ССО 4. Дислипидемия. Сахарный диабет 2 типа, инсулинпотребная форма. Диабетическая микроангиопатия, ретинопатия, полинейропатия. Диабетическая нефропатия. На фоне терапии ИПП, гипотензивных и гиполипидемических препаратов в течение 10 дней купировались боли в груди, больной отмечает улучшение самочувствия в виде снижения частоты изжоги, отрыжки. Выписан с рекомендациями по изменению образа жизни, питания, и продолжением приема ИПП в стандартной дозировке под наблюдением врача терапевта по месту жительства.

Клинический пример 2. Больная Б., 79 лет, находилась на лечении в стационаре №1 РБ№3 с 01.04 по 19.04.2013 г. Жалобы: на одышку при ходьбе, малейшей физической нагрузке. Кашель с трудноотделяемой мокротой, приступы удушья в вечернее время, периодические боли в области сердца и под лопаткой, чувство перебоев в работе сердца.

С 1976 года страдает ГБ с подъемом АД до 150/170 мм рт.ст., с 1999г – ИБС, стенокардией напряжения, хроническим калькулезным холециститом, узловым зобом. В 2004 году выявлен сахарный диабет 2 типа, максимальный подъем сахара до 7,0 ммоль/л. Постоянно принимает арифон, лориста 50 мг утром, амлодипин 2,5 мг вечером. Ухудшение самочувствия в течение последних 1-1,5 месяцев, когда появился

постоянный кашель, с трудноотделяемой вязкой мокротой и приступы экспираторного удушья, которые наблюдались каждый вечер.

Состояние средней степени тяжести. ЧДД - 22 в минуту. Дыхание в легких везикулярное с обеих сторон. ЧСС - 72 в минуту. Границы сердечной тупости расширены влево. АД 140/90 мм рт. ст. Тоны сердца аритмичные, приглушены. Язык влажный, обложен желтоватым налетом. Живот обычной формы, симметричный, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Общий анализ крови, мочи и биохимические анализы крови – без патологических отклонений. Гликемический профиль: - 5,1-6,4-5,4 ммоль/л. Гликированный гемоглобин - 4,80 %. Суточная моча на сахар - отрицательно.

ЭКГ - ритм синусовый с ЧСС 66 в минуту. Желудочковые экстрасистолы по типу тригеминии. Признаки гипертрофии левого желудочка и правого предсердия.

Рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции. Умеренно выраженные признаки нарушения гемодинамики в МКК. Хронический бронхит. Пневмосклероз. Атеросклероз аорты. Признаки гипертрофии левого желудочка.

Спирография. Нарушение дыхательной функции по обструктивному типу, легкой степени. ЖЕЛ в норме.

На основании жалоб, анамнеза, объективного осмотра поставлен клинический диагноз: ГБ III ст., АГ III ст., риск ССО4. Гипертонические сердце, переходящая частая желудочковая экстрасистолия. ИБС. Стенокардия напряжения. НК II А (ФК III NYHA). ХОБЛ. Хронический обструктивный бронхит. ДН II ст. Сахарный диабет 2 типа, средней степени тяжести, субкомпенсированная стадия. Смешанная энцефалопатия (сосудистая, диабетическая). Диабетическая полинейропатия, радикулопатия. Хронический калькулезный холецистит, вне обострения. Узловой зоб I ст.

Назначено лечение: амлодипин 2,5мг вечером, арифон 1т утром, серетид 25/250 по 1дозе 2 раза в день, сиофор 500мг 2 раза в день, берлитион 600 ЕД на физ. растворе 200мл, в/в капельно.

Во время осмотра гастроэнтерологом дополнительно к анамнезу установлено, что с конца 2012 года пациентка периодически отмечала появление изжоги, в связи, с чем с целью ее уменьшения стала употреблять свежие яблоки. Ухудшение самочувствия отмечает в течение последних 1-1,5 месяцев, когда появился постоянный кашель, с трудноотделяемой вязкой мокротой и приступы экспираторного удушья, усиливающиеся в вечернее время, наблюдались каждый вечер, усилилась изжога. Изжога усиливалась при горизонтальном положении, особенно в вечернее время одновременно с появлением приступа кашля.

Для исключения гастроэзофагеального рефлюкса, как триггерного фактора бронхиальной обструкции, проведена 03.04.2013г. **эзофагогастродуоденоскопия.**

Акт глотания не нарушен. Слизистая пищевода гиперемирована, отечная, в нижней трети на левой, передней и задней стенке 3 язвы с налетами фибрина, неправильной продольной формы, размером 0,3x0,8см, 0,5x0,8см, 0,4x1,0см. В том же отделе во всех стенках продольные эрозии с фиброзными налетами шириной 0,2-0,3см, длиной до 1,5см. Розетка кардии смыкается не полностью. Содержимое желудка: умеренное количество секреторной жидкости. Складки не выражены, расправляются воздухом. Слизистая желудка рыхлая, гиперемирована, отечна с очагами атрофии. Привратник правильной формы, проходим свободно. Луковица ДПК: слизистая гиперемирована, отечная. Перистальтика не выраженная, прослеживается во всех отделах. Взята биопсия с язв пищевода, проведена местная гемостатическая терапия ЕАКК 5% 40мл. Заключение: ГЭРБ. Эрозивно – язвенный эзофагит. Недостаточность кардии. Смешанный гастрит. Дуоденит.

Поставлен клинический диагноз: ГЭРБ. Эрозивно-язвенный эзофагит с внепищеводным проявлением. Бронхиальная астма, индуцированная гастроэзофагеальным рефлюксом. Смешанный гастрит в стадии

обострения. Хронический калькулезный холецистит, вне обострения. Сахарный диабет 2 типа, средней степени тяжести. Диабетическая полинейропатия, радикулопатия.

В лечении рекомендована отмена амлодипина. Назначены дополнительно Нольпаза 20мг 2 раза в сутки, Ганатон по 50мг 3 раза в сутки, Вентер по 1 т 3 раза в сутки до еды.

На фоне проводимой терапии отмечено улучшение самочувствия больной в виде: исчезновения изжоги в горизонтальном положении, уменьшения приступообразного кашля, улучшение самочувствия. При повторном эндоскопическом исследовании от 18.04.13г выявлена положительная динамика: рубцы на левой и передней стенке в нижней трети пищевода, уменьшение размера линейной язвы на задней стенке до 0.4 см и эпителизированные продольные эрозии.

Таким образом, назначенное комбинированное лечение бронхиальной астмы и ГЭРБ значительно улучшило состояние пациентки: исчезли ночные приступы экспираторного удушья, регрессировали симптомы гастроэзофагеального рефлюкса.

Заключение. Таким образом, данные клинические наблюдения демонстрируют, что внепищеводные проявления рефлюксной болезни весьма разнообразны и нередко встречаются в повседневной практике врача, но верно расшифровываются далеко не всегда. При обследовании больных с подозрением на ГЭРБ, для своевременной диагностики и проведения адекватной терапии необходимо тщательно анализировать жалобы, анамнез болезни и использовать тест с ИПП.

Список литературы:

1. Moore J.M., Vaezi M.F. Extraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease: real or imagined? / Curr. Opin. Gastroenterol. 2010; 26(4): 389-94.

СТРУКТУРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОПУХОЛЕВОМ РОСТЕ

АФАНАСЬЕВА О.Г.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. В работе проведено морфологическое и цитологическое исследование паховых и подвздошных лимфатических узлов при моделировании опухоли на задней конечности белых беспородных мышей. Полученные результаты обосновывают структурные различия в лимфатических узлах относительно их топографии по отношению к опухоли.

Ключевые слова: лимфатические узлы, структура, моделирование опухоли.

Abstract. In job is carried out morphological both tsitological research pahovyh and podvzdoshnyh limfaticeskikh of unitsat modeling a tumour on back finiteness white not-thoroughbred of mice. The received results prove structural distinctions in the limfaticeskikh units concerning their topography in relation to a tumour.

Key words: lymph nodes, structure, modeling tumor.

В связи с расширением понимания взаимодействия злокачественного образования и иммунной системы на молекулярно-клеточном уровне, важно еще раз обратиться к анализу роли иммунной системы как звена гомеостаза при формировании опухоли. Особая роль в формировании и реализации иммунного ответа принадлежит лимфатическим узлам. Большинство злокачественных опухолей на различных этапах своего развития метастазируют по лимфатической системе [1,2,3]. При развитии опухолевого процесса основную антигенную нагрузку воспринимают лимфатические узлы, регионарные к месту возникновения первичной

злокачественной опухоли [4]. Поэтому важнейшим критерием иммунной защиты является оценка состояния регионарного лимфатического аппарата.

Целью настоящего исследования явилось изучение структуры пахового и подвздошного лимфатических узлов при экспериментальном опухолевом росте.

Материал и методы исследования. В качестве экспериментальной модели был взят асцитный штамм опухоли Эрлиха. Экспериментальные животные – белые беспородные мыши. Для создания модели экспериментальной опухоли 0,1 мл асцитной жидкости, содержащей $3,0 \cdot 10^5$ опухолевых клеток, вводили подкожно в бедро экспериментальных животных. Животных разделили на 2 группы: 1-интактные животные (20), 2-животные с экспериментальной опухолью (20). В качестве объекта исследования были взяты паховый и подвздошный лимфатические узлы. Исследование лимфатических узлов проводили на стандартизированных срезах, окрашенных гематоксилин-эозином, азур-2-эозином. Используя принципы морфометрии, определяли относительную площадь всего среза, площади коркового и мозгового вещества и площадь капсулы, трабекул, краевого синуса, первичных и вторичных лимфоидных узелков, коркового плато и паракортикальной зоны, мозговых тяжей и мозговых синусов. В структурно-функциональных зонах лимфатических узлов дифференцировали следующие клеточные элементы: лимфобласты, средние и малые лимфоциты, макрофаги, ретикулярные клетки, плазмобласты, плазматические клетки разной степени зрелости.

Результаты собственных исследований и их обсуждение. Исходя из того, что паховые и подвздошные лимфатические узлы в условиях нормальной гемо-лимфоциркуляции имеют некоторые различия в микроанатомической организации, то и структурные преобразования под воздействием опухолевого роста будут несколько различны [2]. Спустя 5 суток после подкожной прививки опухолевых клеток наиболее выраженные изменения выявлены в паховом лимфатическом узле, который в данном случае является регионарным к моделируемой опухоли. В начале опухолевого роста, когда основной неопластический процесс ограничен, в

регионарных лимфатических узлах возникают сдвиги, свидетельствующие о напряжении защитных функций [4]. Общая площадь пахового лимфатического узла, спустя 5 суток после подкожной прививки опухолевых клеток, увеличивается на 3,3%. В корковом веществе пахового лимфатического узла практически полностью отсутствуют первичные лимфоидные узелки ($1,24 \pm 0,21$) по сравнению с группой интактных животных ($20,10 \pm 1,32$). Вторичные лимфоидные узелки значительно гипертрофированы ($22,48 \pm 1,20$) за счет достоверного увеличения размеров герминативных центров, в которых увеличивается содержание лимфобластов $1,10 \pm 0,07$ (у интактных животных $0,50 \pm 0,02$), средних лимфоцитов $31,50 \pm 0,45$ (у интактных животных $9,09 \pm 0,33$), макрофагов $1,70 \pm 0,02$. Значительно увеличивается площадь паракортикальной зоны $36,14 \pm 0,51$, посткапиллярные венулы расширены, заполнены клетками крови. В клеточном составе паракортикальной зоны происходит увеличение относительной численности лимфобластов на 35,2%, малых лимфоцитов на 7,3% и макрофагов на 38,3%. Возрастание количества макрофагов происходит при защитных реакциях организма, а фагоцитоз макрофагами лимфоцитов, нейтрофилов и эозинофилов рассматривается как матричный материал для синтеза антител в процессе иммуногенеза [4]. Гипертрофия структур коркового вещества и комплекс клеточных изменений свидетельствуют об активации лимфопоэза в паховом лимфатическом узле. В структуре мозгового вещества уменьшается площадь мозговых синусов ($10,12 \pm 0,53$) по сравнению с группой интактных животных ($13,70 \pm 0,67$). Мозговые тучные клетки представлены в основном плазматическими клетками разной степени зрелости, макрофагами. Уменьшение относительных размеров мозговых синусов по сравнению с интактными животными указывает на снижение транспортной функции пахового лимфатического узла. В то же время наблюдается расширение краевого синуса $2,56 \pm 0,32$ (у интактных животных $1,38 \pm 0,33$), что может свидетельствовать о нарастании давления лимфы в регионарном лимфатическом русле вследствие непрерывного ее образования в зоне опухоли и нарастающего затруднения оттока лимфы через паховый лимфатический узел. Функциональная и морфологическая пластичность

лимфатической системы обуславливает быструю перестройку ее корней, мобилизацию коллатералей для обеспечения нормального лимфообращения [2]. Таким образом, опухолевый рост приводит к изменению структуры пахового лимфатического узла, что обуславливает затруднение оттока лимфы из зоны опухолевого роста и ее максимальную биологическую обработку.

Изменения в структуре подвздошного лимфатического узла, который является висцерально-соматическим, спустя 5 суток после подкожной прививки суспензии опухолевых клеток менее выражены. По сравнению с паховым лимфатическим узлом, в подвздошном лимфатическом узле происходит увеличение Т- и В-зависимых зон на 2,3% по сравнению с группой интактных животных. Вместе с тем, при анализе цитоархитектоники подвздошного лимфатического узла выявлены значительные изменения клеточного состава. В герминативных центрах вторичных лимфоидных узелков наблюдается увеличение количества средних лимфоцитов $29,07 \pm 0,84$ (в группе интактных животных $5,82 \pm 0,18$) и уменьшение малых лимфоцитов $54,50 \pm 1,05$ (у интактных животных $90,70 \pm 0,33$); в паракортикальной зоне увеличивается число лимфобластов $1,73 \pm 0,08$ ($0,29 \pm 0,07$), малых лимфоцитов; в мозговых тяжах по сравнению с интактными животными увеличивается количество плазмобластов $4,24 \pm 0,42$ ($2,65 \pm 0,06$), незрелых плазматических клеток $36,70 \pm 0,44$ ($10,10 \pm 0,35$). Через 5 суток после прививки опухолевых клеток в мозговых синусах подвздошного лимфатического узла увеличивается количество средних и малых лимфоцитов ($10,50 \pm 1,10$ и $35,00 \pm 1,70$ соответственно), макрофагов по сравнению с интактными животными. Более выраженные изменения в клеточном составе подвздошного лимфатического узла могут быть обусловлены тем, что часть лимфы, поступающая из региона опухолевого роста, минуя паховый лимфатический узел, непосредственно поступает в подвздошный лимфатический узел, в котором подвергается иммунной, биологической и химической обработке.

Заключение. Различная ответная реакция пахового и подвздошного лимфатических узлов на прогрессию опухолевых клеток зависит не только от степени антигенного воздействия и регионарности данных узлов, но

может быть обусловлена изначально различной функциональной специализацией [2]. Так, в паховом лимфатическом узле при моделировании опухолевого роста увеличиваются размеры коркового вещества на 11,7% в основном за счет значительного увеличения размеров вторичных лимфоидных узелков $22,48 \pm 1,20$ (у интактных животных $5,80 \pm 1,03$) и паракортикальной зоны $36,14 \pm 0,50$ (у интактных животных $17,86 \pm 0,13$) на фоне резкого уменьшения размеров первичных лимфоидных узелков ($1,24 \pm 0,21$) и коркового плато ($11,60 \pm 0,54$). Т-зависимая зона увеличивается в 2 раза, В-зависимая зона уменьшается на 19,8% по сравнению с группой интактных животных. В подвздошном лимфатическом узле на 6-е сутки после подкожной прививки опухолевых клеток размеры коркового и мозгового вещества достоверно не отличаются от соответствующих значений в группе интактных животных. При этом размеры вторичных лимфоидных узелков в подвздошном лимфатическом узле увеличиваются в 6 раз по сравнению с интактными животными ($5,53 \pm 0,42$), тогда как в паховом лимфатическом узле размеры вторичных лимфоидных узелков увеличиваются в 3,9 раза ($5,80 \pm 1,30$ и $22,48 \pm 1,20$ соответственно). В подвздошном лимфатическом узле увеличиваются Т- и В-зависимые зоны на 2,3% по сравнению с интактными животными.

Выводы:

1. Структурные преобразования в лимфатических узлах при моделировании опухолевого процесса зависят от их топографии по отношению к опухоли.
2. Более выраженные изменения структуры выявлены в паховых лимфатических узлах, которые являются узлами первого порядка по отношению к моделируемой опухоли.

Список литературы:

1. Бородин Ю.И., Григорьев В.Н., Умбетов Т.Ш. Сравнительное исследование перестройки микроанатомической организации лимфатических узлов, дренирующих зону венозного застоя и локализованных в ней // Бюл.Сиб.отд. РАМН.1990. №2. С.405-408.

2. Каралин Е.И., Вардосанидзе В.К., Непомнящих Л.М. Комплекс молекулярно-генетических характеристик, маркирующих метастатические клетки рака желудка в лимфатических узлах // Проблемы клинической и экспериментальной лимфологии. Новосибирск.1996.С.126-127.
3. Морфологические маркеры в диагностике опухолей /Аничков Н.М., ЗиновьевА.С. Новосибирск: Изд-во Новосибирского Университета, 1993. 235с.
4. Савина Н.П. Роль иммунологического гомеостаза при онкологической патологии //Вопросы онкологии. 2013. Том 59. № 5. С.656-660.

СОСТОЯНИЕ МИКРОФЛОРЫ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ И УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА

АХРЕМЕНКО Я.А., ТАРАСОВА Л.А., ШЕСТАКОВА А.С.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М.К. АММОСОВА,
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. В статье рассмотрено состояние микрофлоры толстого кишечника у пациентов с атопическим дерматитом и угревой болезнью, выявлены основные механизмы дисбиотических нарушений, что, возможно, играет определенную роль в патогенезе указанных заболеваний кожи.

Ключевые слова: атопический дерматит, угревая болезнь, микрофлора толстого кишечника, дисбиоз.

Abstract. The article considers the state of the microflora of the large intestine of patients with atopic dermatitis and acne. The main mechanisms of dysbiotic disturbances that might play a role in the pathogenesis of these diseases of the skin were also identified in the study.

Key words: atopic dermatitis, acne, gut microflora, disbiosis.

В современной медицинской литературе появляются четкие обоснования системного и локального влияния микробиоценозов на работу организма, подтвержденные лабораторными и клиническими исследованиями. В связи с этим расширяется спектр заболеваний, в лечении которых коррекция нормофлоры занимает одно из ведущих мест. Так, доказана тесная связь нарушений микрофлоры с риском возникновения и усугублением тяжести течения аутоиммунных и аллергических

заболеваний, в частности бронхиальной астмы, воспалительных процессов в различных органах, иммунодефицитов и т.д.

Таким образом, встает вопрос о разработке и внедрении новых подходов к диагностике, лечению и профилактике патологических состояний, связанных с нарушением в составе микрофлоры и механизмов колонизационной резистентности в целом [1].

Проблема атопического дерматита (АД) приобретает все большее значение в современной медицине. Рост заболеваемости в последнее десятилетие, хроническое, с частыми рецидивами, течение, недостаточная эффективность существующих методов лечения и профилактики сегодня ставят это заболевание в ряд наиболее актуальных проблем медицины. Этиология угревой болезни (УБ, акне) также достаточно сложная и многообразная. Ключевыми факторами развития этого заболевания являются: нарушение циркуляции гормонов, дисбаланс липидов, фолликулярный гиперкератоз, возрастание патогенности бактерий, развитие воспаления[2,3].

Наибольшее количество исследований, касающихся патогенеза, посвящено иммунологическим и гормональным механизмам этих заболеваний и меньше внимания уделяется изучению микробиологических нарушений [1,4].

Цель исследования: выявление микробиологических особенностей толстого кишечника в патогенезе при атопическом дерматите и угревой болезни у подростков и молодых людей г. Якутска.

Материал и методы исследования: обследовано 34 пациента с УБ в возрасте от 11 до 21 года и 35 пациентов с АД от 10 до 15 лет. Бактериологическое исследование кишечной микрофлоры и определение степени тяжести выявленных нарушений проводилось в соответствии с Приказом № 231 Минздрава России от «9» июня 2003 г. Отраслевой стандарт «Протокол ведения больных. Дисбактериоз кишечника». Полученные результаты регистрировались в компьютерной базе данных.

Статистический анализ проводился с помощью компьютерной программы Microsoft Excel 2010.

Результаты исследования и обсуждение

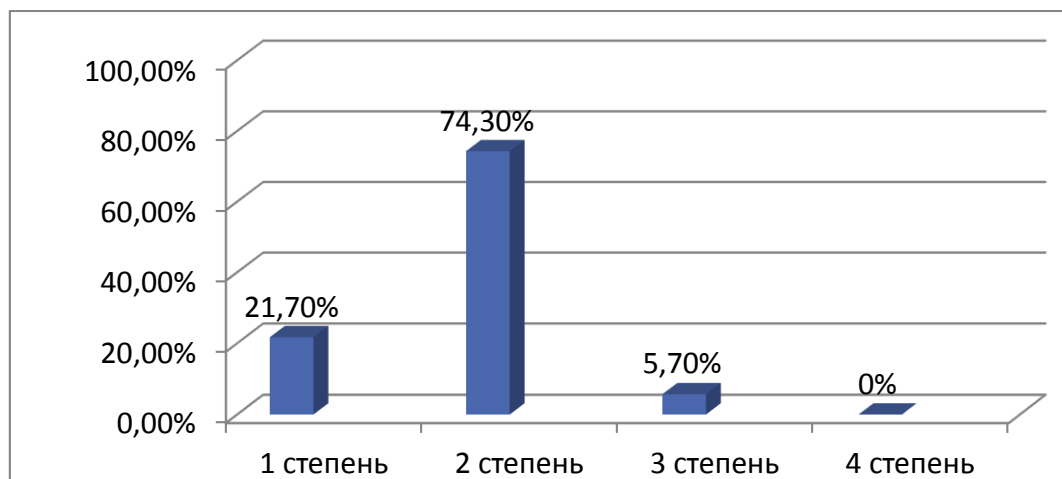


Рис. 1. Степени дисбиотических изменений кишечной микрофлоры у обследованных пациентов

По результатам наших исследований дисбактериоз кишечника выявлен у 77% больных АД и 100% больных с УБ. Большинство обследованных (74,3%) пациентов имели нарушения 2 степени тяжести, которые характеризовались в первую очередь снижением количества индигенной микрофлоры, а именно лактобактерий и полноценных эшерихий. На этом фоне отмечалась выраженная вегетация условно-патогенных энтеробактерий (протей, клебсиллы, цитробактер, энтеробактер и др.), клостридий и патогенных стафилококков.

Как видно из табл.1, у пациентов с АД чаще встречается дефицит индигенной микрофлоры, при этом на порядок ниже содержание лактобактерий, а у пациентов с УБ - полноценных эшерихий ($p \leq 0,05$). На этом фоне при АД наиболее часто высеваются гемолитические эшерихии и условно-патогенные энтеробактерии. При УБ чаще встречается вегетация лактозонегативных эшерихий, условно-патогенных энтеробактерий, а также клостридий и патогенных стафилококков. Можно предположить, что данные нарушения вносят патогенетический вклад в развитие вторичного

иммунодефицитного состояния в организме и, как следствие этого, гнойно-воспалительных осложнений атопического дерматита и угревой болезни.

Таблица 1 - Состояние кишечной микрофлоры у обследованных пациентов

Бактерии кишечной микрофлоры	Норма		Пациенты с УБ		Пациенты с АД	
	Частота высева абс.(%)	Среднее содержан ие lg КОЕ/г	Частота высева абс.(%)	Среднее содержан ие lg КОЕ/г	Частота высева абс.(%)	Среднее содержан ие lg КОЕ/г
Бифидобактерии	100	10-11	92,6	8,9±0,2	100	8,62±0,33
Лактобактерии	100	7-8	73,9	4,1±0,3	62	3,38±0,4
Полноценные эшерихии	100	7-8	86,5	5,0±0,1	77	6,27±0,24
Лактозо- негативные эшерихии	30	5,0	13	5,00±0,01	0	0
Гемолитические эшерихии	0	0	7	0,34±0,01	15	0,92±0,29
Другие условно- патогенные энтеробактерии	30	5,0	20	4,67±0,04	15	6,5±0,43
Клостридии	30	5,0	43	3,75±0,09	8	5,0
<i>S. aureus</i>	0	0	30	3,56±0,05	8	5,0
Дрожжи и дрожжеподобны е грибы	30	5,0	0,4	3,0±0,01	0	0

Выводы и практические рекомендации:

1. В патогенезе атопического дерматита и угревой болезни немаловажную роль играет развитие кишечного дисбиоза 1-2 степени, что проявляется снижением или полным исчезновением лактобактерий и полноценных эшерихий с вегетацией на этом фоне условно-патогенной и патогенной микрофлоры, что необходимо учитывать при назначении корригирующих препаратов.
2. Исследования в области микробной экологии и иммунологии при заболеваниях кожи необходимо продолжать для лучшего понимания этиологии, патогенеза и разработки комплексного подхода к терапии.

Список литературы:

1. Ахременко Я.А., Красноженов Е.П. Механизмы нарушений колонизационной резистентности в аспекте формирования преморбидных состояний у детей // Дальневосточный медицинский журнал. – 2007. - №1. - С. 53-56.
2. Гомберг М. А., Соловьев А. М., Аковбян В. А. Атопический дерматит (обзор литературы) // Русский медицинский журнал. - 1998. - № 20. - С. 1328 — 1335.
3. Забненкова О.В. «Патогенетическое обоснование местного лечения вульгарных угрей // Клиническая дерматология – венерология. – 2006. - №2. - С.43-46.
4. Фокина Р.А. Особенности течения атопического дерматита в условиях Якутии у детей и подростков в сравнительном аспекте //Дальневосточный медицинский журнал.- Приложение 4. - 2007. - С.18-19.

ФОЛАТ-ЗАВИСИМЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА

БАИШЕВА Н.С.¹, ДУГЛАС Н.И.¹, РАДЬ Я.Г.¹, СУХОМЯСОВА А.Л.², АТЛАСОВА Р.Ю.¹

¹Россия, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М.К. АММОСОВА,
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

²Россия, ЯКУТСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР КОМПЛЕКСНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ПРОБЛЕМ
СИБИРСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ РАМН

Аннотация. В работе представлен анализ частоты фолат – зависимых пороков развития плода в г.Якутске и влияние фолатной терапии на долю фолат – зависимых пороков развития плода.

Ключевые слова: ВПР, Якутск, беременность, фолат–зависимые пороки развития плода.

Abstract. The paper presents an analysis of the frequency of folate - dependent fetal malformations in Yakutsk and the effect of folate therapy on the proportion of folate - dependent fetal malformations.

Key words: congenital disease, Yakutsk, pregnancy, folate-dependent fetal malformations.

Актуальность. Высокая популяционная частота врожденных пороков развития (ВПР) у новорожденных (2-3%), спорадический характер их возникновения в подавляющем большинстве случаев (до 95%), высокая частота эмбриональных и плодовых потерь, обусловленных ВПР (80%-85%), значимый вклад пороков развития в структуру причин младенческой смертности, заболеваемости и детской инвалидности определяют их чрезвычайное медицинское и социальное значение для здравоохранения [1]. Современный уровень здравоохранения многих стран позволяет с успехом выполнять мероприятия всех стратегических направлений, однако

предпочтение должно быть отдано первичной профилактике ВПР, которая может проводиться в массовом порядке и контролироваться на популяционном уровне. Первичная профилактика предполагает обеспечение условий для благоприятного зачатия и физиологического внутриутробного развития ребенка [2]. Одним из наиболее значимых достижений мировой генетики последних десятилетий явилось планирование «безопасной» беременности относительно предупреждения некоторых распространенных пороков развития у плода, связываемых с фолатной недостаточностью матери, посредством массового лечения женщин репродуктивного возраста фолиевой кислотой (ФК) в периконцепционный период [3].

Цель исследования. Выявить частоту фолат–зависимых (ФЗ) врожденных пороков развития плода (ВПП) в г. Якутске и влияние фолатной терапии на долю ФЗ ВПП.

Материалы и методы. Исследование проводилось в два этапа. На первом этапе осуществлялся анализ медицинской документации: архивные данные индивидуальных карт беременных в 2012 году на базе ГБУ Поликлиника №1 г.Якутск, анализ обследования этих беременных в Медико-генетической консультации ГК ГБУ РС (Я) РБ №1 НЦМ, протоколы ультразвукового исследования. На втором этапе проводился анализ исходов беременностей, исследованных в первом этапе.

В ходе проведения работы нами изучено 216 индивидуальных карт беременных и родильниц, набранных путем случайного отбора за 2012 год, это составило 15,3% от всех родов за 2012 год по Поликлинике №1 г.Якутска (родов 1403).

Результаты. В исследованной группе из 216 женщин 86 женщин в возрасте от 25-29 лет, что составило 40%, 47(22%) женщин в возрастной группе 36 лет и старше, молодые женщины в возрасте 19-24 лет 42(19%), 30-35 лет – 34(16%), до 18 лет 7(3%). Средний возраст обследованных женщин 24 года. Юных первородящих 7(3,2%), возрастных первородящих 12(5,5%). Средний возраст возрастных первородящих женщин составляет 34,1 года. В исследованной группе якуток 129 (61%), русских 86(39%), прочие

национальности 43(20%). Высшее образование имеют 133(61,5%), среднее специальное образование у 72(33,3%), среднее общее образование имеют 11(5,2%). Состоят в зарегистрированном браке 108(50%), не зарегистрированном браке состоят 96(44,4%) и одинокие 12(5,6%) женщин.

Из 216 беременных 158(73,15%) встали на учет до 12 недели, из них: в 4-5 нед 19(12%), 6-7 нед 49(31%), 8-9 нед 48 (30,5%), 10 нед 17(10,75%), 11 нед 11(6,96%), 12 нед 14 (8,86%). Позже 12 недель встали на учет 58(26,85%) беременных: в 13-14 нед 11(19%), 15 нед 1(1,7%), 16 нед 4 (6,9%), 17 нед 6(10,34%), 18 нед 4(6,9%), 19 нед 4(6,9%), 20 нед 8(13,8%), 21 нед 1(1,7%), 22 нед 6(10,34%), 23 нед 1(1,7%), 24 нед 3(5,17%), 26 нед 3(5,17%), 28 нед 2(3,4%), 30 нед 1 (1,7%), 32 нед 5(8,6%), 33 нед 1(1,7%). При этом средний срок гестации при ранней явке составляет 8,1 неделя. Средний срок гестации при поздней явке составил 20 недель. В исследованной группе больше всего повторнобеременных повторнородящих женщин 97(44%), первобеременных первородящих женщин 70(33%), повторнобеременных первородящих 49(22%).

Не имели перинатальных потерь в анамнезе 141(65,3%). Имели перинатальные потери в анамнезе 75(34,7%): аборты у 54(72%), выкидыши, замершие беременности 21(28%%).

Предшествующая контрацепция комбинированными оральными контрацептивами 36 (16,6%) из них: «Линдинет-20» - 6(16,6%), «Линдинет» 5(13,9%), «Регулон» 5(13,9%), «Новинет» 4(11,1%), «Ярина» 4(11,1%), «Три-регол» 3(8,3%), «Джес» 4(11,1%), «Жанин» 2(5,5%), несколько различных препаратов 3(8,3%). Предохранялись ВМС 14(6,5%), барьерным методом 45 (20,8%), не предохранялись вообще 121(56%). Курили во время беременности 24(11,1%).

Не отягощенная наследственность анамнез у 170 (78%) беременных. Наследственный анамнез отягощен у 46(21,3%) женщин. Из них: по сахарному диабету (СД) 15(32,6%), артериальной гипертензии (АГ) 14(30,4%), онкологические заболевания 3(6,5%), по бронхиальной астме 5(10,9%), заболеваниям ССС 4(8,7%), эпилепсии 1(2,2%), ВПР (расщелина мягкого и твердого неба у родной сестры, заячья губа и матери) 2(4,3%).

Женщин с избыточной тела 44(20,4%), с недостатком массы тела 42(19,4%), с нормальной массой тела 130(60,2%). В исследованной группе соматически здоровы 56(26%) женщин, экстрагенитальные заболевания имеются у 160(74%) беременных. Из них: заболевания мочевыводящих путей 46(28,7%), заболевания кожи 3(1,8%), заболевания сердечно-сосудистой системы 74(46,25%), миопия 58 (36,3%), заболевания пищеварительной системы 36(22,5%), заболевания дыхательной системы 9(5,6%), заболевания опорно-двигательной системы 3(1,8%), нервной системы 3(1,8%).

Гинекологические заболевания имеют 178(82,4%), заболевания шейки матки 39(21,9%), воспалительные заболевания половых органов 17(9,5%), первичное и вторичное бесплодие 4(2,2%), миома матки 3(1,7%), эндометриоз 1(0,6%).

Являются носителями ИППП 147 из 216(68,1%) исследованных нами беременных. Из них наибольшее количество беременных являются носителями хламидийной инфекции 53(36%), ЦМВ у 43(29,2%), ВПГ у 23(15,6%), микоплазменная инфекция у 17(11,6%), уреоплазменная инфекция у 11(7,4%).

Первое скрининговое УЗИ в сроке 11-13.6 недель прошли 178(82,4%), второе скрининговое УЗИ в сроке 18-21 недель 30(13,9%), третье скрининговое УЗИ в сроке от 30-34 недель 118(87%). По результатам третьего УЗИ выявлено: ГЭФ в сердце плода 27 (22,8%), ВПС 2 (1,7%), ВЗРП 3(2,5%), асимметрия боковых желудочков головного мозга у плода 3(2,5%)случая, пиелэктазия у плода 17(14,4%), отек вартонова студня 3(2,5%), преждевременное созревание плаценты 11(9,3%), утолщение плаценты 18(15,2%), нарушение маточно-плацентарного кровотока (НМПК) 1А степени 20(16,9%), НМПК 1Б степени 3(2,5%), НМПК 2Б степени – 1(0,8%), маловодие 4(3,3%), многоводие 6(5,1%).

Гладкое течение всей беременности 24(11%), осложнения беременности у 192(89%). Токсикоз в первой половине беременности отмечался у 17(8,8%) беременных, угроза прерывания беременности в первой половине 64(33,3%), во второй половине 46(23,9%), ОРВИ в первой половине

37(19,3%), ОРВИ во второй половине 25(13%), анемия 72(37,5%), преэклампсии разной степени тяжести у 30(13,9%) беременных, отеки беременных 37(15,6%), острые (обострение хронических) заболевания мочевыводящих путей 6(3,1%), гестационный сахарный диабет (СД) 2(1%), впервые выявленная бронхиальная астма 2(1%).

Роды в срок 184(85,2%), преждевременные роды 20(9,3%), роды с переходом 12(5,5%). Родились дети с нормальным весом 176 (81,5%), с низким весом 27(12,5%), очень низкий вес 2(0,9%), крупный плод 2(0,9%) новорожденных.

Сведения о врожденных пороках развития плода уточнены по данным мониторинга пороков развития РС(Я) медико-генетической консультации ГБУ РС(Я) РБ №1 НЦМ. Наибольший вклад в структуру различных пороков развития вносят пороки сердечно-сосудистой систем, костно-мышечной и ВПР ЦНС. По Поликлинике №1 г.Якутска за 2010, 2011 и 2012 года структура ВПРП без особой динамики: в 2010 году 6 случаев ФЗ ВПРП: множественные врожденные пороки развития плода (МВПРП) 1(17%) ребенок, ВПС 3(50%), аномалии кистей 1(17%), анэнцефалия 1(17%). В 2011 году 5 случаев ФЗ ВПРП: аномалии кистей рук 1(20%), МВПР 1(20%), ВПС 2(40%), энцефалоцеле 1(20%). В 2012 году 6 случаев ФЗ ВПРП: расщелина позвоночника 1(17%), МВПР 2(33%), ВПС 3(50%).

Периконцепционно ФК принимали всего 4(1,85%) беременных, не принимали 212(98,15%). В исследованной группе ФК принимали во время беременности 126(58%), тогда как 90(42%) не принимали.

От количества женщин, принимавших ФК во время беременности число беременных принимавших ФК до 12 недель составляет 88(69,8%), после 12 недель 38(30,2%). Беременные, принимавшие фолиевую кислоту до 12 недели, исследованы по срокам. Средний срок гестации, начала приема ФК до 12 недель составил 8,2 недели. Принимали ФК после 12 недель 38(30,2%) беременных.

Всего живорожденных 216, из них роды в срок 184(85,18%), преждевременные роды 20(9,26%), роды с переходом 12(5,5%). Из

преждевременных родов на 33 неделе 2(10%), на 34 неделе 1(5%), на 35 неделе 2(10%), на 36 неделе 5(25%), на 37 неделе 10(50%). Из родивших преждевременно ФК принимали до 12 недель 2(10%) женщины и 5(25%) начали прием ФК после 12 недели у них роды произошли в сроке 36, 37 недель. Не принимали ФК 13(65%) женщин, у них роды произошли в сроке от 33 до 35 недель гестации. Родились с нормальным весом 199(92,1%) детей, с низким весом 13(6%), очень низкий вес 2(1%), крупный плод 2(1%) новорожденных. У родившихся с низким весом и очень низким весом это 15(7%) новорожденных, 13(86%) матерей не принимали ФК во время беременности и 2(14%) принимали после 12 недель. Причем у 4 женщин, не принимавших ФК родились дети с низким весом, хотя родились в срок.

Выявлено всего ВПРП 13(6%) из них: ВПС 5(38,5%), расщелина позвоночника 1(7,7%), неполная расщелина неба 1(7,7%), крипторхизм 1(7,7%), не зарощенное/сохранившееся второе отверстие (тип 11) 2(15,3%), гемангиома в области правого бедра 1(7,7%), гемангиома левой височной области 1(7,7%), не опущение яичка одностороннее 1(7,7%). На долю ФЗ ВПРП приходится 7(53,8%) случаев: ВПС 5(71,4%), расщелина позвоночника 1(14,2%), неполная расщелина неба 1(14,2%). ФЗ ВПР выявлены у 3(42,8%) женщин, принимавших ФК в сроке: до 12 недель 1(14,3%) ВПС, при этом прием ФК начат с 10-й недели; ВПС у 2(28,8%) с началом приема ФК в 30 недель. У женщин, вообще не принимавших ФК до и во время беременности ВПРП 4(57%), из них расщелина позвоночника – 1(25%), ВПС 2(50%), неполная расщелина неба 1(25%).

Заключение. Доля фолат–зависимых ВПРП среди всех зарегистрированных ВПРП составила более половины. В исследованной группе в структуре фолат–зависимых ВПРП преобладают врожденные пороки сердечно-сосудистой системы, челюстно-лицевые аномалии, и дефекты нервной трубки. Выявлена прямая взаимосвязь преждевременных родов и рождение детей с низким и очень низким весом с приемом фолиевой кислоты.

Список литературы:

1. Громова О.А., Торшин И.Ю. Применение фолиевой кислоты в акушерско-гинекологической практике: методическое пособие. – М., 2010. – 53с.
2. Курцер М.А., Гродницкая Е.Э. Фолиевая кислота в реализации репродуктивной функции: методические рекомендации. – М., 2011. – 23с
3. Радзинский В.Е. Фолаты в XXI веке вне беременности. Только доказанные факты / под ред. В. Е. Радзинского. – М.: Редакция журнала Status Presents. 2014.- 16с.

БИОХИМИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ И ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА

БАИШЕВАН.С.¹, ДУГЛАС Н.И.¹, РАДЬ Я.Г.¹, СУХОМЯСОВА А.Л.², АТЛАСОВА Р.Ю.¹

¹Россия, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М.К. АММОСОВА,
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

²Россия, ЯКУТСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР КОМПЛЕКСНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ПРОБЛЕМ
СИБИРСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ РАМН

Аннотация. В работе представлен анализ клинико-диагностических критериев и алгоритмы пренатального биохимического скрининга, для эффективного выявления женщин высоких групп риска по рождению детей с ВПР и/или хромосомными болезнями, а также по осложненному течению беременности в городе Якутске.

Ключевые слова: ВПР, биохимический скрининг, Якутск, беременность.

Abstract. This paper presents the analysis of clinic and diagnostic criteria and algorithms of prenatal biochemical screening used to determine woman in the risk group of giving birth to children with congenital malformations and chromosomal diseases as well as problem during pregnancy period in Yakutsk.

Keywords: congenital disease, biochemical screening, Yakutsk, pregnancy.

Актуальность. Согласно официальной статистике в Российской Федерации, частота врожденных и наследственных заболеваний (ВНЗ) среди всех новорожденных составляет 4-5%, а их доля в структуре младенческой смертности достигает 35-40 %. В РФ ежегодно на каждую тысячу рождается от 40 до 50 детей с ВНЗ [1]. В связи с этим особое значение приобретает профилактика врожденных и наследственных заболеваний плода, которая является главной задачей службы пренатальной диагностики (ПД).

В настоящее время эффективным методом формирования групп высокого риска для ПД хромосомных болезней является комплексный ультразвуковой (УЗ) и биохимический скрининг (БС). В ряде стран проводится БС во втором триместре беременности по уровню маркеров в крови матери, включающих альфа-фетопротеин (АФП), тотальный (общий) хориальный гонадотропин (ХГЧ) или свободную β -субъединицу ХГЧ с учетом или без учета содержания неконъюгированного эстриола (НЭ). Ряд клинических исследований свидетельствует о диагностической значимости РАРР-А в качестве скринингового маркера риска хромосомных аномалий плода на ранних сроках беременности (в первом триместре), что является принципиально важным в диагностике хромосомных аномалий. В зарубежной литературе достаточно полно освещены вопросы эффективности БС во втором триместре (как с медицинской, так и с экономической точки зрения) [2]. Использование результатов БС беременных, находящихся в иных географических и социальных условиях, приводит к увеличению группы риска или к снижению чувствительности метода[3].

Цель исследования: изучить клинико-диагностические критерии и алгоритмы пренатального БС, для эффективного выявления женщин высоких групп риска по рождению детей с врожденными пороками развития (ВПР) и/или хромосомными болезнями, а также по осложненному течению беременности.

Материалы и методы. Исследование проводилось в два этапа. На 1 этапе осуществлялся анализ данных медицинской документации: архивные индивидуальные карты беременных отобранные путем случайного отбора на базе поликлиники №1 г.Якутска, протоколы УЗИ исследований, анализ результатов биохимического скрининга первого триместра: количество свободной β -субъединицы хорионического гормона человека (β -ХГЧ) и количество ассоциированного с беременностью протеина плазмы А (РАРР) этих беременных на базе Медико-генетической консультации ГК ГБУ РС (Я) «РБ №1 НЦМ» для выявления групп риска по ВНЗ. На 2 этапе проводился анализ историй родов родового отделения Якутской городской клинической больницы города Якутска, пациенток отобранных на 1 этапе.

Для расчета риска рождения ребенка с ВНЗ учитывались возраст матери, данные анамнеза, УЗИ и концентрации обоих сывороточных белков в 1 триместре. К группе беременных высокого риска рождения детей с ВНЗ относили пациенток при риске более чем 1 на 250.

Результаты. Из изученных нами 41 карты беременных охваченных БС преобладают беременные в возрасте от 20-35 лет и это составляет 73,5%, на втором месте беременные в возрасте 36 лет и выше, что составило 26,5%. Средний возраст 26-27 лет. По национальности больше якуток, что составляет 32%, русских 22%. Беременные с нормальной массой тела, что составляет 80,6%, беременных с ожирением и с недостатком массы тела равно 9,7%.

Повторнобеременных повторнородящих женщин оказалось больше, что составило 48,7%, на втором месте первобеременные первородящие женщины и равно 31,7%, на третьем месте повторнобеременные первородящие женщины, что составило 19,6%

Из 41 беременных с проведенным БС преобладают беременные имевшие аборт, что составило 24,3%, на втором месте беременные имевшие в анамнезе и выкидыши, и замершие беременности, и аборт их 17,3%, а на третьем месте беременные имевшие только выкидыши и замершие беременности, их 12,1%.

Преобладают беременные имеющие отягощенный анамнез по артериальной гипертензии (АГ), что составило 75%, на втором месте наследственная отягощенность по онкологическим заболеваниям, что составило 25%. Преобладают беременные имеющие зуб различной степени тяжести и составляют 24,4%, на втором месте беременные имеющих заболевания мочевыводящих путей (МВП) и желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) их процент равен 14,6%.

С заболеваниями женских половых органов на первом месте беременные с эктопией шейки матки, что составило 64,3%, на втором месте беременные имеющие хронические воспалительные заболевания 21,3% и на третьем месте беременные, у которых имелся до беременности диагноз первичное

или вторичное бесплодие и эндометриоз, что составило 7,2% соответственно. Преобладают беременные имеющие носительство хламидийной инфекции, что составляет 33,4%, на втором месте носители уреоплазменной и ЦМВ-инфекции, что равно 22,1% и на третьем месте носители ВПГ и микоплазменной инфекции и равно 11,1%.

Из осложнений беременности на первом месте осложнения в виде угрозы прерывания беременности (УПБ) в первой половине, респираторные инфекции в первой половине, что составило 24,4%, на втором месте анемия и равна 17% и на третьем месте преэклампсии разной степени тяжести и токсикоз первой половины беременности, что соответствует 2,5%.

Из 28 беременных с ранней явкой (до 12 нед) 27 беременных прошли первый скрининговое УЗИ, что составило 96,4%. Из них угроза прерывания беременности была выявлена у 9 беременных, что соответствует 33,3%

Второе скрининговое УЗИ прошли 19 беременных, что составило 46,3%. Среди выявленных изменений по УЗИ на первом месте УПБ у 8 беременных, что составило 2,1%, на втором месте нарушения маточно-плацентарного кровотока (НМПК) различной степени у 2 беременных, что составило 10,5%, и на третьем месте хроническая гипоксия плода, выявленная у 1 беременной и составившая 5,3%.

Из исследованной группы 20 беременных прошли скрининговое УЗИ в сроке 30-34 нед, что составило 48,8%. Из выявленных изменений УПБ, НМПК, преждевременное созревание плаценты, пиелюктазия у плода выявлены у 2 беременных, что составило 10%, ВЗРП у 1 беременной и составило 5%.

Из проведенных БС изменение значения биохимических маркеров было у 17(41,4%): повышение PAPP-A у 1(3%), увеличения значения только b-ХГЧ у 5(29,4%), увеличение PAPP-A и b-ХГЧ у 1(5,9%). Понижение только PAPP-A 3(17,6%), понижение только b-ХГЧ 6(35,3%), понижение PAPP-A и b-ХГЧ- 1(5,9%). На снижение или повышение значений маркеров могут влиять многие факторы, такие как курение во время беременности, токсикоз, угроза прерывания беременности, обострение хронических заболеваний,

ожирение, СД, беременность, вызванная ЭКО. Несмотря на изменение значений биохимических маркеров у детей данных беременных не было выявлено хромосомной патологии. При нормальном значении PAPP-A и b-ХГЧ родилось 2 ребенка с патологией сердца: 1 ребенок с аневризмой межпредсердной перегородки и дополнительной трабекулой левого желудочка, 33,3% всех ВПР, 1 ребенок с ДМЖП 33,3%, и 1 ребенок с крипторхизмом слева 33,3%,.

Из изученных нами 41 беременных с проведенным БС по исходам родов преобладают роды сроке 37-41, что составило 85,5%, на втором месте преждевременные роды в сроке от 28-36 нед, что составило 9,7% и на третьем месте роды с перенашиванием (42 нед и более), что составило 4,8%.

Результаты исследований 6 беременных с понижением значения бета-ХГЧ и нормальным значением PAPP-A. Все женщины в категории возраста от 20-35 лет. Средний возраст женщин с понижением уровня бета-ХГЧ 29 лет. Все беременные рано встали на диспансерный учет. Средний срок постановки на диспансерный учет-8 нед. Среди изученных нами 6 беременных в равном соотношении первобеременные, первородящие и повторнобеременные, повторнородящие. Одна беременная из 6 беременных имела в анамнезе аборт, что составило 20%. Из изученных нами у 4 имеется носительство ИППП, что составляет 80%. Преобладает носительство хламидийной инфекции у 2, что составило 50%, на втором месте микоплазменная и ЦМВ-инфекция, по 25% соответственно. Экстрагенитальные заболевания у 2(40%). Из них у одной хронический вирусный гепатит В-20%, у одной бронхиальная астма это 20%. Из исследованной группы угроза прерывания беременности до 20 нед, отмечено у 2 беременных, что составило 40%, ОРВИ до 20 нед беременности у 1 беременной, что составляет 20%. У 3 беременных гладко протекала беременность, что составило 40%. И у 3 беременных гладко протекала вся беременность, что составило 40%. Из исследованной группы 2 преждевременных родов на сроке 28-36 нед, что составило 20% от родов у беременных с понижением b-ХГЧ и 50% от родов у беременных прошедших БС. Из исследованной нами группы у одного ребенка ВПС

ДМЖП, что составляет 20% от пороков развития у беременных с пониженным значением бета-ХГЧ и 33,3% от всех пороков у беременных с проведенным БС.

Результаты исследований 5 беременных с повышением значения б-ХГЧ и нормальным значением РАРР-А. Все женщины в категории возраста от 20-35 лет. Средний возраст женщин с понижением уровня б-ХГЧ 31 год. Все беременные рано встали на диспансерный учет. Средний срок постановки на диспансерный учет 10 недель. Среди изученных нами беременных преобладают повторнوبرеменные и повторнородящие беременные их 3, что составило 60%. Две беременные из 5 имели в анамнезе аборт, что составило 20%, две беременные имели в анамнезе выкидыши, что составило 20%. У 2 имеется носительство ИППП, что составляет 40%. Носительство ЦМВ-инфекции и нескольких ИППП равны по 20% соответственно. Из исследованной нами группы хроническую экстрагенитальную патологию имеют все беременные. На первом месте зоб различной степени у 60%, далее хронические заболевания МВП 20% и ЖКТ 20%. Анемия в первой половине беременности у 20% беременных. Преэклампсия у одной беременной, что равно 20%. У 4 беременных гладко протекала вторая половина беременности, что составило 60%. И у одной беременных гладко протекала вся беременность, что составило 20%. Из исследованной группы 2 преждевременных родов на сроке 36-37 нед, что составило 20% от родов у беременных с повышенным значением б-ХГЧ и 50% от родов у беременных прошедших БС. С массой тела 3000 и выше 3(60%), с массой тела 2500-2999 один ребенок равен 20%, с массой тела 1500-2499 один ребенок равен 20%. Из исследованной группы у 20% имеется ВПР: ВПС с аневризмой межпредсердной перегородки дополнительная трабекула левого желудочка.

Заключение. Комбинированный БС первого триместра введен в городе Якутске с 2012 года, охват в 2012 году составил 42% всех беременных, что не является плохим показателем. Выявление отклонений уровней биохимических маркеров в крови матери не является безусловным подтверждением ВЗН, но, в комплексе с оценкой других факторов риска

является основанием для применения более сложных специальных методов диагностики аномалий развития плода.

Список литературы:

1. Внедрение алгоритма комбинированного скрининга хромосомной патологии плода в 1 триместре беременности. Опыт работы за 4 года / Некрасова Е.С. и др. //Ж. акуш. и женских бол. 2007 . — Т.LVI, вып. 1. -С.28-34.
2. Benn P.A. Practical strategies in contingent sequential screening for Down syndrome / Benn P, Wright D, Cuckle H. // Prenat Diagn. 2005. - Vol.25, №.8.- P. 645-652.
3. Rosen T. Combining first and second trimester Down syndrome screening results: a simple, effective approximation / Rosen T., Cuckle H. // IDSSG. 8th Int. Congress; Vancouver, Canada. Abstracts book. 2008. - P. 22 – 23.

СЕЗОННАЯ ДИНАМИКА ГОРМОНОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ ЯКУТИИ

БАЛТАХИНОВА М.Е.¹, КЛИМОВА Т.М.¹, ФЕДОРОВА В.И.¹, ЛЕОНАРД В.Р.², СНОДГРАСС Д.Д.³, ТАРСКАЯ Л.А.⁴

¹Россия, Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова, Научно-исследовательский институт здоровья

²США, Северо-Западный университет

³США, Орегонский университет

⁴США, Канзасский университет

Аннотация. По результатам эпидемиологического исследования среди коренного населения Якутии изучены содержание гормонов щитовидной железы и их сезонная динамика (n=391). Установлено наличие признаков «полярного Т3 синдрома», который рассматривается как компонент адаптивных изменений к условиям холодного климата.

Ключевые слова: адаптация, коренное население, гормоны щитовидной железы

Abstract. According to the results of an epidemiological study of the indigenous population of Yakutia studied thyroid hormone and their seasonal dynamics (n = 391). The presence of signs of a "polar T3 syndrome", which is considered as a component of adaptive changes to the conditions of the cold climate.

Keywords: adaptation, indigenous people, thyroid hormones

Республика Саха (Якутия) относится к территории с особыми климатическими условиями, дискомфортными для проживания населения.

Основными неблагоприятными факторами внешней среды являются холодное воздействие, перепады температур, нарушение фотопериодизма, геомагнитные и гравитационные возмущения, дефицит необходимых микроэлементов. Изменения функции щитовидной железы играет важную роль в адаптации человека к экологическим факторам среды. Производство и расход гормонов щитовидной железы, в частности трийодтиронина (Т3) и тироксина (Т4) является основным элементом такой адаптации (Ито, 1980; Леонард и др., 1999; Шепард и Гуд, 1988; Ткачев и др., 1991).

Цель исследования: изучение сезонных колебаний гормонов щитовидной железы у коренного населения Республики Саха (Якутия) в летний и зимний периоды года.

Материал и методы. Исследование проводилось среди коренного сельского населения с. Бердигестях Горного района Республики Саха (Якутия) в возрасте 20 и старше лет. С откликом 86,9% обследовано 391 человек, представителей коренных этносов Якутии (якуты, эвены, эвенки). Из них: мужчин— 188, женщин— 203. Сезонная динамика гормонов щитовидной железы была изучена у 109 практически здоровых участников (мужчин-59, женщин-50).

Протокол исследования был одобрен локальным комитетом по этике при Якутском научном центре комплексных медицинских проблем Севера СО РАМН (выписка из протокола №23 от 25.05.2010 г). Исследование проводилось при условии добровольного информированного согласия участников специально обученным персоналом.

Забор венозной крови в утренние часы натощак спустя 10-12 часов после приема пищи. После центрифугирования плазму крови хранили при низкой температуре (-85°C) до проведения исследования. Лабораторные исследования были проведены в условиях лаборатории НИИ здоровья СВФУ (лаборатория участвует в ФСВОК) методом иммуноферментного анализа. Определение концентрации ТТГ проводилось на тест-системах производства DRG (США), каталожный номер EIA1790; Т3 свободный — DRG

(США), каталожный номер EIA 2385; T4 свободный —DRG (США), каталожный номер EIA 2386, по инструкции производителя.

Результаты. Средний возраст обследованных составил у мужчин $54,8 \pm 12,8$, у женщин— $49,6 \pm 13,8$ лет. Медиана и интерквартильные размахи содержания ТТГ, свободных T4 и T3, антител к тиреоидной пероксидазе в обеих гендерных группах не превышали диапазоны референсных значений для данных показателей (табл.1). Установлено, что содержание ТТГ ($p=0,018$) и антител к тиреоидной пероксидазе ($p=0,021$) было статистически значимо выше у женщин, а свободных T3, T4 у мужчин ($p<0,001$). Выявлена статистически значимая отрицательная возрастная динамика содержания свободного T4 у женщин. У женщин молодого возраста показатели свободного T4 были существенно выше, чем в старших возрастных группах. Повышенное содержание ТТГ ($>3,4$ мкМЕ/мл) наблюдалось у 26 (15%) женщин и 5 мужчин (3,2%) ($p<0,001$), высокие титры антител к тиреоидной пероксидазе (>30 МЕ /мл) у 34 (19,9%) и 10 (6,4%) соответственно ($p=0,002$). Полученные данные, вероятно, свидетельствуют о напряжении системы гормональной регуляции.

Таблица 1 - Показатели тиреоидного статуса и содержание антител к тиреоидной пероксидазе

Группа	Возраст, лет	N	Me	Q25	Q75	p
Тиреотропный гормон мкМЕ/мл N (0,23-3,4)						
Женщины	20-39	58	1,32	0,76	2	0,122
	40-59	69	1,53	0,86	2,8	
	60 и старше	46	1,58	0,98	2,5	
	20 и старше	173	1,49	0,85	2,57	
Мужчины	20-39	42	1,34	1,02	1,69	0,234
	40-59	68	1,2	0,75	1,71	
	60 и старше	46	1,45	0,76	1,99	
	20 и старше	156	1,25	0,82	1,79	
Свободный T3 пмоль/л N (2,5-5,8)						
Женщины	20-39	57	4,05	3,48	4,68	0,062
	40-59	66	3,14	1,8	4,76	
	60 и старше	38	3,45	1,65	5,1	
	20 и старше	161	3,73	2	4,71	

Таблица 1 - Показатели тиреоидного статуса и содержание антител к тиреоидной пероксидазе(продолжение)

Мужчины	20-39	42	4,33	3,94	5,11	0,699
	40-59	68	4,51	3,97	5,19	
	60 и старше	46	4,38	3,49	4,98	
	20 и старше	156	4,43	3,82	5,13	
Свободный Т4 пмоль/л N (10,0-23,2)						
Женщины	20-39	58	12,72	11,16	16,43	P ₁₋₂ =0,082
	40-59	69	2,3	1	15,21	P ₁₋₃ =0,002
	60 и старше	46	1,1	0,93	12,92	P ₂₋₃ =0,377
	20 и старше	173	11,6	0,98	15,04	
Мужчины	20-39	42	16,08	13,24	18,69	0,627
	40-59	68	15,85	12,95	17,73	
	60 и старше	46	16,4	12,5	18,42	
	20 и старше	156	16,08	12,77	17,89	
Антитела к тиреоидной пероксидазе МЕ /мл N(0,0-30,0)						
Женщины	20-39	56	7,45	6,41	12,62	0,516
	40-59	69	7,5	6,5	16,02	
	60 и старше	46	8,04	6,7	55	
	20 и старше	171	7,5	6,5	24	
Мужчины	20-39	42	7,84	5,92	9,86	0,337
	40-59	68	8,04	6,53	10,03	
	60 и старше	46	7,26	5	8,89	
	20 и старше	156	7,63	6	9,59	

Примечание: p— достигнутый уровень статистической значимости различий при сравнении групп по возрасту.

При оценке сезонной динамики установлено (табл.2), что уровни тиреотропного гормона были статистически значимо выше в зимний период, а трийодтиронина и тироксина—в летний (p<0,05). Вероятно, одной из причин данных изменений является увеличение потребления тканями тиреоидных гормонов в ответ на холодовой стресс.

Таблица 2 - Сезонная динамика гормонов щитовидной железы

Показатель	Сезоны года						p
	Зима (n=109)			Лето (n=109)			
	Me	Q25	Q75	Me	Q25	Q75	
ТТГ, мкМЕ/мл	1,4	0,9	2,0	1,2	0,7	1,8	0,01
Тироксин, пмоль/л	13,4	11,8	15,5	15,8	13,1	18,0	0,0000
Трийодтиронин, пмоль/л	3,6	2,9	4,3	4,5	4,0	5,2	0,0000

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о напряжении системы гормональной регуляции, в зимний период у коренного населения Якутии наблюдаются признаки «полярного Т3 синдрома».

ПРИЧИНЫ И ДИНАМИКА ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ПАЦИЕНТОВ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

БЕКЕНЕВА Л.В.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М.К.
АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. В статье описывается динамика: частота и длительность госпитализации, причины повторных госпитализаций у пациентов в зависимости от клинической картины дефектов параноидной шизофрении. Выявлено, что частота госпитализаций зависит не только от качества ремиссий, но и от длительности заболевания. Длительность госпитализации определяется клинической симптоматикой и выраженностью дефекта. Кроме обострения клинической симптоматики, причиной госпитализации в психиатрический стационар в 23% являются правонарушения и уголовные преступления. Определены основные провоцирующие факторы регоспитализаций, такие как отказ от поддерживающей терапии, употребление алкоголя.

Ключевые слова: шизофрения, дефекты, регоспитализация, провоцирующие факторы.

Abstract. As the main research method used dynamic clinical and statistical. The article describes the dynamics: the frequency and duration of hospitalization, causes rehospitalization in patients depending on the clinical picture defects paranoid schizophrenia. Length of stay is determined by the clinical symptoms and the severity of the defect. Also exacerbation of clinical symptoms, cause of hospitalization in a psychiatric hospital are 23% and criminal offenses. The main precipitating factors of rehospitalization, such as a waiver of maintenance therapy, alcohol.

Keywords: Schizophrenia, defects rehospitalization, precipitating factors.

Параноидная шизофрения составляет около 60 % среди всех форм шизофрении [3] и является наиболее частой причиной инвалидизации психически больных, влияет как на семейное благополучие, так и на медицинскую и социальную сферу обслуживания и на все общество в

целом [2]. Интерес к больным параноидной шизофренией вызван тем, что наибольший риск регоспитализаций возникает именно у больных с параноидной формой шизофренией, при которой случаи с частой регоспитализацией составляют 30,8 % [1]. В связи с чем экономические затраты на лечение больных шизофренией с длительным течением составляют не менее 80 % бюджета психиатрических клиник [5].

Цель. Изучит динамику госпитализаций и причины регоспитализаций пациентов с дефектами параноидной шизофренией.

Материал и методы. Всего было обследовано 112 пациентов с длительным течением (более 20 лет) параноидной шизофренией. В результате случайной выборки при проведении исследования пациентов с длительным течением параноидной шизофренией было выделено 5 основных групп, объединенных ведущими клиническими симптомами: апатоабулический 36,6%; с остаточной галлюцинаторно-параноидной симптоматикой 33%; парафренным синдромом 12,5%; психопатоподобной симптоматикой 10,7%; с явлениями вторичной кататонии 7,1%. В качестве основного метода исследования использовался клинико-динамический и статистический. Производилась оценка основных симптомов и синдромов на исходном этапе заболевания параноидной шизофренией.

Результаты. Среди общего количества наблюдений частота госпитализаций наблюдалась чаще всего (26,79 %) в пределах 11–15 раз. От 6 до 10 госпитализаций в встречалось у 22,32 % пациентов. Частота госпитализаций от 21 до 30 раз была отмечена в меньшем числе наблюдений (16,96 %). У 13,39 % больных частота стационарного лечения варьировала от 16 до 20. В 13 (11,61 %) случаях число госпитализаций составляло менее 5. Для 8,93 % пациентов частота госпитализаций составила более 30 за весь период заболевания.

С частотой до 5 раз госпитализировались больные с параноидной симптоматикой (6 – 5,36 %) и апатоабулическим состоянием (4 – 3,57 %). От 6 до 10 госпитализаций наблюдалось чаще у пациентов с психопатоподобным дефектом (8 – 7,14 %) и апатоабулическим состоянием (7 – 6,25 %). От 11 до 15 госпитализаций чаще наблюдалось в контингенте

больных с апатобулическим состоянием (11 – 9,83 %) и с параноидной симптоматикой (9 – 8,04 %). Среди пациентов с количеством госпитализаций от 16 до 30 также чаще всего встречались больные с апатобулическим состоянием (18 из 34 – 52,94 %). Случаях с частотой стационарного лечения более 30 раз в зависимости от клинической симптоматики встречались минимально (в 1—2 случаях).

Обнаружено, что прямая достоверная взаимосвязь прослеживается между частотой госпитализации до 5 раз и длительностью последней госпитализации от 11 до 30 и более лет ($t(n-2) = 2,0476$). В остальных случаях существовала следующего рода закономерность: чем больше длительность заболевания, тем чаще пациенты поступали в стационар.

Установлено, что длительность последней (настоящей) госпитализации имела большой разброс показателей – от 3—4 месяцев до 39 лет. Причем до 1 года в стационаре находились пациенты с различной частотой госпитализации, преобладание (43 из 112 – 38,39 %) данных пациентов связано с непродолжительным сроком нахождения вне условий стационара и быстрой регоспитализацией. Более 1 года на стационарном лечении находилось 69 (61,61 %) пациентов. От 1 года до 2 лет без выписки в стационаре пребывали 20 пациентов (17,86 %). От 3 до 5 лет провели в стационаре 21 (18,75 %) больной. 11 (9,82 %) пациентов находилось в психиатрической больнице без выписки от 6 до 10 лет. В 9 (8,04 %) случаях пациенты провели в стационаре от 11 до 20 лет. Более 20 лет (т. е. практически треть своей жизни) без выписки из больницы находились 9 (8,04 %) пациентов. Как и следовало ожидать, была выявлена достоверная прямая корреляция вторичной кататонии с длительностью последней госпитализации более 30 лет ($t(n-2)=5,1924$).

Немаловажное значение для обострения и течения заболевания имеют провоцирующие факторы. По результатам исследования выяснилось, что провоцирующие заболевание факторы среди пациентов с длительным течением параноидной шизофрении (112 – 100 %) встречались в 43,75 % случаях.

На первом месте стоит отказ от поддерживающей терапии, способствующий более частой госпитализации в стационар (38 – 33,93 %). На втором месте находилось злоупотребление алкоголем с вредными для здоровья последствиями (18 – 16,07 %). Лишь в единичных случаях встречались эмоциональная нагрузка и обострение соматического заболевания. Для отказа от поддерживающей терапии было наиболее характерно преобладание пациентов с параноидной симптоматикой (13 – 11,61 %), с небольшим отрывом встречались пациенты с апатоабулическим состоянием (12 – 10,71 %). Больные шизофренией с криминальным и агрессивным поведением, имеют большой риск злоупотребления психоактивными веществами, в том числе и алкоголем. У 23,21 % больных параноидной шизофренией, находящихся в психиатрическом стационаре, зарегистрировано, как минимум, совершение одного уголовного преступления.

Алкоголизация в контингенте пациентов с длительным течением параноидной шизофренией в равных пропорциях встречалась как у пациентов с параноидной симптоматикой, так и с психопатоподобным дефектом (по 6 – 5,36 %).

Длительность последней госпитализации определяется не только клинической симптоматикой, но и устойчивостью социальных связей. В случае легкой и умеренной степени тяжести дефекта длительность госпитализации обусловлена устойчивостью социальных связей, что непосредственно связано с наличием правонарушений, проявлениями агрессивного поведения в адрес родственников в анамнезе. Для выраженного дефектного состояния длительность госпитализации связана с полной дезадаптацией и необходимостью особого ухода и контроля за состоянием больных. Кроме того, продолжительная длительность последней госпитализации среди 62 % обследованных пациентов говорит о чрезвычайно низком реабилитационном потенциале в данном контингенте больных.

Обсуждение и выводы

1. Частые регоспитализации связаны не только с обострением заболевания, но и с длительностью заболевания, длительностью госпитализации и с сохранностью социальных связей, характером взаимоотношений с семьей. Так, частота госпитализаций до 10 раз напрямую зависит от сохранности и качества социальных связей.
2. Госпитализация в психиатрический стационар связанная с опасностью для себя и окружающих встречалась в 23%. Необходимым условием для совершения опасных действий, преступлений против личности является актуальная параноидная симптоматика.
3. Основной причиной регоспитализации пациентов параноидной шизофрении является отказ от лечения - 34% и злоупотребление алкоголем 16%. В результате полученных данных можно сделать вывод, о том, что необходимым условием для более успешной адаптации пациентов с шизофрений в окружающей среде является поддерживающая терапия психотропными средствами. Трезвый образ жизни, несомненно, способствует формированию более длительных ремиссий.

Список литературы:

1. Долгов, С. А. Частые госпитализации больных шизофренией в психиатрическую больницу (контингент, клиника, эпидемиология) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / С. А. Долгов. – М., 1994. – 14 с.
2. Мосолов, С. Н. Некоторые актуальные теоретические проблемы диагностики, классификации, нейробиологии и терапии шизофрении: сравнение зарубежного и отечественного подходов / С. Н. Мосолов // Неврология и психиатрия. – 2010. – № 6. – С. 4–11.
3. Обухов, С. Г. Психиатрия / С. Г. Обухов. – М.: Медицина, 2007. – 33 с.
4. Панченко, Е. А. Особенности суицидального поведения у больных расстройствами шизофренического спектра / Е. А. Панченко // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 3. – С. 24–26.
5. Deisenhammer, E. A. Suicide of patients in psychiatric hospitals a psychiatrica scandinavica / E. A. Deisenhammer, C. DeCol, M. Honeder, H. Hinterhuber, W. W. Fleischhacker. – 2000. – Vol. 102. – P. 290–294.

ГАСТРИТЫ У ДЕТЕЙ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

БЕРЕЗКИНА О.Н.¹, ИВАНОВА О.Н.², МЕЛЬЧАНОВА Г.М.¹

¹Россия, РЕСПУБЛИКАНСКАЯ БОЛЬНИЦА №1 – НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНЫ,
г. ЯКУТСК

²Россия, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. Статья посвящена актуальной проблеме – патологии желудочно-кишечного тракта у детей школьного возраста. Обследована группа детей с гастритами, проживающими в сельской и городской местности, описаны особенности течения, спектр сопутствующей патологии, характер питания. Из 103 обследованных детей 74 ребенка имели хронические гастриты, ассоциированные *Нр. pylori*. У 10 человек отмечены эрозивные формы гастрита (у 8 городских детей и 2 сельских жителей $p < 0,05$), у 93 больных выявлена неэрозивная форма (у 23 городских детей, у 70 сельских жителей $p < 0,05$). Выявлено, что дети, проживающие в сельских условиях чаще употребляют мясо, чем городские жители и молочные продукты, городские дети чаще, чем сельские школьники употребляют сладости, продукты быстрого приготовления и газированные напитки. Из сопутствующей патологии ЖКТ у сельских жителей отмечались заболевания кишечника: дуодениты, дискинезии толстого кишечника, у городских жителей: ГЭРБ и реактивные панкреатиты.

Ключевые слова: гастриты, дети, педиатрия, заболевания желудочно-кишечного тракта, дуодениты, сопутствующая патология, питание, заболевание, дискинезии, лямблиоз.

Abstract. The article is devoted to an actual problem of paediatrics – pathology of gastrointestinal tract. Authors carry out the analysis of reports of gastroenterologic departments Pediatric Centre of Republik Sakha (Yakutia) in 2012. The group of children with gastritis and gastrodysenteritis were analyzed. In the group of children with gastritis concomitant pathology, disease current features and treatment efficacy

was studied. There are the high level of diseases of the digestive tract in the Republic of Sakha (Yakutia) at this time. Over the last 10 years has increased the incidence of diseases of gastrointestinal tract and peptic ulcer at children of the Republic Sakha (Yakutia). The study made it possible to establish in children living in rural and urban areas, the presence of significant differences in lifestyle and diet. Conducted a survey of 103 of the surveyed children, the questionnaire included questions about the daily child nutrition, food preferences and eating habits of children at the stake.

Key words: gastritis, children, pediatrics, diseases of gastrointestinal tract, dyodenits, contominant pathology, treatment, disease, dyskinesia, lymblios.

Введение. Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки являются наиболее распространенными среди всех болезней органов пищеварения у детей и составляют 58-65% в структуре детской гастроэнтерологической патологии, т.е. 100-150 на 1000 детей; частота ХГД увеличивается с возрастом.

Распространенность болезней органов пищеварения, по данным официальной статистики в Республике Саха (Якутия), в 2006-2012 по обращаемости составила 90-150 на 1000 детского населения. Болезни органов пищеварения занимают второе место после болезней органов дыхания[1,2,3].

Высокая распространенность данной патологии среди детского населения с учетом региональных особенностей (однообразное питание) диктует необходимость усовершенствование методов ранней диагностики с учетом особенностей его клинического течения.

Цель исследования. Изучить особенности течения и влияния питания у детей, проживающих в городских и сельских условиях республики Саха (Якутия).

Материалы и методы. Нами проведен обследование и анализ 103 ребенка, проживающих в улусах (Жиганский, Оленекский, Абыйский, Аллаиховский) Республики Саха (Якутия) на базе гастроэнтерологического отделения педиатрического центра национального центра медицины. Все больные были осмотрены педиатром и узкими специалистами: гастроэнтерологом, кардиологом, эндокринологом, оториноларингологом, хирургом,

ортопедом, аллергологом-иммунологом. Всем больным проведены общеклинические исследования (общий анализ крови и мочи), Биохимическое исследование крови (печеночные пробы, ревмопробы и т.д.), функциональные методы исследования при наличии патологии. Всем детям была проведена фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) и исследование на *H.pylori*. ФГДС проводилась по общепринятой методике с биопсией антрального отдела и тела желудка (по 1-2 биоптата из каждого отдела). Для диагностики *H.pylori* применены уреазный тест «ХЕЛПИЛ»-тест ООО «АМА» (Россия, СПб) и аммиачный дыхательный уреазный тест «ХЕЛИК»-тест с помощью индикаторных трубок «АМА»(Россия, СПб). Статистические расчеты выполнены на базе прикладных программ «SAS» и «SPSS» Сравнения средних величин проводили однофакторным дисперсионным анализом с помощью Т-критерия Стьюдента для оценки равенства средних F-критерия Фишера для оценки равенства дисперсии.

Результаты исследований. Из группы обследованных детей с гастритами и гастродуоденитами (103 ребенка) преобладали дети возраста 11 лет. Для выявления особенностей гастродуоденальной патологии, ассоциированной с *H.pylori*, проведен анализ анамнестических данных, сопутствующих заболеваний, оценены условия проживания, питания детей.

Заболеваемость хроническими гастритами превалировала в возрастной группе от 7 до 10 лет и от 10 до 13 лет. В возрасте от 3 лет до 10 лет хроническими гастритами чаще болеют девочки, в возрастной группе 10-13 лет, преобладают мальчики (* $p < 0,05$).

В обследованной группе детей сопоставимы по численности группы детей, проживающих в городе и селе. Так из 103 обследованных детей 58 составили городские школьники, 45 сельские дети. Из 103 обследованных детей 74 ребенка имели хронические гастриты, ассоциированные *H.pylori* (у 44 городских школьников и 30 –сельских $p < 0,05$). У 10 человек отмечены эрозивные формы гастрита (у 8 городских детей и 2 сельских жителей $p < 0,05$), у 93 больных выявлена неэрозивная форма (у 23 городских детей, у 70 сельских жителей $p < 0,05$). У городских жителей превалируют

эрозивные формы (80%; $p < 0,05$), у сельских – неэрозивные формы гастрита (70%; $p < 0,05$) [1,2,3].

Из сопутствующей патологии ЖКТ чаще встречались заболевания кишечника: дуодениты (20% всех больных), долихосигма (2%), дискинезии толстого кишечника (4,9%), синдром мальабсорбции (0,9%). Отмечались заболевания пищевода: гастроэзофаго-рефлюксная болезнь (7,8%), рефлюкс-эзофагит (18,4%), бульбит (4,9%). Также отмечались из сопутствующей патологии лямблиоз (2,9%), панкреатит (6,8%). У 3% детей отмечен посттравматический гастрит.

У сельских жителей чаще отмечались заболевания кишечника: дуодениты - 60%, дискинезии толстого кишечника - 70% ($p < 0,05$), у городских жителей: ГЭРБ -65% и реактивные панкреатиты – 63% ($p < 0,05$).

Проведенное исследование позволило установить у детей, проживающих в сельской и городской местности наличие существенных отличий в образе жизни и особенностях питания. Было проведено анкетирование 103 обследованных детей, анкета включала вопросы о ежедневном питании ребенка, пищевых предпочтениях и питании детей в коле. Выявлено, что дети проживающие в сельских условиях чаще употребляют мясо, чем городские жители (70% и 30%; $p < 0,05$) и молочные продукты (63% и 47%; $p < 0,05$, соответственно), городские дети чаще, чем сельские школьники употребляют сладости (30% и 70%; $p < 0,05$), продукты быстрого приготовления (лапша «доширак», картофельное пюре «роллтон», чипсы) (65% и 45%; $p < 0,05$) и газированные напитки (кока-кола, фанта) (67% и 33%; $p < 0,05$).

Проведение ФГДС до лечения позволило выявить у всех детей различной степени выраженности изменений в слизистых оболочках пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. У городских жителей достоверно чаще отмечены дуоденогастральный рефлюкс, очаговая гиперемия слизистой желудка, язва слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки.

Заключение.

1. Выявлены достоверные отличия особенностей клинического течения хронических гастритов у детей, проживающих в городских и сельских условиях.
2. Из сопутствующей патологии ЖКТ у сельских жителей отмечались заболевания кишечника: дуодениты, дискинезии толстого кишечника ($p < 0,05$), у городских жителей: ГЭРБ и реактивные панкреатиты ($p < 0,05$).
3. У городских школьников преобладают эрозивные формы хронического гастрита, ассоциированные *Нр. pylori*, чаще отмечаются эндоскопические изменения слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, что связано с особенностями питания городских жителей – частому употреблению рафинированных продуктов и продуктов быстрого приготовления.

Список литературы:

1. Александрова С.Л., Морфологические особенности гастродуоденальной патологии, ассоциированной с *H. Pylori* у детей Якутии./ Е.А. Корниенко, В. А. Аргунов // «Якутский медицинский журнал» - 2007.- №2(18). -С.109.
2. Александрова С.Л. Хеликобактериоз у детей в регионе Якутии.// «Якутский медицинский журнал». - 2007. - №3(19). - С.21-23.
3. Детская гастроэнтерология./Под ред. Баранова А.А., Климанской Е.В., Римарчук Г.В. – Москва.: Медицина 2000.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ГАСТРИТОВ У ДЕТЕЙ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

БЕРЕЗКИНА О.Н.¹, ИВАНОВА О.Н.², МЕЛЬЧАНОВА Г.М.¹

¹ Россия, РЕСПУБЛИКАНСКАЯ БОЛЬНИЦА №1 – НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНЫ,
г. ЯКУТСК

² Россия, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. Статья посвящена актуальной проблеме – патологии желудочно-кишечного тракта у детей школьного возраста. Обследована группа детей с гастритами, ассоциированными Hp-рylogi, проживающими в сельской и городской местности, описаны особенности течения, спектр сопутствующей патологии, характер питания.

Ключевые слова: гастриты, дети, педиатрия, заболевания желудочно-кишечного тракта, дуодениты, сопутствующая патология, питание, заболевание.

Abstract. The article is devoted to an actual problem of paediatrics – pathology of gastrointestinal tract. Authors carry out the analysis of reports of gastroenterologic departments Pediatric Centre RH N1-NCM in 2012. The group of children with gastritis and gastroduodenitis were analyzed. In the group of children with gastritis concomitant pathology, disease current features and treatment efficacy was studied.

Keywords: gastritis, children, paediatrics, diseases of gastrointestinal tract, duodenitis, concomitant pathology, treatment, disease

Актуальность темы. Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки являются наиболее распространенными среди всех болезней органов пищеварения у детей и составляют 58-65% в структуре детской гастроэнтерологической патологии, т.е. 100-150 на 1000 детей; частота ХГД увеличивается с возрастом.

Республика Саха (Якутия) относится к регионам Крайнего Севера с экстремальным климатом. Территория республики находится в зоне вечной мерзлоты. В таких условиях на организм человека оказывают влияние низкая температура окружающей среды, резкие ее колебания, гипокинезия, полигиповитаминоз, особенности питания (однообразное, преимущественно белковое).

Распространенность болезней органов пищеварения, по данным официальной статистики в Республике Саха (Якутия), в 2006-2012 по обращаемости составила 90-150 на 1000 детского населения. Болезни органов пищеварения занимают второе место после болезней органов дыхания[1,2,3].

Высокая распространенность данной патологии среди детского населения с учетом региональных особенностей (разрозненность населенных пунктов, сложная транспортная схема, экстремальные климатические условия) диктует необходимость усовершенствование методов ранней диагностики с учетом особенностей его клинического течения.

Цель исследования. Изучить особенности течения различных форм гастритов у детей республики Саха (Якутия).

Материалы и методы. Нами проведен обследование и анализ 103 ребенка, проживающих в улусах (Жиганский, Оленекский, Абыйский, Аллаиховский) Республики Саха (Якутия) на базе гастроэнтерологического отделения педиатрического центра национального центра медицины. Все больные были осмотрены педиатром и узкими специалистами: гастроэнтерологом, кардиологом, эндокринологом, оториноларингологом, хирургом, ортопедом, аллергологом-иммунологом. Всем больным проведены общеклинические исследования (общий анализ крови и мочи), Биохимическое исследование крови (печеночные пробы, ревмопробы и т.д.), функциональные методы исследования при наличии патологии. Всем детям была проведена фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) и исследование на *H.pylori*. ФГДС проводилась по общепринятой методике с биопсией антрального отдела и тела желудка (по 1-2 биоптата из каждого отдела). Для диагностики *H.pylori* применены уреазный тест «ХЕЛПИЛ»-тест ООО

«АМА» (Россия, СПб) и аммиачный дыхательный уреазный тест «ХЕЛИК»-тест с помощью индикаторных трубок «АМА»(Россия, СПб). Статистические расчеты выполнены на базе прикладных программ «SAS» и «SPSS». При анализе таблиц сопряженности (оценки корреляции признаком и оценкой значимости различий между группами) использовали критерий χ^2 (Пирсона и отношения правдоподобия) и точный тест Фишера. Сравнения средних величин проводили однофакторным дисперсионным анализом с помощью Т-критерия Стьюдента для оценки равенства средних F-критерия Фишера для оценки равенства дисперсии. Связь между параметрами оценивали с помощью коэффициентов линейной и ранговой корреляции. Для оценки относительного риска каждого из показателей факторов риска и их отдаленных градаций, а также для отбора наиболее значимых комбинаций факторов риска использовали логистическую регрессию (унивариантный анализ для каждого из рассматриваемых признаков отдельно и множественный пошаговый метод для совокупности признака).

Результаты исследований. За исследуемый период с 2007 по 2011 годы в Республике Саха (Якутия) отмечены высокие показатели заболеваемости патологией пищеварительного тракта. За последние годы также отмечены высокие показатели заболеваемости гастритами и язвенной болезни у детей РС (Я).

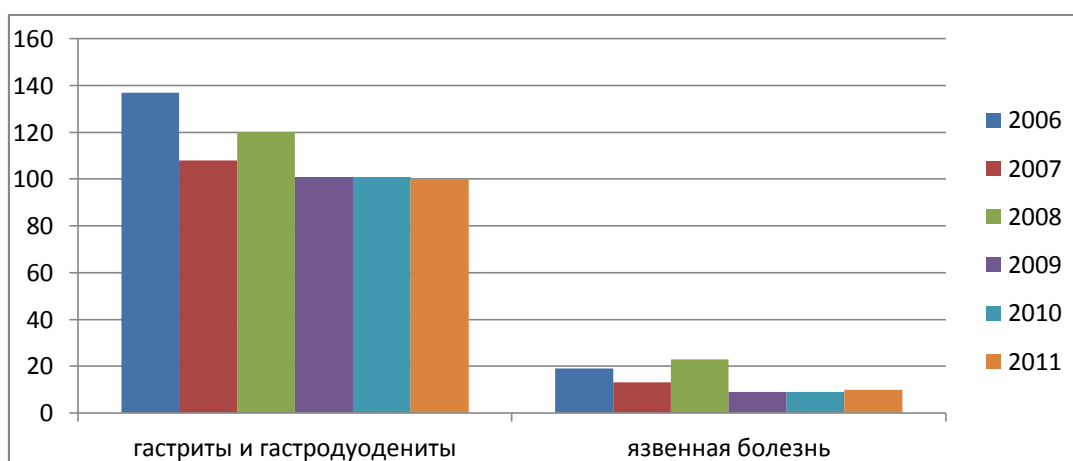


Рисунок 2. Распространенность гастритов и гастродуоденитов, язвенной болезни у детей Республики Саха (Якутия)

Из группы обследованных детей с гастритами и гастродуоденитами (103 ребенка) преобладали дети возраста 11 лет (табл 1). Для выявления особенностей гастродуоденальной патологии, ассоциированной с *H.pylori*, проведен анализ анамнестических данных, сопутствующих заболеваний, оценены условия проживания, питания детей.

Таблица1 - Распределение обследованных детей по возрасту и полу

Возраст	Пол	Проживание в сельских условиях	Проживание в городских условиях	Всего
3-7 лет	Мальчики	3	3	6
	Девочки	1	4	5*
7-10 лет	Мальчики	10	12	22
	Девочки	11	15	26*
10-13 лет	Мальчики	11	12	23
	Девочки	11	12	23
13-15 лет	Мальчики	2	3	5
	Девочки	2	2	4
15-18 лет	Мальчики	1	1	2
	Девочки		1	1

* $p < 0,05$

Заболеваемость хроническими гастритами превалировала в возрастной группе от 7 до 10 лет и от 10 до 13 лет. В возрасте от 3 лет до 10 лет хроническими гастритами чаще болеют девочки, в возрастной группе 10-13 лет, преобладают мальчики (* $p < 0,05$).

В обследованной группе детей сопоставимы по численности группы детей, проживающих в городе и селе.

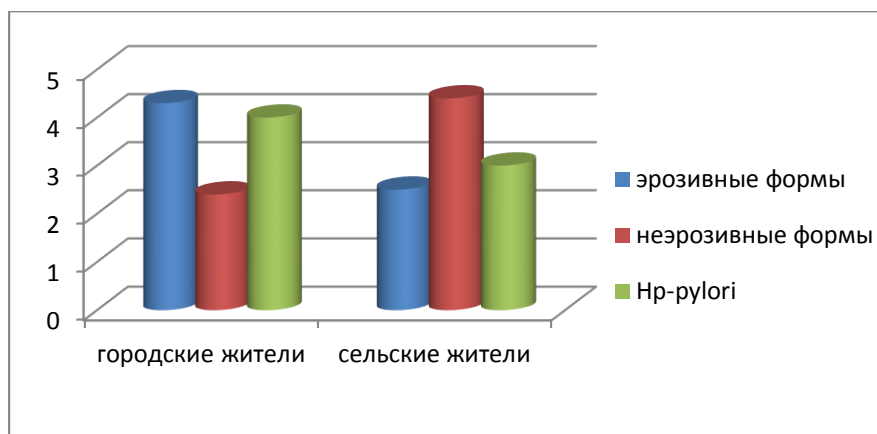


Рисунок 3. Распространенность различных форм гастрита у детей, проживающих в городских и сельских условиях

Так, в группе 103 обследованных детей, 63 ребенка проживали в городе, 40 детей проживали в сельских условиях.

Из 103 обследованных детей 74 имели хронические гастриты, ассоциированные *H.pylori* (0,72%), у 10 человек отмечены эрозивные (10%), у 93 больных неэрозивные формы. У городских жителей преобладают эрозивные формы (80%; $p < 0,05$), у сельских – неэрозивные формы гастрита (70%; $p < 0,05$) [1,2,3].

Из сопутствующей патологии ЖКТ чаще встречались заболевания кишечника: дуодениты (20% всех больных), долихосигма (2%), дискинезии толстого кишечника (4,9%), синдром мальабсорбции (0,9%). Отмечались заболевания пищевода: гастроэзофаго-рефлюксная болезнь (7,8%), рефлюкс-эзофагит (18,4%), бульбит (4,9%). Также отмечались из сопутствующей патологии лямблиоз (2,9%), панкреатит (6,8%). У 3% детей отмечен посттравматический гастрит.

У сельских жителей чаще отмечались заболевания кишечника: дуодениты - 60%, дискинезии толстого кишечника - 70% ($p < 0,05$), у городских жителей: ГЭРБ - 65% и реактивные панкреатиты – 63% ($p < 0,05$).

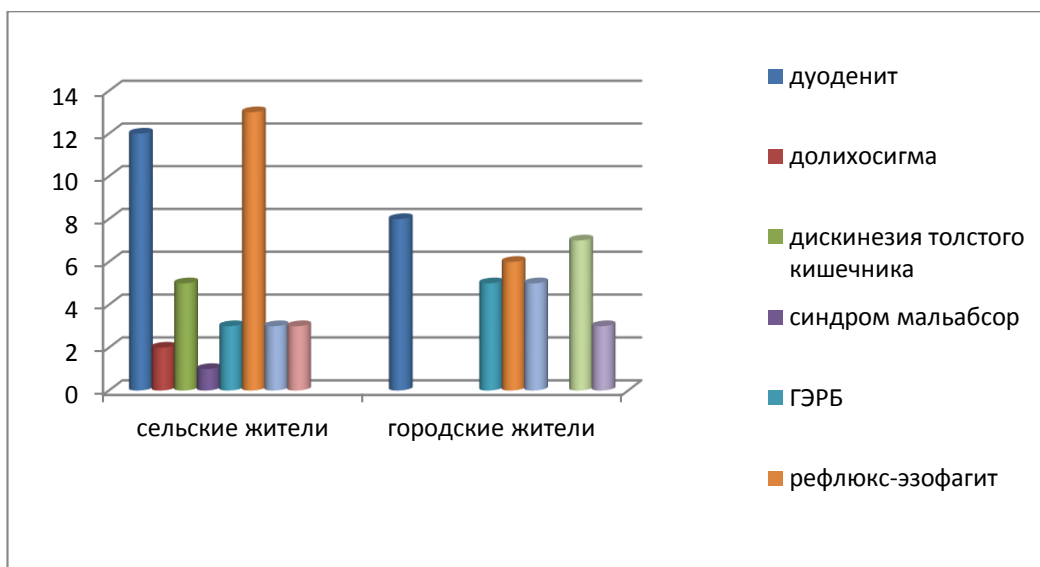


Рисунок 4. Сопутствующая патология у детей РС (Я) с гастритами, проживающих в городских и сельских условиях

Проведенное исследование позволило установить у детей, проживающих в сельской и городской местности наличие существенных отличий в образе жизни и особенностях питания. Так, дети проживающие в сельских условиях чаще употребляют мясо, чем городские жители (70% и 30%; $p < 0,05$) и молочные продукты (63% и 47%; $p < 0,05$, соответственно), городские дети чаще, чем сельские школьники употребляют сладости (30% и 70%; $p < 0,05$), продукты быстрого приготовления (65% и 45%; $p < 0,05$).

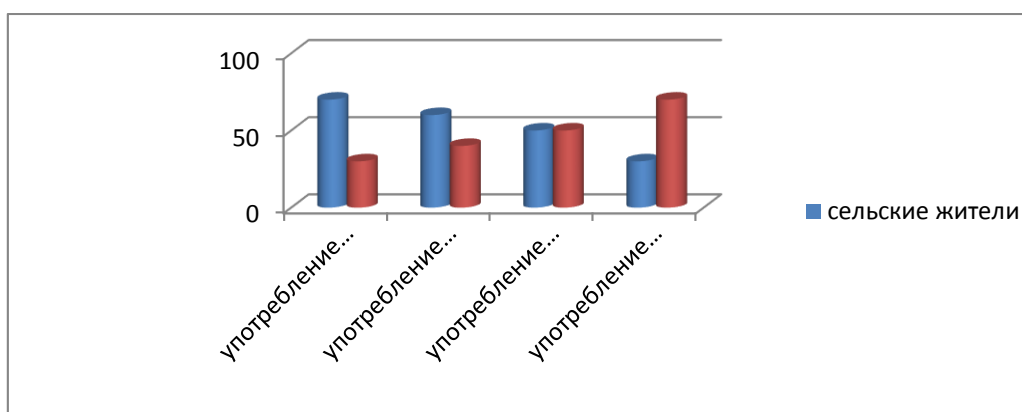


Рисунок 5. Характер питания у детей, больных гастритами

Проведение ФГДС до лечения позволило выявить у всех детей различной степени выраженности изменений в слизистых оболочках пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.

Таблица 2 - Анализ эндоскопических изменений у больных гастродуоденитом

Эндоскопические показатели	Городские школьники		Сельские школьники	
	Абс.число	После л	До лечения	После лечения
Изменения в пищеводе Отек слизистой оболочки	58 (87%)	5 (7,5%)	33 (82%)	7 (17,4%)
	p<0,01		p<0,05	
	46 (73%)	3 (4,7%)	28 (70%)	3 (7,5%)
Гиперемия слизистой оболочки	p<0,01		p<0,01	
	33 (52%)	5 (7,9%)	26 (65%)	2 (5%)
Недостаточность кардии	p<0,01		p<0,01	
	6 (9,5%)	2 (3,2%)	4 (10%)	1 (5%)
Гастроэзофагальный рефлюкс	p<0,05		p<0,05	
	62 (98%)	6 (9,5%)	28 (70%)	6(15%)
Изменения в желудке Отек слизистой оболочки	p<0,05		p<0,05	
	58 (92%)	4 (6,3%)	24 (60%)	4(10%)
Очаговая гиперемия слизистой оболочки	p<0,01		p<0,01	
	12 (19%)	6 (9,5%)	10 (25%)	2(5%)
Эрозия слизистой оболочки	p<0,05		p<0,05	
	6 (9,5%)	0	4 (10%)	1 (2,5%)
Язва слизистой оболочки	p<0,05		p<0,05	
	6 (9,5%)	0	2 (5%)	0
Дуоденогастральный рефлюкс	p<0,05		p<0,05	
	54(85%)	4(6,3%)	32 (80%)	3(7,5%)
Изменения в двенадцатиперстной кишке Отек слизистой оболочки	p<0,05		p<0,05	
	50(79%)	2 (3,17%)	30 (75%)	6 (15%)
Гиперемия слизистой оболочки	p<0,05		p<0,05	
	10(15,8%)	2(3,17%)	8(20%)	4 (10%)
Эрозия слизистой оболочки	p<0,05		p<0,05	
	8(12,6%)	2(3,17%)	4(10%)	1(2,5%)
Язва слизистой оболочки	p<0,05		p<0,05	

В обеих сравниваемых группах отмечались достоверные изменения и у городских и у сельских школьников, как при эрозивных, так и неэрозивных процессах. Показатели уреазной активности после проведения эрадикационной терапии в 95% были отрицательными, как у сельских, так и городских школьников.

Выводы:

1. Распространенность инфекции *Helicobacter pylori* среди обследованных детей составила 72%, у городских детей распространенность выше – 65%.
2. У городских жителей преобладают эрозивные формы (80%; $p < 0,05$), у сельских – неэрозивные формы гастрита (70%; $p < 0,05$).
3. Из сопутствующей патологии у сельских жителей чаще отмечались заболевания кишечника: дуодениты - 60%, дискинезии толстого кишечника - 70% ($p < 0,05$), у городских жителей: ГЭРБ -65% и реактивные панкреатиты – 63% ($p < 0,05$).

Список литературы:

1. Александрова С.Л. Особенности течения гастродуоденальной патологии, ассоциированной с *Helicobacter pylori*, у детей в регионе Якутии. автореферат канд. дис. 2007 г.
2. Александрова С.Л. Хеликобактериоз у детей в регионе Якутии. / Александрова С.Л. // «Якутский медицинский журнал», 2007, - №3(19), - С.21-23.
3. Детская гастроэнтерология. / Под ред. Баранова А.А., Климанской Е.В., Римарчук Г.В. – М.:, 2000.

КОРРЕКЦИЯ ЗРЕНИЯ ДЕТЕЙ С АМБЛИОПИЕЙ И КОСОГЛАЗИЕМ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ДЕТСКОГО ДОШКОЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

БУРНАШЕВА Ж.М.¹, ХАНДЫ М.В.², ВЫЧУЖИНА Л.С.¹

¹Россия, СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ДЕТСКИЙ - САД №11, г. ЯКУТСК

²Россия, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. Комплексное лечение в условиях специализированного детского дошкольного учреждения является эффективным методом коррекции зрения детей с амблиопией и косоглазием.

Ключевые слова: дети, дошкольники, офтальмология, оздоровление.

Abstract. Complex treatment in conditions of the specialized children's preschool establishment is an effective method correction of vision for children with ambliopy and squint eye.

Key words: children, preschool children, ophthalmology, improvement of healthy.

Актуальность. По данным ВОЗ, в настоящее время в мире насчитывается 150 млн. людей со значительными расстройствами зрительного аппарата [1,4]. В России контингент слепых и слабовидящих детей до 18 лет составляет 3,4%. В Республике Саха (Якутия) патология зрения, наряду с болезнями органов пищеварения и дыхания, занимает одно из ведущих мест и в последние годы отмечается тенденция к возрастанию этих показателей. По данным ЯРМИАЦ РС (Я) болезни глаз и придаточного

аппарата в 2005 году составляли 124,5 на 1000 детского населения, в 2006г. -129,9; в 2007г. – 132,3; в 2008 г. – 131; в 2009 г.- 155,9; 2010 г.-155,8 [8].

Наиболее часто встречающимися патологиями зрения среди детей являются косоглазие и амблиопия, которые приводят к отклонениям в двигательной сфере ребенка, к сложностям ориентации в пространстве, снижают его активную деятельность. Ограничение движений отражается на функциональную способность сердечно-сосудистой, дыхательной, костно-мышечной и других систем организма. Поэтому эти нарушения зрения требуют коррекции и лечения начиная с дошкольного возраста [2,6,7].

Цель исследования. Анализ результатов коррекция зрения детей с амблиопией и косоглазием в условиях специализированного дошкольного образовательного учреждения.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением в условиях специализированного дошкольного образовательного учреждения г. Якутска находилось 132 ребенка с амблиопией, из которых 55 детей имели нарушения бинокулярного зрения в виде различных типов косоглазия. Мальчиков было – 73, девочек – 59. Возраст детей: 4 года – 13, 5 лет – 50, 6 лет – 64, 7 лет – 5 детей. Среди наблюдавшихся детей сопутствующие неврологические заболевания выявлены у 35, хроническая патология ЛОР-органов (хронический тонзиллит, аденоидит) - у 22, патология сердечно-сосудистой системы - у 2, эндокринные нарушения - у 2, аллергические заболевания - у 8, болезни пищеварительной системы - у 5.

Детям с амблиопией и косоглазием проводилось плеоптическое, ортоптическое и диплоптическое лечение с использованием компьютерных программ. Комплексная реабилитация детей включала индивидуальные программы оздоровления с охранительным режимом, исключающим переутомление и перевозбуждение ребенка; рациональное питание с высоким содержанием микроэлементов и витаминов. Все дети получали курсы препаратов «Эпсорин» и «Лютеин-комплекс детский».

Результаты исследования. Под амблиопией понимают понижение остроты зрения, обусловленное функциональными расстройствами зрительного

анализатора. Дети с амблиопией различной степени тяжести составили группу из 77 человек. Степень амблиопии определялась по данным возрастной динамики Е.И.Ковалевского. Детей с амблиопией низкой степени было – 31 (40,2%), средней степени – 26 (33,7%), высокой степени – 20 (26,1%). В группу детей с амблиопией вошли также дети – инвалиды по зрению – 16 человек (с врожденной афакией, гипоплазией зрительного нерва, ретинобластомой, врожденной миопией).

Комплексное лечение амблиопии включало в себя ношение очков, окклюзию (прямую и обратную), лазерную и электростимуляцию сетчатки и зрительного нерва, цветоимпульсную терапию, использование компьютерных программ и вспомогательных методов; лазервижн (очки), засветы по Гончаровой, перифовеальную пенализацию, упражнения при амблиопии, занятия с тифлопедагогами, а также консервативное лечение (сосудистое, трофическое, физио). По литературным данным излечение от амблиопии составляет 52% [5]. Наши данные представлены в таблице(1).

Таблица 1 - Результаты лечения амблиопии в динамике

Степень амблиопии	До лечения (2009)		После лечения (2011)		Излечение (visus -1,0)	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Низкая visus(0,8- 0,4)	31	40,2	14	18,1	17	22,0
Средняя visus(0.3-0.2)	26	33,7	15	19,4	11	14,3
Высокая visus(0,1-0.05)	20	26,1	12	15,6	8	10,5
Всего	77	100	41	53,2	36	46,8

Как следует из таблицы, при динамическом наблюдении и реабилитации детей в течении 3-х лет после лечения, состояние глаз постепенно улучшается. Так у детей с низкой степенью амблиопии (0,8-0,4) острота зрения достигла 1,0 в 22%; со средней степенью - в 14,2%; с высокой степенью - в 10,5%. В целом, излечение от амблиопии достигнуто в 46,8% случаев.

Наиболее часто встречающейся патологией глаз является косоглазие, характеризующееся отклонением косящего глаза от общей точки фиксации. Детей с косоглазием было – 55 (41,6%). В основном наблюдалось содружественное косоглазие, возникшее после года жизни.

Таблица 2 - Распределение детей по видам косоглазия

Виды косоглазия	Сходящееся		Расходящееся	
	Абс.	%	Абс.	%
Постоянное	34	61,8	10	18,1
Непостоянное	7	12,7	4	7,2
Итого	41	74,5	14	25,4

Сходящееся косоглазие встречается в 3 раза чаще, чем расходящееся. Непостоянные косоглазия имеют функциональный характер. Дети с постоянным косоглазием имели нарушения бинокулярного зрения и амблиопию различной степени тяжести и вида.

В специализированном саду проводилось комплексное лечение косоглазия, включающее плеоптическое, ортоптическое и диплоптическое методы [3,4]. Лечение проводилось в несколько этапов: повышение остроты зрения, развитие подвижности глаз, выработка умения сливать изображения в единый образ, окклюзии. Детям, по показаниям, проводилось оперативное лечение косоглазия в стационарных условиях. Подготовка к операции и реабилитации после операции осуществлялись в детском саду. Реабилитация проводилась курсами ортоптического и диплоптического лечения.

Таблица 3 - Изменение угла девиации глаз в процессе комплексного лечения детей с косоглазием

Угол косоглазия в градусах	До лечения		После лечения	
	Абс.ч	%	Абс.ч	%
45	3	5,4	2	3,6
30	4	7,2	2	3,6
20	16	29	7	12,7
15	18	32,7	8	14,7
10	14	25	6	10,8
Всего с косоглазием	55	100	25	45,4

В результате комплексного лечения косоглазия правильное положение глаз достигнуто у 25 (45,5%) детей, и бинокулярное зрение достигнуто у 17 (30,9%) детей, что соответствует литературным данным [5].

Заключение. Проведенная комплексная плеоптическая, ортоптическая и диплоптическая коррекция зрения у детей в условиях специализированного детского сада с применением аппаратного лечения, с использованием компьютерных программ и вспомогательных методов привело к излечению амблиопии у 46,8%, и достижению правильного положения глаз с наличием бинокулярного зрения у 45,4% детей с косоглазием.

Список литературы:

1. Аветисов Э.С. Методические рекомендации по организации лечения детей с косоглазием и амблиопией. – М.: Медицина, 1987.- С.27-29.
2. Дружинина Л.А. Коррекционная работа в детском саду для детей с нарушением зрения. – М.: Экзамен, 2006. - С.25-28, 38-43, 96.
3. Donaldson L.A., Karas M.P., Charles A.E., Adams G.G. Pediatric community vision screening with combined optometric and orthoptic care: a 64-month review//Ophthalmic Physiol.Opt.-2002.V.22.- №1.-p.26-31/
4. Kemper A.R., Clark S.J., Freed G.L. Services provided for preschool aged children with suspected amblyopia //J. Pediatr. Ophthalmol. Strabismus.-2003.- Vol.40,№ 5.- P.279-282.
5. Панченко О.А. Организация управления развитием детей с нарушениями зрения в специальном коррекционном образовательном учреждении: автореф. дис...канд. мед.наук.- Ставрополь, 2006.-125 с.
6. Плаксина Л.И. Теоретические основы коррекционной работы в детских садах с нарушениями зрения/ Л.И. Плаксина: - М.,1998. – 262 с..
7. Хавова Л.А. Состояние зрительного анализатора в комплексной оценке здоровья детей: Автореф.дис...канд.мед.наук. - Смоленск, 2008. – .25 с.
8. Основные показатели здоровья матери и ребенка Республики Саха (Якутия) за 2006-2010 гг.: Стат. об.//ГУ ЯРМИАЦ МЗ РС(Я).- Якутск, 2011.- 174 с.

ДИАГНОСТИКА ЮВЕНИЛЬНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТОВ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (Якутия)

Винокурова Ф.В.¹, Григорьева Л.В.¹, Аргунова В.М.², Слепцова П.А.²,
Гольдерова А.С.¹, Бурцева Т.Е.¹, Николаев В.М.¹, Ефремова С.Д.¹, Часнык В.Г.³

¹Россия, Якутский научный центр комплексных медицинских проблем
Сибирского отделения РАМН

²Россия, Республиканская больница №1- Национальный центр медицины,
г. Якутск

³Россия, Санкт-Петербургская государственная педиатрическая
медицинская академия

Аннотация. Ювенильный анкилозирующий спондилоартрит (ЮАС), занимает центральное место в группе *HLA-B27* ассоциированных артритов. Считается исключительно редким заболеванием для детей и подростков. Но в то же время, по данным различных авторов, ЮАС имеет ювенильное начало болезни (до 15-16 лет). Поэтому большое внимание уделяется на диагностику ЮАС. В настоящем исследовании дается краткая клиническая картина и анализ встречаемости *HLA – B27* среди детей с различными нозологическими формами артритов.

Ключевые слова: ювенильный анкилозирующий спондилоартрит, *HLA-B27*.

Key terms: Juvenile ankylosingspondyloarthrities, *HLA-B27*.

Введение. В последние годы произошли значительные изменения в структуре ревматических заболеваний детского возраста. Если еще два десятилетия назад доминирующими были такие заболевания, как ревматизм и ревматоидный артрит, то в настоящее время все чаще

педиатрам приходится встречаться с нозологическими формами, входящими в группу ювенильных *HLA-B27*-ассоциированных спондилоартропатий.

Целью исследования является изучение распространенности *HLA-B27* ассоциированных артритов у детей в Республике Саха (Якутия).

Материалы и методы. Обследован 81 ребенок с различными нозологическими формами спондилоартропатий. Все дети проходили обследование и лечение в кардиоревматологическом отделении РБ№1-НЦМ ЦОМид с 2010-2013 гг, не являлись родственниками, в возрасте от 1 - 16 лет, средний возраст на момент исследования составил $9,7 \pm 0,46$ лет. Для анализа *HLA-B27* применяли метод полимеразной цепной реакции с использованием коммерческих наборов.

Результаты. Анализ пораженных суставов показал, что моноартриты (поражение 1 сустава) встречались у 16 детей (19,7%), олигоартриты (2-4 пораженных сустава) у 42 детей (51,8%) и полиартриты (>4 суставов) у 23 детей (28,3%).

В исследовании с диагнозом ЮАС больше встречается полиартрит (62,5%), с РеА – олигоартрит (59,2%), ЮРА – полиартрит (50%), ЮХА – олигоартрит (72,7%), ЮИА – олигоартрит (100%), СКВ – олигоартрит (100%), ПсА – равное количество олигоартрита (50%) и полиартрита (50%), с артропатиями – тоже равное количество олигоартрита (50%) и полиартрита (50%). По литературным данным при ЮАС поражаются не более 6 суставов. Сходство ЮРА, ЮХА и ЮИА заключается в выделении олигоартикулярного и полиартикулярного вариантов поражения суставов.

Анализ данных в зависимости от результатов генотипирования *HLA-B27* у детей со спондилоартропатиями по этническому признаку показал, что у якутов встречаемость гена *HLA-B27* выше (у 78.9%), чем у других этнических групп. У представителей русского этноса не выявлено различий между положительными *HLA-B27* и отрицательными. Одним из основных в диагностике ЮАС является генотипирование гена *HLA-B27*, которая подтверждает диагнозы больных и требует дальнейшего изучения.

ПРОГРАММИРУЕМЫЕ РЕЛАПАРОТОМИИ С ИНТРАОПЕРАЦИОННЫМ ПРОГНОЗИРОВАНИЕМ, КАК МЕТОД ВЫБОРА ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ

ГАВРИЛЬЕВ С.Н., ИГНАТЬЕВ В.Г., МИХАЙЛОВА В.М., МАТВЕЕВ А.С., СЕМЕНОВ Д.Н.,
ДЯГИЛЕВА Т.С.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. Проведен статистический анализ интраоперационных признаков у 254 больных с распространенным перитонитом, за последние 10 лет, которым проводились программированные релапаротомии в отделениях хирургии РБ№2-ЦЭМП. Создана шкала интраоперационного прогнозирования релапаротомий с алгоритмом показаний к программированным релапаротомиям и разработкой схем антибактериальной терапии.

Ключевые слова: релапаротомия, перитонит.

Abstract. The statistical analysis of intraoperative signs at 254 patients with widespread peritonitis is carried out, over the last 10 years, which the programmed relaparotomiya in offices of surgery of RBN2-TsEMP were carried out. The scale of intraoperative forecasting of relaparotomiya with algorithm of indications to the programmed relaparotomiya and development of schemes of antibacterial therapy is created.

Keywords: relaparotomy, peritonitis.

Актуальность. Лечение распространенного перитонита (РП) одна из наиболее сложных проблем в хирургии. Демонстрацией актуальности является широкий разброс летальности, который в разных клиниках колеблется от 16,7 до 71,6% [1, 2, 7].

Во многом течение и исход РП определяется санацией брюшной полости не только во время операции, но и в послеоперационном периоде. В последние годы, в целях улучшения результатов лечения и снижения уровня летальности, большое внимание уделяется методу программированных релапаротомий (ПРЛ) [1, 6, 7], который должен использоваться в строгом соответствии с тяжестью наносимой травмы и ожидаемой пользой [3, 5, 7].

До настоящего времени показания для продолжения либо завершения ПРЛ разноречивы и в большинстве случаев опираются на опыт, знание и интуицию оперирующего хирурга. Этот субъективный момент свидетельствует о проблемах связанных с отсутствием четко определенных критериев окончания цикла санаций [4, 5, 7]. Преждевременное окончание этапного хирургического лечения, либо выполнение необоснованных, «лишних» релапаротомий (РЛ) влечет за собой прогрессирование перитонита и абдоминального сепсиса (АС). При этом выполняются вынужденные релапаротомии «по требованию», которые приводят к увеличению летальности в 2 – 3 раза [7, 8].

В последние годы перспективным направлением признана разработка критериев продолжения, либо завершения цикла ПРЛ при РП на основе математического моделирования [1, 4-7]. Вопросы не только объективизации показаний ПРЛ, но и выбора адекватной и эффективной антибактериальной терапии (АБТ) неоднозначны [2].

У больных с многократными РЛ в 70-100% случаев развиваются инфекционно-воспалительные осложнения (ИВО) лапаротомной раны, в 35-70% инфицирование нозокомиальной флорой, в 3-11% эвентрацией внутренних органов [1, 3-8].

Таким образом, высокие показатели послеоперационных осложнений и летальности диктуют необходимость поиска новых путей объективизации показаний к ПРЛ, а также выработки рекомендаций по предупреждению ИВО лапаротомной раны и схем АБТ.

Целью нашего исследования явилось улучшение результатов лечения больных с РП.

Материал и методы исследования. Настоящая работа основана на результатах лечения 254 больных с РП, которым проведены ПРЛ. В зависимости от применявшейся в различные годы хирургической тактики, больные распределены на 2 периода исследования. *В первом периоде* пролечено 116 человек с ПРЛ. Клинический материал этого периода явился основой для определения основных направлений, позволяющих улучшить тактику и исход лечения. *Во втором периоде* проведен проспективный анализ 138 больных, которым применена усовершенствованная хирургическая тактика с использованием разработанной шкалы интраоперационного прогнозирования релапаротомий (ИПР) и алгоритма показаний к ПРЛ, а также разработанных схем эмпирической АБТ.

Возраст больных в обоих периодах исследования, составил от 16 до 86 лет (средний возраст $45 \pm 15,7$ лет), мужчин было 174 (68,5%), женщин 80 (31,5%). Все больные поступили в экстренном порядке в различные сроки от начала заболевания или травмы. 163 (64,2%) больных поступили позже 24 часов с начала заболевания. Основными причинами РП являлись: заболевания поджелудочной железы 61 (24,0%), открытые и закрытые травмы брюшной полости – 48 (18,9%), различные формы кишечной непроходимости – 30 (11,8%), деструктивный аппендицит – 25 (9,8%), перфоративные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки – 25 (9,8%), воспалительные заболевания желчевыводящих путей – 23 (9,1%), тромбоз мезентеральных сосудов – 15 (5,9%), ущемленная грыжа – 11 (4,3%), гинекологические – 11 (4,3%) и онкологические заболевания брюшной полости – 5 (2,0%).

С целью оценки тяжести состояния больных и вероятного прогноза развития заболевания, непосредственно перед первой ПРЛ использовали шкалу APACHE II используемую в нашей клинике. Больные без признаков сепсиса (до 19 баллов) составили 26 (10,2%), с АС (20 – 29 баллов) – 144 (56,7%) больных, с тяжелым АС и шоком (30 баллов и выше) – 84 (33,1%). Сопутствующие заболевания выявлены у 142 (55,9%) больных.

Всем больным проводились стандартные физикальные, лабораторные и инструментальные методы исследования. При проведении микробиологических исследований (МКБИ) использованы унифицированные методы. Исследованию подвергали экссудат брюшной полости и содержимое операционной раны. Основной забор материала производили во время операции и в послеоперационном периоде через каждые 3, 6 дня. Для объективной оценки эффективности хирургических методов лечения необходимо отметить, что общие принципы диагностики, предоперационной подготовки, а также интенсивной терапии послеоперационного периода были едиными для всех 254 больных.

Статистическую обработку результатов проводили при помощи программ «Microsoft Excel XP» и «StatSoft - Statistica 6.0» в среде Windows XP.

Результаты и обсуждение. Хирургическая тактика РП в первом периоде исследования предусматривала: ликвидацию или отграничение источника перитонита, ревизию и санацию брюшной полости, выполнялась назоинтестинальная интубация, пассивное или активное дренирование брюшной полости и/или забрюшинной клетчатки после операции. Вопрос продолжения либо отказа от этапного лечения решался на основе опыта и знаний оперирующего хирурга. 77 (66,4%) больным из 116 после основной операции были проведены многократные ПРЛ, остальным 39 (33,6%) ПРЛ выполнена однократно.

Из 77 больных с многократными ПРЛ у 39 (50,6%) были проведены релапаротомии «по требованию» из-за возникающих ПО на фоне РП или после завершения цикла санаций. Общее количество проведенных программных санаций брюшной полости у 77 больных составило 258 (в среднем 3,3). Каждому пациенту выполнялось от 1 до 7 ПРЛ. В первом периоде исследования ПО возникли у 75 (64,6%) больных. Выявлено до 269 различных осложнений, которые нередко носили сочетанный характер (в среднем 3,5). Среди ПО преобладали связанные с перитонитом и лапаротомной раной: прогрессирование перитонита 25 (9,3±1,8%), абсцессы брюшной полости 29 (10,8±1,9%), несостоятельность швов анастомозов 25 (9,3±1,8%), нагноение раны 37 (13,8±2,1%), эвентрация 30

(11,2±1,9%). Летальность в первом периоде наблюдений у 77 больных с многократными ПРЛ составила 51,9% (40 пациентов), а общая 34,5%.

Из 220 штаммов результатов МКБИ грамотрицательные составили 80 (36,3%), неферметирующие грамотрицательные 82 (37,3%), грамположительные 46 (20,9%), грибки 12 (5,5%). Изучение видового состава показало, что преобладала грамотрицательная флора, составившая 73,6%. В 36 (31,0%) исследованиях выделена монокультура, в 80 (69,0%) – микробные ассоциации (МКА). Двухкомпонентные МКА выделены в 41 (51,3%), трехкомпонентные – в 36 (45,0%) и четырехкомпонентные – в 3 (3,7%) пробах.

До получения результатов МКБИ проводилась эмпирическая АБТ. Выбор антибиотика (комбинации антибиотиков) зависел от предполагаемого возбудителя, предшествовавшей АБТ и тяжести абдоминальной инфекции. Эмпирическая АБТ в виде монотерапии проводилась у 15 (11,4%) больных, комбинированная терапия у 117 (88,6%) больных. При этом адекватными признаны 79 (59,8%) наблюдений, а в остальных 53 (40,2%) клинических наблюдениях АБТ расценена как неадекватная. В подавляющем большинстве случаев неадекватной терапии (86,8%) наблюдалась полирезистентность микрофлоры.

Таким образом, в первом периоде исследования выявлено, что субъективный подход в решении вопроса продолжения либо отказа от ПРЛ приводит к высоким показателям послеоперационных осложнений (64,6%) и летальности (34,5%) у больных с РП.

Полученные результаты первого периода наблюдений и сделанные выводы послужили основанием для разработки усовершенствованной лечебной тактики. Главным в лечении больных с РП является принцип объективной динамической оценки интраоперационных данных при этапном хирургическом лечении. Исходя из этого изучено влияние интраоперационных признаков (ИОП) на продолжение релапаротомии «по программе» или завершения его. Использовали признаки, описывающие статистически значимую сопряжённость двух параметров (интраоперационный признак – вариант релапаротомии).

Методом экспертных оценок, для оценки бинарной переменной, были выделены 6 признаков – это: характер экссудата брюшной полости, диаметр тонкого кишечника, фибринные наложения, перистальтика кишечника, инфильтрация брюшной полости, площадь поражения брюшной полости. Исследуемая бинарная переменная имеет два значения: завершение РЛ, либо продолжение РЛ «по программе». Согласно этому больные первого периода наблюдений (116) распределены на две группы: первая группа – больные с однократными ПРЛ; вторая группа – больные с многократными ПРЛ. Дальнейшему анализу были подвергнуты ИОП с высокой корреляцией к количеству РЛ (корреляционная связь была достоверна ($p < 0,05$) и не менее 0,7 (табл. 1).

Таблица 1 - Прогностическая оценка значимости интраоперационных признаков

Интраоперационные признаки	Коэффициент корреляции	Доверительный интервал
	r	p
Характер экссудата	0,79	0,05
Диаметр тонкого кишечника	0,83	0,05
Перистальтика кишечника	0,83	0,05
Инфильтрация кишечника и его брыжейки	0,79	0,05
Площадь поражения брюшной полости	0,82	0,05
Фибриновые наложения	0,83	0,05

Однако на принятие решения о продолжении либо завершении ПРЛ влияет *совокупность* всех ИОП. Для решения поставленной задачи использован статистический метод множественной регрессии, описывающих анализ связи между несколькими независимыми переменными (предикторами) и зависимой переменной (откликом). Массив значений для регрессионного анализа и получения уравнения множественной линейной регрессии ранжированы по тяжести ИОП, которые приведены в таблице 2.

Таблица 2 - Ранги по тяжести интраоперационных признаков

Интраоперационный признак	Тяжесть признака	Ранг
Характер экссудата (x1)	серозное или/и фибрин.	1
	гнойное и/или геморр.	2
	гн.-фибрин. и/или каловое	3
Диаметр кишечника (x2)	до 3см	1
	от 3-5см	2
	больше 5см	3
Фибриновые наложения (x3)	единичные либо нет	1
	до двух областей	2
	больше двух областей	3
Моторная функция кишечника (x4)	есть	1
	вялая	2
	единичная либо нет	3
Инфильтрация брюшной полости (x5)	нет;	1
	умеренная	2
	выраженная	3
Площадь поражения бр. полости (x6)	до 20%,	1
	от 20-60%,	2
	от 60-100%	3

Уравнение для расчета баллов прогноза выхода на ПРЛ будет иметь следующий вид: $Y=(0,09*x1+0,16*x2+0,15*x3+0,17*x4+0,12*x5+0,07*x6)*10$

Таким образом, создана индивидуальная прогностическая шкала интраоперационного прогнозирования релапаротомий (ИПР). Шкала ИПР позволяет рассчитать баллы выхода на

ПРЛ либо его завершение. Для удобства подсчёта уравнение введено в среду MS Excel 2003. Программа автоматически высчитывает балл, по которому хирург и ориентируется при определении показаний к ПРЛ.

Выделены 3 интервала шкалы ИПР:

1. ИПР до 10 баллов – всем больным выполнены однократные ПРЛ;
2. ИПР 10,1–18 баллов – применялись как одно- так и многократные ПРЛ;
3. ИПР более 18,1 баллов – выполнены только многократные ПРЛ.

При анализе 39 больных первой группы (**ИПР до 10 баллов**), которым выполнены однократные ПРЛ, установлено, что ПО развились только у 3

(7,7%) больных, такие как пиелостит в 2-х случаях и пневмония, летальных исходов не было. Низкий процент ПО и отсутствие летальных исходов указывают о правильном выборе показаний к ПРЛ.

Больным второй группы (**ИПР 10,1–18 баллов**) были проведены как однократные 12 (41,4%) больных, так и многократные 17 (58,6%) больных ПРЛ. Всего в группе 29 (25,0%) больных. ПО наблюдались у 24 (82,7%) больных, умерло 9 (31,0%). Рассматривая результаты лечения установлено, что у 12 (41,4%) больных выбор показаний к завершению ПРЛ был неадекватным. Поскольку в дальнейшем у 10 (34,5%), из них проведены РЛ «по требованию». У 2 (6,9%) больных, которым были выставлены показания к ПРЛ, выполненная РЛ оказалась «лишней». В то же время выявлена группа из 8 (27,6%) больных с однократными ПРЛ, у которых в позднем послеоперационном периоде были проведены малоинвазивные методы в лечении последствий РП – выполнены пункционные дренирования абсцессов, без многократного вмешательства.

Всем больным с баллами **ИПР более 18** были проведены многократные ПРЛ. Всего 48 (41,4%) больных. Данная категория была самой тяжелой по состоянию, с клиникой тяжелого АС. ПО наблюдались у всех больных (100%), умерли 31 (64,5%). Анализируя данную категорию, отметим, что 29(60,4%) больным были выполнены РЛ «по требованию» в разные промежутки между санациями, в большинстве случаев 19 (39,6%) свыше 48 часов. В некоторых случаях задержка была вследствие тяжелого состояния больного, в других наблюдениях задержка связана с недооценкой тяжести РП и запоздалой диагностикой ПО.

Для предупреждения ПО со стороны лапаротомной раны (в первом периоде – нагноение раны 37 (13,8±2,1%), эвентрация 30 (11,2±1,9%)), у больных с ПРЛ применили способ временного закрытия лапаротомной раны, наложением брюшно-апоневротических швов [3], не только между ПРЛ, но и при высоком риске развития перитонита.

Во **втором периоде** (2007 – 2010 гг.) исследования у 138 больных применена хирургическая тактика с использованием разработанной шкалы

ИПР, усовершенствованных схем АБТ и алгоритма показаний при выборе или отказе от этапного лечения:

- ИПР меньше или равен 10,0 баллам – ПРЛ не показана. Лапаротомная рана закрывается окончательно с ушиванием кожи.
- ИПР от 10,1 до 18,0 баллов является относительным показанием к ПРЛ. Лапаротомная рана закрывается временно с наложением брюшинно-апоневротических швов. В послеоперационном периоде интенсивная терапия с динамическим наблюдением не более 48 часов. При положительной динамике общего состояния пациента проводится окончательное закрытие лапаротомной раны (наложение вторичных швов). Отсутствие динамики или отрицательная динамика состояния больного является абсолютным показанием к ПРЛ.
- ИПР равен или более 18,1 балла - является абсолютным показанием к ПРЛ. Обязательно временное закрытие лапаротомной раны.
- В дальнейшем во время ПРЛ проводится оценка состояния брюшной полости в динамике с подсчётом балла шкалы ИПР и выставляются показания для завершения или продления ПРЛ.

Основываясь, на результатах МКБИ при РП у больных первого периода нами применены, усовершенствованные схемы АБТ представленные в таблице 3.

Во втором периоде послеоперационный период осложнился у 64 (46,4%) больных, при этом отмечено до 107 случаев. У 54 (39,1%) больных второго периода первая РЛ по поводу РП была проведена единожды без этапных санаций, ввиду интраоперационной оценки брюшной полости по шкале ИПР менее 10 баллов. В послеоперационном периоде у 3 (5,5%) больных развились ПО: у 2 пневмония и у 1 кровотечение с острых язв желудка, купированное медикаментозными препаратами. Летальных исходов в этой группе не было.

Таблица 3 - Схемы этиотропной АБТ при РП во втором периоде

Схемы АБТ	Препараты (суточная доза)	Показания
1 схема Цефалоспорины III – IV поколения + Аминогликозиды III поколения + Метронидазол	Цефотаксим (4-8г) Цефтриаксон (2-4г) Цефоперазон (4-8г) Сульперазон (4-8г) Цефепим (4-8г) Амикацин (1г) Метрогил (1,5г)	Неосложненные формы перитонита при АРАСНЕ II менее 15 баллов. Сепсис, развившийся вне больницы и отрицание приема антибиотиков.
2 схема Фторхинолоны II поколения + Аминогликозиды III поколения + Метронидазол	Ципрофлоксацин (400 – 800 мг) Амикацин (1 г) Метрогил (1,5)	РП, сепсис, АРАСНЕ II 15 – 19 баллов. Длительность лечения в стационаре более 5 – 7 суток. АБТ в анамнезе.
3 схема Карбапенемы (монотерапия)	Имипенем (3 г) Меропенем (3 г)	РП, сепсис, АРАСНЕ II 20 – 24 баллов. Инфицированный панкреонекроз. Наличие экстраабдоминальных очагов инфекции.
4 схема Гликопептиды или Оксазолидоны + Метронидазол	Ванкомицин (2 г) Линезолид (1,2 г) Метронидазол (1,5 г)	РП, тяжелый сепсис, АРАСНЕ II свыше 25 баллов. Наличие экстраабдоминальных инфекций. Длительность лечения в стационаре более 10 – 14 дней. Повторное поступление в отделение реанимации

52 (37,7%) больных со значением ИПР от 10,1 до 18,0 баллов проведены ПРЛ однократно у 18 (34,6%) и многократные – у 34 (65,4%) больных. У данной категории больных стихание или прогрессирование инфекционно-воспалительного процесса брюшной полости оценивалось по шкале ИПР только в сравнении с предыдущим значением. Послеоперационный период осложнился у 29 (55,8%) больных. Наиболее часто встречающимися ПО у больных этой группы были спаечная кишечная непроходимость, различные формы пневмоний и прочие осложнения, такие как инфекция мочевыводящих путей. У 6 больных, послеоперационный период которых осложнился образованием абсцессов брюшной полости, в лечении применялись миниинвазивные методы. РЛ «по требованию» проведены у

7(13,5%) больных – из них у 4 больных с эвентрациями вследствие расхождения или прорезывания брюшинно-апоневротических швов и у 3 из-за ранней спаечной непроходимости. Летальность – 10 (68,7%) больных.

32 (23,2%) больных с баллами ИПР более 18,1 являются наиболее тяжелой по тяжести состояния и трагичной по исходам лечения. Согласно усовершенствованной тактике применялись многократные ПРЛ, из них проведено «по требованию» у 9 (28,1%) больных. У всех 100% осложненный послеоперационный период. Умерло 22 (68,8%) больных.

Во втором периоде исследования для обоснования и контроля проводимой АБТ у 138 больных с РП во время и после первой ПРЛ проведены 312 МКБИ. Как показали результаты МКБИ, микрофлора выявлена в 243 (77,9%) пробах. В 102 (42,0 %) МКБИ выделена монокультура, в 141 (58,0%) - МКА. Двухкомпонентные МКА выделены в 94 (38,7%), трехкомпонентные – в 44 (18,1%) и четырехкомпонентные – в 3 (1,2%) пробах.

Изучение видового состава выделенных микроорганизмов показало, что при первой ПРЛ преобладала грамотрицательная флора, составившая 71,0% от всех выделенных культур. Среди грамотрицательных бактерий преобладали кишечная палочка (*Escherichia coli*) – 23,7% и синегнойная палочка (*Pseudomonas aeruginosa*) – 25,3%. Грамположительная флора выявлена в 19,2% исследований. Преобладающими агентами среди грамположительных бактерий явились стафилококки (*Staphylococcus aureus*) выделен в 8,0% проб и возбудители рода энтерококков (*Enterococcus faecalis*) – 11,2%.

Во втором периоде исследования нами при поступлении больных назначалась усовершенствованная эмпирическая АБТ представленная в таблице 3. Так больным с РП применены 2-я схема АБТ у 21 (15,2%), 3-я схема у 32 (23,2%) и 4-я схема у 85 (61,6%) больных. Эффективность АБТ до получения бактериологических данных оценивалась по клиническим данным (температурная реакция, показатели сердечно-сосудистой и дыхательной систем, уровень лейкоцитоза и сдвиги лейкоцитарной формулы). Как правило, в течение трех дней, при правильно выбранной комбинации антибиотиков отмечалось снижение воспалительного

синдрома. Положительный клинический эффект получен при применении 2-й, 3-й и 4-й схем эмпирической АБТ у 106(76,8%) больных с РП. После выделения возбудителя и определения его резистентности, основным принципом этиотропной АБТ является переход на монотерапию наиболее эффективным препаратом.

Для оценки эффективности разработанного алгоритма усовершенствованной хирургической тактики при РП проведен сравнительный анализ периодов исследования. Так, сравнительная оценка результатов лечения в зависимости от степени ИПР и исходов лечения представлена в таблице 4.

Таблица 4 - Сравнительная оценка результатов лечения в зависимости от степени ИПР и исходов лечения

степень ИПР	Первый период		Второй период	
	Больные	Умершие	Больные	Умершие
	n	M±m, %	n	M±m, %
≤ 10 баллов	39	-	54	-
10,1 – 18 баллов	29	9(31,0±8,6)	52	10(19,2±5,5)
≥ 18,1 баллов	48	31(64,6±6,9)	32	22(68,8±8,2)
ВСЕГО	116	40(34,5±4,4)	138	32(23,2±2,6)*

* - различие статистически значимо при сравнении летальности с первым периодом (p< 0,01).

Отмечается достоверное снижение общей летальности. Благодаря разработанному алгоритму прогнозирования РЛ, во втором периоде нам удалось снизить РЛ «по требованию» с 39 (33,6%) до 16 (11,6%) и полностью отказаться от «лишних» ПРЛ.

Таким образом, применение усовершенствованной хирургической тактики, основанной на прогнозировании ПРЛ и дифференцированной АБТ, позволило снизить летальность на 11,3% (34,5% в первом периоде до 23,2% во втором периоде).

Выводы

1. Анализ результатов лечения больных с РП первого периода исследования выявил, что субъективный подход в решении

показаний к ПРЛ приводит к РЛ «по требованию» в 33,6% случаев, наиболее частые осложнения – нагноение раны (13,8%), эвентрация (11,2%), в 40,2% клинических наблюдений - неадекватная эмпирическая АБТ. Всё вышеперечисленное привело к высоким показателям ПО (64,6%) и летальности (34,5%).

2. Методом статистической обработки с использованием корреляционного анализа определены 6 значимых ИОП РП влияющих на продолжение этапных санаций: характер экссудата брюшной полости ($r=0,79$), диаметр тонкого кишечника ($r=0,83$), фибринные наложения ($r=0,83$), перистальтика кишечника ($r=0,83$), инфильтрация кишечника с брыжейкой ($r=0,79$) и площадь поражения брюшной полости ($r=0,82$).
3. На основании установленных значимых ИОП РП разработана шкала ИПР и алгоритм показаний к ПРЛ, что позволило снизить количество РЛ «по требованию» с 39(33,6%) до 16(11,6%) и полностью воздержаться от «лишних» ПРЛ во втором периоде.
4. Микробная флора при РП перитоните имеет полиэтиологический характер с превалированием в ходе лечения грамотрицательных возбудителей – 71% от выделенных культур. Наиболее эффективными препаратами у больных с РП являются комбинированная терапия цефалоспоринов III-IV поколений с аминогликозидами и метронидазолом, монотерапия карбапенемами при сохранении чувствительности микроорганизмов и гликопептидные препараты с карбапенемами, применение которых обеспечил положительный клинический эффект у 106 (76,8%) больных второго периода.
5. Использование усовершенствованной хирургической тактики на основе разработанной шкалы ИПР и применение схем этиотропной АБТ привело к достоверному снижению числа ПО с 64,6% до 46,4% и уровня летальности с 34,5% до 23,2%.

Список литературы:

1. Аскерханов Г.Р. Применение алгоритма в определении показаний к повторным операциям при перитоните / Г.Р. Аскерханов, А.Г. Гусейнов, У.З. Загиров и др. // Ю-Росс. медицинский журнал.-2000.-№3-4.-С.32-36.
2. Брискин Б.С. Антибактериальная терапия у больных с тяжелыми формами распространенного перитонита / Б.С. Брискин, М.Д. Дибиров, Н.Н. Хачатрян // Consilium medicum. 2008. №1 - с. 23-26.
3. Григорьев Е.Г. Релапаротомия в лечении послеоперационного перитонита / Е.Г. Григорьев, С.Л. Колмаков, Е.В. Нечаев и др. // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН, 2005, № 3 (41) С. 218-219.
4. Костюченко К.В. Прогнозирование исходов хирургического лечения распространенного перитонита: диссертация доктора мед. наук: 14.00.27 / К.В. Костюченко // - Ярославль, 2009.- 226 с.
5. Луммер К.Б. Обоснование критериев завершения программированных санационных вмешательств при лечении распространенного перитонита: диссертация ... кандидата медицинских наук: 14.00.27 / К.Б. Луммер // - Москва, 2010.- 139 с.
6. Мустафин Р.Д. Программированная релапаротомия при распространенном гнойном перитоните / Р.Д. Мустафин, Ю.В. Кучин, В.Е. Кутуров // Хирургия. Жур.им. Н.И. Пирогова. – 2004. - № 10. – С. 27-30.
7. Савельев В.С. Программируемые релапаротомии в лечении распространенного перитонита. Варианты тактических решений В.С. Савельев, М.И. Филимонов, П.В. Подачин и др. // Инфекции в хирургии. -2009.-№4.-С.13-19.
8. Шуркалин Б.К. Хирургические аспекты лечения распространенного перитонита / Б.К. Шуркалин, А.П. Фаллер, В.А. Горский // Хирургия. – 2007. – № 2. – С. 24–28.

БОЛЕЗНЬ ДЕВИКА ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА ЦЕНТРА РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА И ДРУГИХ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ГОРОХОВА Н.Ю., НИКОЛАЕВА Т.Я., ОКОНЕШНИКОВА Л.Т.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

РОССИЯ, РЕСПУБЛИКАНСКАЯ БОЛЬНИЦА №2-ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ, Г. ЯКУТСК

Аннотация. В статье обсуждаются клинические проявления и томографические характеристики редкого демиелинизирующего заболевания центральной нервной системы – оптикомиелита, или болезни Девика. Приводится описание собственных наблюдений по данным регистра центра Рассеянного склероза и других демиелинизирующих заболеваний, где диагноз был установлен на основании современных вспомогательных диагностических критериев оптического миелита, в том числе с учетом результатов магнитно-резонансно томографического исследования.

Ключевые слова: рассеянный склероз, болезнь Девика, оптикомиелит, магнитно-резонансная томография.

Abstract. The review discusses pathogenic mechanisms as well as clinical features and MRI characteristics of neuromyelitisoptica (Devic's disease). The description of his own observations according to the register center Multiple Sclerosis and other demyelinating diseases, where the diagnosis was made on the basis of modern diagnostic criteria auxiliary optical myelitis, including taking into account the results of magnetic resonance tomography.

Key words: multiple sclerosis, Devic's disease, myelitisoptica, magnetic resonance imaging.

Демиелинизирующие заболевания нервной системы являются наиболее актуальной проблемой в клинической неврологии. Особую группу среди демиелинизирующих заболеваний нервной системы занимает оптикомиелит. Оптикомиелит (болезнь Девика) – воспалительное демиелинизирующее заболевание, характеризуется селективным поражением зрительных нервов (острый и подострый неврит) и спинного мозга (обширный поперечный миелит). Болезнь Девика считается тяжелым вариантом рассеянного склероза и часто неправильно диагностируемым, как рассеянный склероз, но прогноз и лечение являются различными. В последнее десятилетие научные представления о болезни Девика существенно расширились. Ведутся дискуссии о нозологической самостоятельности. Повсеместно проводятся широкомасштабные эпидемиологические исследования. Впервые эпидемиологический анализ демиелинизирующих заболеваний в Якутии было проведен в 1984-85х гг. Поповым В.С., тогда распространенность данной патологии была наименьшей по Сибири и Дальнему Востоку и составляла 2,1 случая на 100 тыс. населения. За период 1950-85гг. не было описано случаев заболевания у коренных народностей Сибири и Дальнего Востока. Первое описание достоверного рассеянного склероза у якутов было опубликовано в 1995г. Николаевой Т.Я., Бабенко Л.И.

Цель исследования. Изучить клинико-томографические характеристики пациентов с болезнью Девика по данным регистра.

Материал и методы исследования. В исследование включены 14 пациентов с болезнью Девика. Для сбора первичного материала использована формализованная карта пациента, в которой зарегистрированы анамнестические данные, данные неврологического, объективного осмотров, особенности течения, продолжительность, провоцирующие факторы, возможные причины, данные лабораторных и инструментальных методов исследования (магнитно-резонансная томография, зрительно-вызванные потенциалы).

В 2006 году на базе неврологического отделения РБ№2 ЦЭМП был открыт центр рассеянного склероза и других демиелинизирующих заболеваний.

По данным регистра и по литературным данным в последние года отмечается неуклонный рост демиелинизирующих заболеваний, в частности среди коренного населения Республики Саха (Якутия). На конец 2013 года зарегистрировано 316 больных с демиелинизирующими заболеваниями, в т.ч. с рассеянным склерозом (264 человек + 14 с болезнью Девика), проживающих на территории республики. В отличие от ранее существовавшей версии о том, что якутская этническая группа «свободна» от рассеянного склероза, на сегодняшний день, в Центре состоят на учете 46 представителей коренного населения Республики, при этом ежегодно выявляется 1-2 новых случая заболевания рассеянного склероза. Распространенность рассеянного склероза за последние 5 лет увеличилась в общей популяции в 1,5 раза, в якутской этнической группе отмечается рост распространенности более чем в 2 раза. Изучение клинической картины рассеянного склероза в якутской этнической группе показало, что имеют место следующие варианты течения болезни: оптикомиелит Девика, оптикоспинальная форма рассеянного склероза, классический «европейский» вариант и «переходные» формы, не имеющие полного соответствия с указанными выше и требующие дальнейшего наблюдения. Также нельзя недооценивать частоту «смешанных» браков на территории республики.

На сегодняшний день с болезнью Девика в центре зарегистрировано 14 пациентов. По национальности и полу пациенты распределились следующим образом: все представители якутской этнической группы, все женского пола. Средний возраст составляет 44года, в возрастном диапазоне от 25 лет до 30 лет 1 пациент, от 31 года до 40 лет 3 пациентов, от 41 до 50 лет 3, от 51 до 60 лет 5, от 61 года и старше 2 пациента. Средний возраст дебюта заболевания составил 29 лет. В 42% случаев в клинической картине в дебюте заболевания преобладали зрительные нарушения, асимметричное поражение глаз, затем поражение пирамидной системы и смешанные проявления (сочетания зрительных и пирамидных, тазовых нарушений). Средний период между появлением зрительных нарушений и появлением «спинальных» (пирамидных) нарушений составил 1-2 года (1,8 лет), по литературным данным полная клиническая картина болезни может

проявиться в течение 8 недель. Течение болезни чаще многофазное с периодами обострения и ремиссии и, в отличие от рассеянного склероза, более тяжелое. Атаки оптического неврита нередко (по некоторым данным почти в 80% случаев) являются первым проявлением заболевания, предшествуя миелиту. Поражение зрительных нервов обычно тяжелое, может быть одно- либо двусторонним. Среди параклинических методов диагностики наибольшую значимость при болезни Девика имеет магнитно-резонансная томография головного и спинного мозга. Всем пациентам была проведена магнитно-резонансная томография головного и спинного мозга с внутривенным введением контрастного вещества, для верификации диагноза и определения активности заболевания. У большей половины пациентов очаги демиелинизации были обнаружены в шейном отделе спинного мозга (наиболее частое поражение С2-С5) и в грудном отделе спинного мозга, затрагивающим более 2-3 сегмента с последующей дегенерацией в виде развития атрофии соответствующих сегментов спинного мозга, в головном мозге очагов демиелинизации не обнаружено. При офтальмоскопии обнаружена либо нормальная картина глазного дна (в 1 случае), чаще наблюдалась картина полной или частичной атрофии зрительного нерва, что также коррелировало с результатами вызванных потенциалов, в частности зрительных: замедление проведения по зрительным нервам по демиелинизирующему типу.

Результаты исследования. При анализе клинических данных и данных МРТ выявлено, что миелит при болезни Девика, в отличие от наблюдаемого при типичном рассеянном склерозе, является обычно более тяжелым, с острым (на протяжении часов – дней) развитием симметричных грубых двигательных, чувствительных и сфинктерных нарушений («полный поперечный миелит»), тогда как при рассеянном склерозе расстройства асимметричные, преимущественно либо двигательные, либо чувствительные, с негрубым нарушением функции тазовых органов (неполное поперечное поражение спинного мозга). У большинства пациентов с болезнью Девика после атаки миелита имеет место частичное восстановление двигательных функций, однако полный регресс не характерен. Поражения зрительных нервов и спинного мозга в некоторых

случаях могут возникать одновременно, но чаще – с временным интервалом, который может составлять месяцы, годы и даже десятилетия. Атаки оптического неврита в большинстве пациентов по данным регистра являются первым проявлением заболевания, предшествуя миелиту. Кроме этого, в клинике, в отличие от рассеянного склероза, начало заболевания приходится на более зрелый возраст, чаще болеют женщины, по данным нашего регистра все женского пола, все представители якутской этнической группы. По данным МРТ спинного мозга в острой фазе миелита, выявлялся обширный непрерывный очаг поражения спинного мозга, который распространялся по длиннику более чем на 2-3 позвоночных сегмента, тогда как при рассеянном склерозе очаги демиелинизации в спинном мозге по длине обычно не превышают одного позвоночного сегмента. На МРТ головного мозга у наших пациентов с болезнью Девика не выявлялось никаких патологических изменений.

Заключение. Болезнь Девика относится к редким заболеваниям, при этом в литературе нет точных данных о заболеваемости и распространенности болезни Девика. На сегодняшний день сведения об эпидемиологии основываются на результатах отдельных исследований. В последние года отмечается неуклонный рост демиелинизирующих заболеваний, в частности среди коренного населения Республики Саха (Якутия). Оптикомиелит (болезнь Девика) относится к тяжелым инвалидизирующим заболеваниям, затрагивающим лица трудоспособного возраста, нередко трудно диагностируемым, так как многие случаи болезни нередко ошибочно трактуются как рассеянный склероз, рецидивирующий поперечный миелит, рецидивирующий ретробульбарный неврит, оптикомиелит при различных системных заболеваниях. Таким образом, своевременная диагностика заболевания с учетом некоторых клинических особенностей, с использованием лабораторных методов (определение олигоклональных антител, определение уровня антител к аквапорину 4), инструментальных методов (особенности МР-картины при болезни Девика), своевременное проведение специфического лечения, поможет снизить вероятность формирования необратимого неврологического дефицита.

Список литературы:

1. Гусев Е.И. Рассеянный склероз. М.: Реал Тайм, 2011.-528 с.:ил.
2. Минурова А.Р. Клинико-эпидемиологическое исследование рассеянного склероза в Якутии: дисс. ... канд. мед. Наук. Москва, 2005.
3. Тотолян Н.А. Оптиконейромиелит: учебное пособие.- СПб.: Издательство НИИЭМ им. Пастера, 2009.-56 с.:ил.
4. Трофимова Т.Н. Лучевая диагностика рассеянного склероза. СПб: ЭЛБИ-СПб., 2010.-128с.

КОМПЛАЕНТНОСТЬ К МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ Q - ПОЗИТИВНЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

ГУРЬЕВА Э.В.^{1,2}, ПАВЛОВА А.В.^{1,2}, КЫЛБАНОВА Е.С.¹

¹Россия, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

²Россия, РЕСПУБЛИКАНСКАЯ БОЛЬНИЦА № 2 – ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ, г. ЯКУТСК

Аннотация. В статье рассмотрена проблема комплаентности к медикаментозному лечению у больных, перенесших Q – позитивный инфаркт миокарда. Выявлена более низкая приверженность к лечению у пациентов в отношении всех групп препаратов, с большей долей снижения приема статинов.

Ключевые слова: вторичная профилактика, комплаентность.

Abstract. The article deals with the problem of compliance to medication in patients after Q - positive myocardial infarction . Found lower adherence to treatment in patients in all groups of drugs , with a greater proportion reducing statins .

Key words: secondary prevention , compliance.

По оценкам ВОЗ ежегодно в мире от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) погибают более 17 млн человек. Ожидается, что к 2020 году смертность от ССЗ достигнет в мире примерно 25 млн. человек в год [2,3]. В России показатель смертности от болезней кровообращения продолжает расти и ее доля в общей смертности населения в последние годы в России составляет 59,1% [1]. Величина смертности и частота новых сердечно-сосудистых осложнений является максимальной в течение первых 3 месяцев после инфаркта миокарда (ИМ). Особенности складывающейся в

России ситуации заключается в том, что основное увеличение смертности в стране за последние 15 лет произошло за счет лиц молодого, трудоспособного, репродуктивного возраста [4,5].

Одной из причин такой ситуации в нашей стране может быть недостаточная профилактическая активность, направленная на предупреждение развития и прогрессирования заболевания, которая должна строиться на научной концепции факторов риска и борьбы с ними. Значительную роль в снижении показателей инвалидизации и смертности в отдаленном периоде после ИМ играет адекватная вторичная профилактика в постинфарктный период [6]. Вторичная профилактика невозможна без регулярного применения лекарственных препаратов, доказавших свою эффективность в многочисленных клинических испытаниях. Так, всем пациентам с установленным диагнозом ИБС показано назначение препаратов из группы дезагрегантов, бета – адреноблокаторов, статинов, ингибиторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) при отсутствии явных противопоказаний [7].

Целью исследования явилось изучение комплаентности к медикаментозному лечению у больных, перенесших Q-позитивный инфаркт миокарда.

Материалы и методы. В работу включены предварительные данные клинического исследования «Вторичная профилактика у больных, перенесших Q-позитивный инфаркт миокарда».

Набор клинического материала проводится с 2013 года в отделении неотложной кардиологии с группой интенсивной терапии (ОНК с ГРИТ) Регионального сосудистого центра (РСЦ) РБ№2 – ЦЭМП. На данном этапе в анализ включены 74 пациента из г. Якутска с Q – позитивным острым инфарктом миокарда, госпитализированных в период с января по декабрь 2013 года. Средний возраст пациентов равен $58 \pm 1,25$ лет. Большинство пациентов составили мужчины – 60 (81%). Из 74 пациентов ЧКВ проведено у 73 человек.

Диагноз ОИМ выставлен согласно рекомендациям европейского общества кардиологов, 2009 года, на основании совокупности клинических данных, результатов электрокардиографии, достоверного повышения уровня кардиоспецифических ферментов в крови и наличия зон асинергии по результатам эхокардиографии.

Критерии включения больных в исследование:

- наличие клинико-электрокардиографических признаков Q-позитивного ИМ;
- возраст от 30 до 74 лет.

Критерии исключения пациентов из исследования: возраст старше 75 лет; развитие летального исхода во время госпитализации; перенесенный в течение последних 12 месяцев ОНМК; коматозное состояние пациента; сопутствующая патология: злокачественная опухоль; иногородние пациенты; отказ от исследования.

В отделении кардиологии больным с ОИМ в соответствии со стандартом лечения больных с острым коронарным синдромом проводили лечение, включая инфузионную терапию нитратами, внутривенную инфузию нефракционированного гепарина (под контролем АЧТВ), препаратами, блокирующими β -адренергические рецепторы, дезагрегантами, ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента, антагонистами кальция. Чрескожные коронарные вмешательства проводились непосредственно после выполнения диагностической СКАГ.

После выписки из стационара пациентам были даны подробные рекомендации о необходимости проведения профилактических мероприятий, изменения образа жизни, а также приема всех рекомендованных лекарственных препаратов. Оценка состояния и исходов проводилась через 6 и 12 месяцев.

Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ SPSS 19.

Результаты. После выписки из стационара через 6 месяцев число больных, продолжающих принимать назначенные препараты, существенно снизилось. В той или иной степени, уменьшение частоты приема относилось к препаратам всех основных групп. В течение 6 месяцев произошло снижение частоты приема клопидогрела – на 22%, β – адреноблокаторов – на 22%, ингибиторов АПФ – на 14%. Наибольшая «потеря» зарегистрирована в отношении статинов – препараты из этой группы прекратили принимать после выписки 53% пациентов.

Через 12 месяцев после выписки из стационара число больных, продолжающих принимать назначенные препараты, незначительно увеличилось в отношении клопидогреля, β -адреноблокаторов и статинов. Мы считаем, что положительная динамика по приему препаратов, возможно, произошла за счет проведения повторной консультации и повторного назначения препаратов. Уменьшение частоты приема относилось к препаратом всех основных групп: клопидогрела – на 8%, β – адреноблокаторов – на 10%, ингибиторов АПФ – на 11%, статинов – 19%. Согласно литературным данным в течение 6 месяцев после ОИМ у 30% пациентов ЛЖ увеличивается на 20%, несмотря на проводимую терапию. В связи с чем, возможно у проанализированных пациентов, перенесших ИМ, нарастают признаки сердечной недостаточности и к лечению добавлены диуретики. За 12 месяцев наблюдения произошло увеличение приема диуретиков до 75% от первоначально назначенных. Также 14 (19%) пациентов, из числа исследуемых, были повторно госпитализированы в стационар, по поводу повторного ОКС или декомпенсации ХСН.

Таблица 1 - Частота приема лекарственных средств на момент выписки и в течении 6, 12 месяцев после перенесенного Q - позитивного инфаркта миокарда

Препараты	Рекомендовано при выписке из стационара		Принимал через 6 месяцев		Принимал через 12 месяцев	
	Абс. числа	%	Абс. числа	%	Абс. Числа	%
Аспирин	74	100	74	100	74	100
Клопидогрель	74	100	65	88	68	92
β-адреноблокаторы	69	93	54	73	62	84
Ингибиторы РААС/сартаны	65	88	59	80	58	78
Статины	74	100	35	47	60	81
Блокаторы кальциевых каналов	6	8	5	7	6	8
Диуретики	20	27	25	34	35	47

Заключение. При выписке из стационара все пациенты были выписаны с подробными рекомендациями об изменении образа жизни, о приеме лекарственных препаратов, таких как: дезагреганты, β-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ или сартаны, статины, диуретики. Но при проспективном наблюдении через 6 и 12 месяцев большинство пациентов самостоятельно отменили ряд препаратов. Особенно стоит подчеркнуть низкую приверженность к приему статинов.

В связи с отменой препаратов по лечению ИБС и наличия множества факторов риска продолжают повторные госпитализации пациентов по поводу ОКС или декомпенсации ХСН, также имеются летальные случаи. Прекращение медикаментозной терапии после перенесенного ИМ ассоциирована с повышением риска смерти: отмена трех препаратов (аспирин, β – адреноблокаторы. статины) – ОР 3,81; одного препарата аспирина – ОР 1,82; β – адреноблокатора – ОР 1,96; статинов – ОР 2,86.

Полученные результаты позволяют обратить внимание на вторичную профилактику ИБС, для уменьшения случаев повторных госпитализаций и уменьшения летальных исходов после выписки со стационара.

Список литературы:

1. Бокерия Л.А. Альтернативные методы оценки распространенности сердечно - сосудистых заболеваний и оценки потребности в медицинских технологиях // Здравоохранение. - 2006. - №2. - С. 37 - 44.
2. Ефанов А.Ю. Приверженность пациентов, перенесших острый коронарный синдром, к модификации образа жизни, а также приему основных групп медикаментозных препаратов// Сборник материалов окружной научно-практической конференции «Проект Югра-Кор в рамках реализации национального проекта в сфере здравоохранения на территории Ханты-Мансийского автономного округа-Югры». - Сургут, 2010. - С. 37- 40.
3. Ефанов А.Ю., Низамова Д.Ф., Дороднева Е.Ф., Шалаев С.В. Эффективность коррекции модифицируемых факторов риска ИБС среди больных, перенесших острый коронарный синдром. Приверженность к терапии / // материалы «Человек и лекарство. Урал - 2010». – Тюмень, 2010. - С. 80.
4. Руда М.Я. Острый коронарный синдром: система организации лечения // Кардиология. - 2011. - №3. - С. 4-9.
5. Чазов Е.И. Неотложная кардиология. - М: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - С. 10-22.
6. Эрлих А.Д. Результаты шестимесячного наблюдения за больными с острыми коронарными синдромами в Российском регистре РЕКОРД // Кардиология. - 2011. - №12. - С. 11-16.
7. Эрлих А.Д. Грацианский Н.А. и участники регистра РЕКОРД. Регистр острых коронарных синдромов РЕКОРД. Характеристика больных и лечение до выписки из стационара // Кардиология. - 2009. №7. - С. 4-12

ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ЯКУТИИ

ДМИТРИЕВА Т.Г.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Abstract. Epidemiological research and clinical and laboratory data of children and adolescents with hepatitis in the Republic of Sakha (Yakutia). The studied group consisted of 35 patients with chronic viral hepatitis mixed etiology from age 1 year to 16 year. Chronic hepatitis B detected in 153 patients, chronic hepatitis C detected in 116 patients, chronic hepatitis B + C was detected in 18 patients with chronic hepatitis B + D - 15 patients and chronic hepatitis B + D + C - 2 patients. The diagnosis was confirmed by ELISA and PCR. In children and adolescents with hepatitis held comparison analysis of clinical and laboratory parameters depending on the etiology of the process. There were statistically significant differences in the ethnic composition of the patients in the distribution by sex and age. Marked signs of impaired liver function and cytolytic syndrome, revealed a high incidence of anemia (50%) in patients with mixed - hepatitis. Epidemiological process with mixed - hepatitis in children and adolescents in the Sakha Republic (Yakutia) has some peculiarities. Mixed liver infection two or three viruses determines the severity of the pathological process. Patients with mixed - hepatitis observed clear signs of chronic intoxication.

Вирусные гепатиты (ВГ) являются социально значимым заболеванием человека и служат одной из главных причин хронических заболеваний печени. По данным Всемирной организации здравоохранения в мире насчитывается более 500 млн. человек инфицированных вирусом гепатита В и около 150 млн. – вирусом гепатита С. Благодаря введению в российский национальный календарь прививок вакцинации против ВГВ существенно снизилось число случаев ОГВ и неуклонно снижается, число новых случаев ХГВ. Достигнуты несомненные успехи в лечении хронических гепатитов, особенно ХГС. Несмотря на существенный прогресс в диагностике, лечении

и профилактике гепатотропных вирусных инфекций эта проблема далека от своего решения [3,4,6].

Актуальность ВГ в педиатрии определяется неуклонным ростом инфицирования лиц детородного возраста и риском перинатальной передачи вирусов с потенциальной возможностью возникновения особо тяжелых фульминантных или первично-хронических форм [1,2,5].

Цель. Изучить клинико-лабораторные проявления ХГВ, ХГС и микст-гепатитов, проживающих в гиперэндемичном регионе, на примере Республики Саха (Якутия).

Методы и материалы. Группа пациентов с ХГВ составила 50,3% (153 ребенка), из них у 122 пациента выделен HBsAg, у 31 пациента (9,9%) при наличии а-HBcor и DNA HBV, не определялся HBsAg и а-HBsAg. В группу с хроническим вирусным гепатитом С вошли 116 пациентов (38,4%). В группу больных с микст-гепатитами включены 35 пациента, что составило 10,9%. Из них ХГВ+С установлен у 18 больных (6%), ХГВ+D у 15 (5%), ХГВ+С+D у 2 (0,7%).

Результаты. Для хронических гепатитов у детей и подростков характерным является малосимптомное течение. В подавляющем большинстве случаев больные и их родители не подозревали о наличии хронического заболевания печени. Не более чем у трети пациентов отмечались жалобы, однако они носили непостоянный и неярко выраженный характер. Жалобы пациентов, связанные с нарушением дезинтоксикационной функции печени (повышенная утомляемость, слабость, реже головные боли), родители детей нередко связывали с нагрузкой в школе. Кровоточивость, связанная с нарушением синтеза факторов протромбина, проконвертина и других плазменных факторов свертывающей системы крови, при гепатитах выражается в скудных носовых кровотечениях в ночное или утреннее время и также, нередко, не вызывала тревоги у родителей. В целом для моногепатитов характерна скудная клиническая картина. Выявлены статистически значимые различия в частоте регистрации жалоб у пациентов с моно- и микст-гепатитами ($p < 0,05$). По характеру жалоб, так же есть некоторые различия. Жалобы, связанные с наличием хронической интоксикации и нарушением функции печени чаще отмечены у пациентов с

микст-гепатитами. Статистически значимые различия выявлены по частоте жалоб на недомогание ($p < 0,05$), жалоб диспепсического характера ($p < 0,05$), боли в животе без четкой локализации ($p < 0,05$), носовые кровотечения ($p < 0,05$). В частоте жалоб, которые могут быть, связаны с сопутствующей патологией, статистически значимые различия не выявлены. Однако если, при моно-гепатитах частота этих жалоб в целом совпадала с частотой сопутствующих заболеваний ЖКТ и гепатобилиарной системы, то при микст-гепатитах жалобы диспепсического характера встречались значительно чаще. Таким образом, диспепсические явления и болевой синдром у больных с микст-гепатитами также являются проявлением нарушения функции печени (табл.).

Таблица 1 - Жалобы больных ХГ

Жалобы \ ХГ	ХГВ (n=153)				ХГС (n=116)		Микст-гепатиты (n=35)				p
	HBsAg+ (n=122)		HBsAg- (n=31)		n	%	ХГВ+С (n=18)		ХГВ+D (n=15)		
	n	%	n	%			n	%	n	%	
Жалобы	43	35,2	8	25,8	26	22,4	12	66,7	12	80	<0,05
Жалобы на недомогание	27	22,1	7	22,6	12	10,3	11	61,1	10	66,7	<0,05
Диспепсические жалобы	22	17,9	4	13,4	24	20,7	10	55,6	11	73,3	<0,05
Боли в животе без четкой локализации	12	9,8	3	9,7	11	9,5	3	16,7	5	33,3	<0,05
Боли в правом подреберье	4	3,3	1	3,2	5	4,3	0	0	0	0	>0,05
Боли в эпигастрии	8	6,6	1	3,2	2	1,6	3	16,7	2	13,3	>0,05
Носовые кровотечения	26	21,3	6	19,4	12	10,3	7	38,9	5	33,3	<0,05
Головные боли	3	2,5	1	3,2	1	0,8	0	0	0	0	>0,05
Сухость кожи	6	4,9	2	6,5	2	1,6	2	11,1	2	13,3	>0,05
Кожный зуд	3	2,5	1	3,2	0	0	1	5,6	0	0	>0,05
Нарушение стула	3	2,5	6	19,4	5	4,3	1	5,6	0	0	>0,05

дисгармоничное развитие с дефицитом массы тела. Статистически значимых различий в физическом развитии у пациентов с моно- и микст-гепатитами не выявлено (табл. 2).

Таблица 2 - Масса тела и рост больных ХГ

Центили	ХГВ (n=153)				ХГС (n=116)				Микст-гепатиты(n=35)			
	Масса тела		Рост		Масса тела		Рост		Масса тела		Рост	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
До 3	7	4,5	3	1,9	9	7,8	3	2,6	3	8,5	1	2,8
3-10	27	17,6	5	3,2	23	19,8	2	1,7	10	28,5	1	2,8
10-25	44	28,7	25	16,3	31	26,7	21	18,1	8	22,8	3	8,5
25-75	63	41,1	82	53,5	33	28,4	56	48,3	10	28,5	25	71,4
75-90	6	3,9	22	14,4	9	7,8	24	20,7	3	8,5	3	8,5
90-97	3	1,9	15	9,8	8	6,9	9	7,8	0	0	2	5,7
Больше 97	3	1,9	1	0,7	3	2,6	1	0,9	1	2,8	0	0

О поражении паренхимы печени свидетельствовала и частота микроциркуляторных расстройств («пальмарная эритема, телеангиоэктазии) до 33,3% случаев, выявляемых только у подростков. У ряда пациентов на коже груди и живота выявлялась также расширенная венозная сеть, однако при дальнейшем обследовании признаков портальной гипертензии не выявлено (табл. 3).

Таблица 3 - Частота внепеченочных признаков у больных ХГ

Внепеченочные признаки	ХГВ (n=153)		ХГС (n=116)		Микст-гепатиты (n=35)	
	n	%	n	%	n	%
Пальмарная эритема	3	1,9	2	1,6	2	5,7
Телеангиоэктазии	2	1,3	0	0	10	28,6
Расширение венозного рисунка	13	8,5	9	7,7	1	2,8

Гепатомегалия перкуторно и пальпаторно определялась не чаще чем в 30% случаев у детей с моно-гепатитами и более чем у половины пациентов с микст-гепатитами. Значительно реже встречалась гепатоспленомегалия. Данные клинического осмотра в целом совпадали с данными УЗИ. Выявлены статистически значимые различия в частоте гепатомегалии ($p < 0,05$), гепатоспленомегалии ($p < 0,05$), повышение эхоплотности паренхимы печени ($p < 0,05$) и изменения сосудистого рисунка ($p < 0,05$) между моно-гепатитами и микст-гепатитами, причем следует отметить, что если увеличение размеров печени практически одинаково часто

встречалось при ХГВ+С и ХГВ+D, то изменения со стороны паренхимы печени достоверно чаще отмечали при ХГВ+D (табл. 4).

Таблица 4 - Данные УЗИ больных ХГ

Показатель	ХГВ (n=153)				ХГС (n=116)		Микст-гепатиты (n=35)				p
	HBsAg+ (n=122)		HBsAg- (n=31)				ХГВ+С (n=18)		ХГВ+D (n=15)		
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	
Гепатомегалия	33	27	4	12,9	29	25	11	61,1	8	53,3	<0,05
Гепатоспленомегалия	8	6,6	2	6,5	1	0,9	0	0	3	20	<0,05
Неоднородность эхоструктуры	11	9	5	16,1	10	8,6	4	22,2	3	20	>0,05
Повышение эхоплотности	14	11,5	2	6,5	8	6,9	3	16,7	6	40	<0,05
Уплотнение стенки желчного пузыря	10	8,2	4	12,9	9	7,7	1	5,6	3	20	>0,05
Усиление сосудистого рисунка	15	12,3	2	6,5	7	6	5	27,8	5	33,3	<0,05

В биохимическом исследовании крови выявлены следующие изменения. Гипопротеинемия отмечена у всех пациентов в пределах 20%. Наиболее часто гипопротеинемия фиксировалась у больных с ХГВ+D - в 40% случаев. В этой группе больных снижение уровня общего белка ниже 56 г/л отмечен в 25% случаев. Частота снижения уровня альбумина во всех группах превышала частоту гипопротеинемии. У больных ХГС, гипоальбуминемия была наиболее выражена - у 25% больных уровень альбумина был ниже показателя 33,1 г/л. При этом статистически достоверных различий в показателях протеинограммы у различных групп пациентов не выявлено. Снижение уровня альбумина и связанной с ним гипопротеинемией, свидетельствуют о нарушении белково-синтетической функции печени.

Анализ показателей цитолитиза показал, что во всех группах больных частота повышения АСТ больше, чем АЛТ ($p < 0,05$), что отличается от лабораторных данных характерных для ОГ. У пациентов с микст-гепатитами повышение уровня АЛТ статистически значимо выше, чем у больных с моногепатитами ($p < 0,05$). Биохимические маркеры поражения билиарной системы (ГГТП, ЩФ) отмечены у единичных пациентов.

Изменение жирового обмена наиболее часто характеризовалось повышением уровня холестерина. Гиперхолестеринемия составила 22,2% случаев (табл. 5).

Таблица 5 - Частота изменений в биохимическом исследовании крови больных ХГ

Показатель	ХГВ (n=153)				ХГС (n=116)		Микст-гепатиты (n=35)				p
	HBsAg+ (n=122)		HBsAg- (n=31)				ХГВ+С (n=18)		ХГВ+D (n=15)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Общий белок меньше N	24	19,7	6	19,4	26	22,4	4	22,2	6	40	>0,05
Альбумин меньше N	29	23,8	8	26,6	42	36,2	5	27,7	5	33,3	>0,05
АЛТ 1,5 N	5	4,1	2	6,5	9	7,7	4	22,2	4	26,7	<0,05
АЛТ более 2N	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6,7	
АСТ 1,5 N	37	30,3	8	25,8	35	30,2	9	50	6	40	<0,05
АСТ более 2N	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6,7	
гипербилирубинемия	22	18,2	6	20	19	16,4	5	22,2	4	26,7	>0,05
ГГТП больше N	1	0,8	0	0	0	0	1	5,6	0	0	>0,05
Щелочная фосфатаза больше N	0	0	1	3,2	0	0	1	5,6	1	6,7	<0,05
Холестерин	16	13,2	2	6,7	13	11,2	4	22,2	0	0	>0,05
β-липопротеиды	2	1,6	0	0	1	0,9	0	0	0	0	>0,05
Триглицериды	1	0,8	0	0	1	0,9	0	0	0	0	>0,05

К региональным особенностям течения ХГ у детей и подростков следует отнести и изменения картины крови. При анализе данных гемограммы выявлено, что снижение числа эритроцитов ниже возрастной нормы имеет место более чем у трети всех пациентов. Приблизительно у половины больных отмечено снижение гемоглобина, не зависимо от диагноза. В литературе имеют место указания на угнетающее действие, которое оказывает HBV на все клетки крови. Панцитопения характерна для ХГВ высокой активности, с цирротической направленностью. В нашем случае анемия встречалась значительно чаще, чем лейкопения и тромбоцитопения.

Выявлены статистически значимые различия в частоте лейкопении у пациентов с моно- и микст-гепатитами ($p < 0,05$). Среди пациентов с микст-гепатитами в среднем более чем в четверти случаев отмечена лейкопения.

Снижение числа тромбоцитов наиболее часто встречалась у больных ХГС+В (табл. 6).

Таблица 6 - Данные частоты изменений в гемограмме больных ХГ

Показатель	ХГВ (n=153)				ХГС (n=116)		Микст-гепатиты (n=35)				p
	HBsAg+ (n=122)		HBsAg- (n=31)				ХГВ+С (n=18)		ХГВ+D (n=15)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Эритроциты меньше N	45	37,2	12	40	43	37,1	7	38,9	5	33,3	>0,05
Гемоглобин меньше N	53	43,8	14	46,7	49	42,2	10	55,6	6	40	>0,05
Лейкоциты меньше N	5	4,1	1	3,2	4	3,4	5	27,7	2	16,6	<0,05
Тромбоциты меньше N	4	3,3	1	3,3	5	4,3	2	11,1	1	6,7	>0,05
ПТИ меньше N	8	6,5	1	3,3	2	10,5	3	30	2	33,3	>0,05

В группе пациентов с ХГВ HbsAg - мы не нашли статистически значимых различий в клинических данных и в показателях биохимического анализа крови. Следует обратить внимание на то, что больные ХГВ HbsAg-негативным, нередко ускользают от внимания врачей, так как скрининг проводится только по HbsAg. Введение в скрининг а-HBcor позволило нам выявить данную группу пациентов и наши исследования показывают, что эти больные страдают хроническим поражением печени не в меньшей степени, чем HbsAg + пациенты.

Разделяя пациентов по репликативной активности, мы выявили некоторые различия в клинико-лабораторных данных. При ХГВ выделялись варианты течения заболевания (интегративный и репликативный). Для интегративного варианта течения заболевания характерно практически полное отсутствие клинических данных и минимальные биохимические

изменения, что свидетельствует о минимальной активности патологического процесса.

Динамический мониторинг у больных ХГС с низкой репликативной активностью клинических проявлений и лабораторных тестов свидетельствует о наличии прогрессирующих нарушении белково-синтетической функции печени и цитолитического процесса, хотя и реже чем у больных ХГС с выраженной репликативной активностью. Важным нам представляется тот факт, что выявлены статистически значимые различия в регулярности наблюдений больных ХГС с различной активностью репликации. Детям и подросткам, у которых не выявляется постоянно RNA HCV часто ставился диагноз «носительство а-HCV». При анкетировании родителей этих пациентов выяснилось, что они не расценивают этот диагноз как заболевание. Предполагается так называемое «здоровое носительство». Термин «носительство» вводит в заблуждение родителей больного, и они не считают нужным регулярно наблюдаться у специалиста. Нередко такие пациенты «исчезали» из поля зрения врачей на несколько месяцев, а то и на годы. Что в свою очередь уменьшало шансы на выявление активной репликации.

Заключение. Для хронических моно-гепатитов у детей и подростков характерным является малосимптомное течение. Умеренная выраженность мезенхимально-воспалительного и цитолитического синдромов, чаще слабовыраженный фиброз, объясняются как высоким регенераторным потенциалом детского организма, так и тем, что дети и подростки не могут иметь большого стажа заболевания.

Нарушение функции печени, цитолитический процесс, иммунологические сдвиги более выражены при ХГВ. Клинико-лабораторные данные пациентов с ХГВ (HBsAg-) и ХГС с низкой репликативной активностью позволяет рассматривать их как ХГ с низкой и умеренной степенью активности. Клиническая картина микст-гепатитов характеризуются значительным нарушением самочувствия больных, стойкими проявлениями нарушения белково-синтетической функции печени и более значимым

цитолитическим синдромом. Максимальной выраженности эти изменения достигают при ХГВ+Д.

Применение расширенного скрининга на МВГ, с включением а-НВсog и а-НВs, у пациентов группы риска позволило выявить группу больных ХГВ НВsAg (-), доля которых среди ХГВ составила 6,8%. Частота и выраженность клинико-лабораторных проявлений у пациентов с ХГВ НВsAg (-) и НВsAg (+) не имеет статистически значимых различий. У больных ХГВ с низкой репликативной активностью практически полностью отсутствуют признаки нарушения функции печени.

У больных ХГС с низкой репликативной активностью имеют место те же тенденции нарушений синтетической функции печени и выраженности цитолитического синдрома, что и у больных ХГС с высокой репликативной активностью.

Список литературы:

1. Горячева, Л.Г. Диагностика и течение вирусных гепатитов у детей, инфицированных на первом году жизни / Л.Г. Горячева, М.А.Пономарева, Н.В.Рогозина и др. // Материалы конференции «Старые» и «новые» инфекции у детей в современных условиях». - С-Пб. - 2011. - С 109-113.
2. Илунина, Л.М. Врожденные вирусные гепатиты В и С у детей / Л.М. Илунина, Г.Д. Валова, Л.Н. Крючкова и др. // Журнал ифектологии. - 2011. - Приложение Т. 3, № 3. - С. 38.
3. Михайлов, М.И. Лабораторная диагностика вирусного гепатита С (Серологические маркеры и методы их выявления) / М.И. Михайлов // Вирусные гепатиты, достижения и перспективы. информ. бюлл. - 2004. - № 2 - С. 8-16.
4. Elisofon, S.A. Hepatitis B and C in children: current treatment and future strategies / S.A. Elisofon, M.M. Jonas // Clin. Liver Dis. - 2006. - V.10, № 1. - P. 133-148.
5. Onakewhor, J.U. Pattern and Risk Factors for Partner Infection with Hepatitis B Virus in a Prevention of Mother-to-Child Transmission Programme/ J.U. Onakewhor, Б.Н.Олагбуji , Е.Е. Окпере // West Afr. J. Med. - 2013. - V.32, № 2. - P. 110-114.
6. Sokal, E.M. Management of chronic hepatitis B in childhood: ESPGHAN clinical practice guidelines: consensus of an expert panel on behalf of the European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition/ E.M. Sokal, M. Paganelli, S. Wirth et al. // J Hepatol. - 2013. - V.59, № 4. - P. 814-829.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ЯКУТИИ

ДМИТРИЕВА Т.Г.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М.К.
АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Abstract. Among regions of the Russian Federation the Republic Sakha (Yakutia) concerns to zones with a high level of disease of a virus hepatites. In given clause the general epidemiological parameters of a chronic virus hepatites at children are considered. Results of research sexual and age structure of group of children by a chronic virus hepatites B, C and mix a hepatites are presented. Are studied data of the anamnesis, frequency of cases of a chronic virus hepatites in various regions of Republic Saha (Yakutia), an ethnic accessory of sick children are studied.

Эпидемиологическая обстановка в РФ по парентеральным вирусным гепатитам остается крайне неблагоприятной [3]. Показатели заболеваемости ХГВ и ХГС общем в популяции на 2011 в РФ составили 13 и 39,9 на 100000 населения. У детей до 14 лет этот показатель составил 1,35 и 2,1 на 100000 населения соответственно. Наиболее высокий показатель заболеваемости детей и подростков ХГ отмечался в ДВФО - 7,03 на 100000 детей в 2011 году. В РС(Я) этот показатель составил 4,75 на 100000 детей в 2011 году [2]. В арктических улусах РС(Я) частота обнаружения HBsAg у детей от 0 до 14 лет составляет 4,2% (в центральной зоне РФ – 2,7%) [4].

Такая негативная эпидемиологическая ситуация связана, с климатическими и медико-социальными условиями Крайнего Севера. Проблеме распространенности и факторов хронизации вирусных гепатитов среди коренного и пришлого населения Республики Саха (Якутия) посвящены лишь единичные исследования, у детей проблема ХГ не изучалась совсем

[1,4,5]. В этих работах показано, что уровень распространенности вирусов гепатитов В, С и Д на территории Республики Саха (Якутия) высок.

Цель работы. Изучение особенности эпидемиологического процесса ХГ у детей и подростков, проживающих в гиперэндемичном регионе, на примере Республики Саха (Якутия).

Методы и материалы. Использовались данные официальной статистики Территориального управления Роспотребнадзора по РС (Я), Федерального государственного учреждения здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в РС (Я)». Для оценки распространенности вирусных гепатитов В, С и D в Якутии изучены материалы официальной регистрации МЗ РС (Я). А также данные учета приема больных кабинета врача-гепатолога в Клиники педиатрии РБ№1 Национального центра медицины и кабинета врача-инфекциониста в Детской городской клинической больницы №2. Был проведен подробный анализ данных 304 пациентов с диагнозом хронический гепатит, состоявших на учете у врача-гепатолога в период с 2000 г. по 2012 г. Группа пациентов с ХГВ составила 50,3% (153 ребенка), из них у 122 пациента выделен HBsAg, у 31 пациента (9,9%) при наличии а-HBcor и DNA HBV, не определялся HBsAg и а-HBsAg. В группу с хроническим вирусным гепатитом С вошли 116 пациентов (38,4%). В группу больных с микст-гепатитами включены 35 пациента, что составило 10,9%. Из них ХГВ+С установлен у 18 больных (6%), ХГВ+D у 15 (5%), ХГВ+С+D у 2 (0,7%).

Результаты. Республика Саха (Якутия) всегда относилась к гиперэндемичным регионам. Заболеваемость вирусными гепатитами населения Якутии на протяжении всех лет наблюдения превышала таковую в среднем по стране (Рис. 1).

В последние годы отмечается значительно снижение заболеваемости вирусными гепатитами, особенно острыми формами. Однако длительное эпидемиологическое неблагополучие сформировало значительную прослойку хронических больных, которые являются постоянным источником инфекции. В силу того, что ХГ являются длительно текущим хроническим заболеванием, которое многие годы остается незамеченным. Распространенность данного заболевания, особенно среди детей

подростков остается не ясной. На основании косвенных признаков можно судить о достаточно высоких рисках заражения ВГ у детей и подростков. Так, доля беременных женщин с HBs-антигемией за 2000–2011 гг. составила 3,29%, при этом в динамике не прослеживалась тенденция к снижению. Частота инфицированности вирусом гепатита С составила 1,1%. В детском возрасте чрезвычайно высок риск перинатальной передачи инфекции. Значительное распространение ХГ среди взрослого населения РС(Я) (от 120,1 на 100 тыс. населения в 2003 г. до 88,4 на 100 тыс. населения в 2011г.) свидетельствует о широких контактах с этими больными детей и подростков.

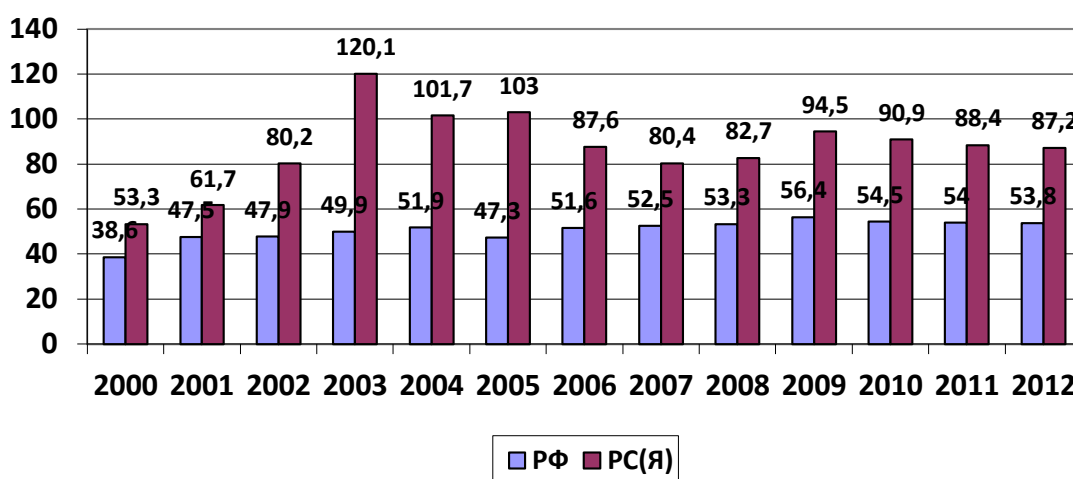


Рис. 1 Заболеваемость впервые установленных ХГ в РФ и РС(Я)

В комплексе данные заболеваемости ВГ, распространенность маркеров ВГ среди доноров и беременных женщин, позволяют достаточно объективно оценить эпидемиологическую ситуацию по ВГ среди взрослого населения. Оценка же, частоты ВГ среди детей и подростков, проводится только на основании регистрации диагнозов.

В нашем исследовании выявлены несколько проблем ранней диагностики ВГ в детской практике. К ним относится в первую очередь, минимальные клинические проявления болезни на ранних стадиях. В подавляющем большинстве случаев диагноз был поставлен случайно, при обследовании пациента по поводу другого заболевания - у 189 больных, что составило 62,6%. В 57 случаях (18,9%) диагноз был поставлен при обследовании ребенка по контакту с больным ХВГ. Обследование, назначенное по поводу

жалоб больного, позволило выявить ХГ у 56 пациентов (18,5%). Выявлены статистически значимые различия по вариантам выявления ХГ у пациентов ХГВ, ХГС и микст-гепатитами ($p < 0,05$) (табл. 1).

Таблица 1 - Выявление ХГ у детей

Выявлен \ ХГ	ХГВ (n=153)		ХГС (n=116)		Микст-гепатиты (n=35)	
	n	%	n	%	n	%
Случайно	109	71,2*	66	56,9*	19	54,2*
По контакту	27	17,6 *	21	18,1*	10	28,5
Жалобы	17	11,1*	29	25	6	17,1*

* Различия статистически значимы $p < 0,05$.

Серьезной проблемой является слабая диагностическая база в районах республики. Зачастую обследование на МВГ ограничивается только определением HBsAg. Этим можно объяснить значительно большее число впервые выявленных случаев ХГС, при обследовании в республиканских ЛПУ по сравнению с ХГВ (15,3% и 46,8% соответственно). Кроме того, в нашем исследовании мы показали, что включение в скрининг а-HBсog позволяет выявлять пациентов с ХГВ HBsAg-негативным. По нашим данным доля таких пациентов составляет 6,8 % от всех больных с ХГВ.

Отсутствие специальности «детский инфекционист» приводит к тому, что дети с ХГ на местах не находятся на диспансерном учете и не наблюдаются должным образом. Особенно это характерно для арктического и субарктического регионов республики, где ряд объективных причин (низкая плотность населения, отдаленность и малочисленность населенных пунктов, сложная транспортная схема, часто кочевой или полукочевой образ жизни) затрудняют людям доступ, не только, к специализированной, но и вообще к медицинской помощи.

Значительные показатели заболеваемости среди взрослых (Алайховский улус по ХГВ - $601,3^0 / 0000$, по ХГС - $556,2^0 / 0000$; Булунский улус по ХГВ - $259,9^0 / 0000$, по ХГС - $183,3^0 / 0000$; Нижнее-Колымский улус по ХГВ - $179,3^0 / 0000$, по ХГС - $200,4^0 / 0000$) и показатель заболеваемости первичным раком печени

в данном регионе ($16,05^0/_{0000}$) свидетельствуют о высокой инфицированности населения гепатотропными вирусами. Но в связи с объективной ситуацией люди обращаются за медицинской помощью, только когда возникают серьезные проблемы со здоровьем. Случаев ХГ у детей и подростков в этих же улусах не выявлено. У детей ХГ протекают, как правило, малосимптомно и пациенты, в большинстве случаев, жалоб не предъявляют.

Во многих регионах страны, благодаря введению вакцинации против ГВ в национальный календарь прививок, существенно снизилась заболеваемость и острыми и хроническими формами HBV-инфекции. Такая тенденция наблюдается и в нашей республике (рис. 2), но несмотря на хороший охват вакцинацией детей до 14 лет (с 2006 г. более 90%) и снижение числа новых случаев ГВ, в РС(Я), ХГВ диагностируется более, чем у половины детей и подростков с ХГ (67,1%). (табл. 2)

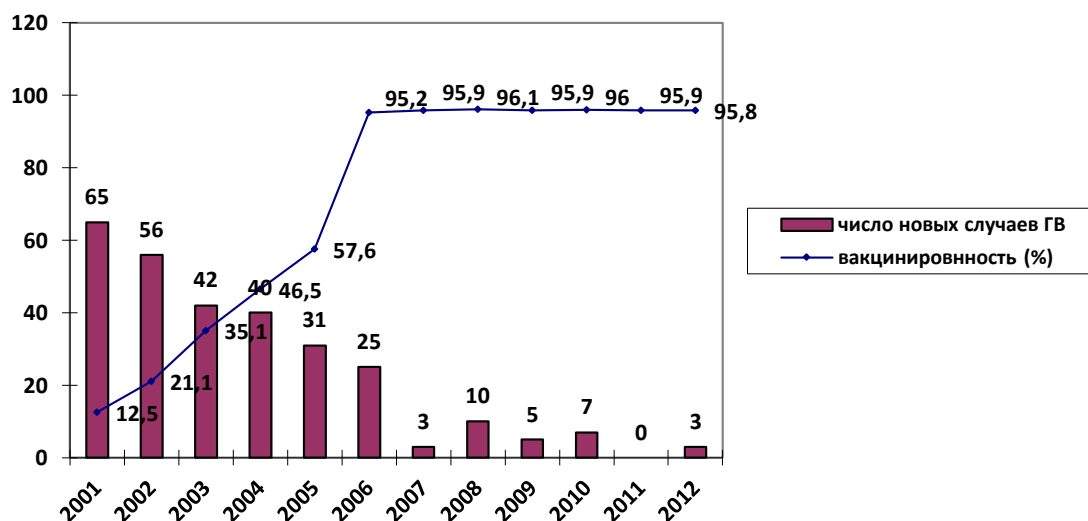


Рис. 2. Заболеваемость ГВ у детей до 14 лет (n) и охват вакцинацией против ГВ (%)

Распределение пациентов по полу и возрасту было примерно одинаковым при всех гепатитах и статистически значимых различий выявлено не было ($p>0,05$).

К особенностям эпидемиологического процесса ХГ у детей и подростков в РС(Я) несомненно относится и этническая принадлежность пациентов.

Выявлены статистически значимые различия по частоте выявления ХГВ, ХГС и микст-гепатитов у больных разных национальностей ($p < 0,05$). (табл. 3)

Таблица 2 - Число пациентов с ХГ, взятых на диспансерном учете с ХГ за 2001-2012 гг. (n)

Год Диаг- ноз	2000	2001	2002	2003	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	ХГВ	149	205	188	194	105	101	85	38	19	25	16
ХГС	37	45	36	53	48	34	30	19	21	20	13	13
ХГВ+С	5	4	8	5	2	4	3	2	0	1	1	2
ХГВ+D	1	3	4	2	3	0	1	2	0	0	2	0
ХГВ+С+D	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0
ВСЕГО	192	258	237	255	158	139	120	61	40	47	32	29

Таблица 3 - Распределение больных с ХГВ, ХГС и микст гепатитами по национальности

Национальность	ХГВ (n=153)				ХГС (n=116)		Микст-гепатиты (n=35)	
	HbsAg (+) (n=122)		HbsAg (-) (n=31)		n	%	n	%
	n	%	n	%				
Якуты (n=195)	86	70,5*	22	71*	64	55,2*	24	68,5*
Русские (n=77)	24	19,6*	8	25,8*	36	29,6	9	25,7
МКНС (n=11)	7	5,7	0	0	4	3,4	0	0
Другие (n=20)	5	4,1	1	3,2	12	10,3*	2	5,7*

* Различия статистически значимы $p < 0,05$.

Из таблицы 5 видно, что в большинстве случаев больные ХГ это представители коренной национальности. Согласно последней переписи населения доля коренного населения (якуты и МКНС) в РС(Я) не превышает 47%, однако среди детей с ХГ она составляет 71,1% случаев. ХГВ значительно чаще встречается у детей и подростков коренной национальности – в 75,2% случаев. Тогда как, ХГС с сопоставимой частотой выявляется у детей и подростков коренной и некоренной национальности: 58,7% и 41,3% соответственно. Это свидетельствует о наличие этнических эпидемиологических особенностей течения вирусного гепатита.

При анализе возможных путей инфицирования, была определена ведущая роль семейного контакта. Наличие в семье больного ХГ отмечено у 41,4% детей и подростков с ХГ. Существует прямая зависимость семейного контакта от возраста ребенка ($p < 0,001$) и этиологии процесса ($p < 0,05$) (табл. 4 и 5).

Таблица 4 - Семейный контакт и возраст больных с ХГ

Возраст		Семейный контакт				P
		С матерью	С отцом	С сибсами	С несколькими членами семьи	
До 1 года	n	4	0	0	0	<0,001
	%	57,1	0	0	0	
1-3 года	n	10	0	0	3	<0,05
	%	76,9	0	0	23,1	
4-6 лет	n	8	3	3	1	>0,05
	%	26,7	10	10	3,3	
7-10 лет	n	7	1	1	1	>0,05
	%	15,9	5,2	5,2	2,9	
11-14 лет	n	10	10	10	2	>0,05
	%	4,1	8,5	8,5	4,7	
Старше 14 лет	n	22	22	22	13	<0,05
	%	27,7	16,1	16,1	9,5	

Таблица 5 - Семейный контакт у больных ХГВ, ХГС и микст-гепатитом

ХГ		Семейный контакт					p
		Отсутствует	С матерью	С отцом	С сибсами	С несколькими членами семьи	
ХГВ	n	86	27	5	22	13	<0,05
	%	56,2	17,6	3,4	14,4	8,5	
ХГС	n	80	27	1	9	2	<0,05
	%	69	23,3	0,6	13,8	7,7	
Микст-гепатит	n	16	7	2	5	5	<0,05

ХГ максимально часто выявляется у подростков в возрастной группе старше 14 лет – 45,4%. Именно в этом возрасте регистрируется наибольшее число больных с диагнозом, впервые выявленный ХГВ. В подростковом периоде резко повышается риск инфицирования, в связи с расширением спектра

путей инфицирования. К, обычному в детском возрасте, гемоконтактному пути инфицирования присоединяются курение, пирсинг, тату, половые контакты. Кроме того, в 16 лет юноши во время допризывной комиссии проходят углубленное медицинское обследование, включающее серологическую диагностику.

Заключение

Эпидемический процесс вирусных гепатитов у детей и подростков в РС(Я) характеризуется преобладанием в структуре хронических гепатитов HBV-инфекции. Преобладание представителей коренных национальностей среди пациентов с ХГ и ведущая роль семейного контакта в структуре путей передачи инфекции свидетельствуют о значении этнических и социальных факторов в возникновении заболевания. Хронические гепатиты относятся к заболеванию, риск развития которых прямо связан с социально опасными моделями поведения.

Список литературы:

1. Алексеева М.Н., Бугаева Т.Т., Иванов П.М., Слепцова С.С. Значение хронических вирусных гепатитов в формировании гепатоцеллюлярной карциномы // Вопросы профилактики, ранней диагностики и лечение злокачественных новообразований: Материалы XII межрегиональной конференции онкологов (тезисы). – Якутск, 2007. – С. 58–59.
2. Баранов А.А., Хронический гепатит В / А.А. Баранов, Б.С. Каганов, А.С. Потапов и др. // Вопр. соврем. педиатрии. - 2002. - № 3. - С. 44-55.
3. Пономаренко, Т.Н. Клинико-лабораторные особенности острого гепатита С у лиц среднего возраста / Т.Н. Пономаренко, Е.В. Войковская., В. Г Коптюг // Мир вирусных гепатитов, 2009. - № 3.- С.26.
4. Семенов, Сергей Иннокентьевич Эпидемиологические особенности и клиническая характеристика вирусных гепатитов В, С и дельта в Республике Саха (Якутия): автореф. дис. док. мед. наук. : 14.00.10/ Семенов Сергей Иннокентьевич. - М., 2007. – 48 с.
5. Слепцова С.С., Рахманова А.Г., Жолобов В.Е. Роль вакцинации в профилактике острых и хронических форм вирусного гепатита В и первичного рака печени // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2012. – № 4. – С. 56–60.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТАРНОГО ЛОЖА МАТКИ У ЖЕНЩИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ В АНАМНЕЗЕ

ДУГЛАС Н.И., РАДЬ Я.Г., ПАВЛОВА Т.Ю., БАИШЕВА Н.С.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М.К.
АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. Формирование ПЛ (плацентарного ложа) матки происходит в условиях ангиопатии и хронического эндометрита (39,5%) и приводит к первичной недостаточности ПЛ, формирующей, в свою очередь, первичную ПН (плацентарная недостаточность), реализовывающуюся в угрозу прерывания, а практически у каждой десятой с синдромом потери первого плода имеет место повторная потеря беременности.

Ключевые слова: плацентарное ложе, плацентарная недостаточность, репродуктивные потери в анамнезе.

Abstract. Formation submarine (placental) uterus occurs in conditions angiopathy and chronic endometritis (39.5%) and leads to a failure of the primary submarine, forming, in turn, is the primary Mo (placental insufficiency), implemented in the threat of termination, and almost one in ten with the syndrome of loss of the first fetus occurs re pregnancy loss.

Keywords: Placental bed, placental insufficiency, reproductive losses in history.

Ещё в 1979 г. Е.П.Калашникова, М.В.Федорова [1] пришли к выводу и доказали, что ПН обусловлена срывом компенсаторно-приспособительных механизмов на тканевом уровне. В.Е.Радзинский (1983, 2001) [3, 4] показал, что в патогенезе ПН решающая роль принадлежит молекулярным и клеточным изменениям. Исследования А.А. Оразмурадова (2003) [2] показали, что развитие недостаточности ПЛ и плаценты происходит в весьма ранние сроки беременности: до 16 недель при экстрагенитальных заболеваниях и до 12 недель при угрозе прерывания, особенно при

сопутствующих экстрагенитальных заболеваниях и молекулярные механизмы адапционно-гомеостатических реакций в ПЛ матки и плаценте существенно различаются как по характеру, так и по времени выявленных нарушений.

Материалы исследования: проведено исследование 43 биоптата ПЛ матки женщин с репродуктивными потерями в анамнезе.

В 16 случаях (37,2%) ПЛ матки характеризовалось в основном достаточной гестационной перестройкой эндометриальных сегментов, несмотря на небольшое число выявленных маточно-плацентарных артерий (5 – эндометриальных и 4 – миометриальных сегментов). В пределах эндометрия выявлялись широкие мешковидные просветы маточно-плацентарных артерий и тонкие стенки с полным замещением эластомышечных элементов массами фибриноида с единичным интерстициальным цитотрофобластом. Вокруг эндометриальных сегментов этих артерий располагались пласты высококодифференцированных децидуальных клеток, но многие из них были в состоянии структурной инволюции, которая соответствовала доношенному сроку беременности.

В более тонких участках биоптатов среди предлежащих пучков миометрия были обнаружены всего две маточно-плацентарные артерии с относительно широким просветом и полным фибриноидным замещением их стенок и две маточно-плацентарные артерии с частичной гестационной перестройкой, то есть с сохранением некоторых элементов стенки и относительно узкого просвета сосуда, что свидетельствует о снижении активности II-й волны инвазии ЦТ. В нескольких случаях были выявлены остаточные признаки усиления инвазии интерстициального и даже внутрисосудистого ЦТ в ПЛ матки, что является весомым компенсаторным механизмом.

В 9 случаях (20,9%) в соскобах преобладали сгустки крови и фрагменты d.basalis, некоторые из них представляли собой поверхностные слои ПЛ – по линии отрыва плаценты, где обнаруживались полоски фибриноида Нитабух, окружающие пласты высококодифференцированных децидуальных клеток и отдельные группы инвазивного цитотрофобласта. В других

участках преобладали атрофичные маточные железы, лишенные эпителиоцитов и секрета; перегородки между ними содержали децидуальные клетки в различной степени структурной инволюции. Необходимо подчеркнуть мозаичность строения многочисленных децидуальных ядер, вплоть до некроза; другие, в более глубоких отделах, сохраняли свою структуру, располагались плотными пластами вокруг атрофичных желез. Большинство децидуальных клеток соответствовали высокодифференцированному, эпителиоидному типу, то есть крупные клетки с широкой, светлой цитоплазмой и утолщенной наружной оболочкой. Оценка полноты цитотрофобластической инвазии показала в целом адекватную гестационному сроку перестройку эндо- и миометриальных сегментов маточно-плацентарных артерий.

В 18 случаях (41,8%) выявлено поверхностное и менее плотное распределение МГК в пределах d. basalis и прилежащего миометрия даже в центральной зоне ПЛ. Возможно, их продвижению вглубь препятствовали сохранившиеся эндометриальные железы с атрофичным эпителием. По степени гестационной перестройки эндометриальных сегментов маточно-плацентарных артерий (широкий просвет, полное замещение фибриноидомэластомышечных элементов и т.д.) можно говорить об адекватной первой волне инвазии цитотрофобласта (I триместр). Однако в некоторых из них сохраняются участки эндотелиальных клеток, в составе фибриноида определяются только «тени» клеток интерстициального цитотрофобласта. Наибольший интерес представляет констатация лишь частичной гестационной перестройки миометриальных сегментов маточно-плацентарных артерий. Инвазивный процесс не «дошел» до радиальной маточной артерии, поскольку в ее стенке определялись лишь отдельные клетки интерстициального цитотрофобласта. Протеолитической активности этих клеток явно не хватило для полного фибриноидного замещения эласто-мышечных компонентов, а сохранение эндотелиального покрова свидетельствовало о слабой инвазионной способности внутрисосудистого цитотрофобласта - основного элемента второй волны инвазии (начало II триместра).

Наиболее интересным на наш взгляд представляется обнаружение в 17 соскобах из 43 (39,5%) однотипной картины воспалительного поражения децидуальной оболочки матки. Так, в *d.parietalis* обнаружена выраженная декомплексация маточного эпителия, который лишился непрерывной щеточной каймы, а составляющие его эпителиоциты теряли тесные связи друг с другом и базальным слоем.

В микропрепаратах преобладала воспалительная инфильтрация субэпителиального пространства или самого поверхностного слоя париетального эндометрия, где выявлялись сегментоядерные лейкоциты, эозинофилы и плазматические клетки среди скоплений местных лимфоцитов. Иногда наблюдалось преимущественное поражение устьев эндометриальных желез, когда воспалительная инфильтрация локализуется вблизи устья и продолжается далее – по ходу ветвления железы; в этих случаях воспалительные клетки инфильтрируют слой эпителиоцитов и проникают в состав секрета, то есть в просвет железы.

Кроме того, в строме эндометрия обнаруживаются участки фиброза стромы как маркеры хронического воспаления, а также склеротические изменения сечений спиральных артерий.

В отношении влияния воспалительных поражений на темпы децидуализации стромальных клеток париетального эндометрия следует подчеркнуть, что в зоне воспалительных очагов децидуальная трансформация задерживается и как бы «останавливается» на этапе рыхло расположенных децидуальных клеток промежуточного типа в субэпителиальной зоне и вокруг спиральных артерий.

По морфологическим критериям эндометрит соответствует длительному (догравидарному) персистированию инфекционных агентов, которые служат источником постоянного антигенного раздражения и усиливают эти эффекты во время беременности. Но небольшой суммарный объем воспалительных изменений в париетальном эндометрии существенно не отразился на активности железистого аппарата матки в целом.

В маточно-плацентарной области обнаружены более выраженные воспалительные изменения по сравнению с париетальной оболочкой. Кроме похожей очаговой, преимущественно, лимфоцитарной инфильтрации, под слоем фибриноида Рора, в зоне расположения высокодифференцированных децидуальных клеток постоянно выявлялись микроабсцессы, состоящие из лимфоцитов со значительным накоплением там сегментоядерных лейкоцитов, эозинофилов и редких плазматических клеток. В микроабсцессах доминирует полная деструкция децидуальных клеток с кариорексисом и кариолизисом.

Детали этого деструктивного процесса в отношении децидуальных клеток лучше прослеживаются по периферии микроабсцесса, где видно, как сегментоядерные лейкоциты и эозинофилы проникают в промежутки между децидуальными клетками эпителиоидного типа, «окружают» их, вызывая выраженную дистрофию их светлой цитоплазмы вплоть до гибели децидуальных клеток. Воспалительная инфильтрация распространяется и в направлении эндометриальных желез, проникая внутрь эпителиального пласта и подвергая его деструкции.

Плаценты женщин с беременностью, протекавшей на фоне угрозы прерывания (53 исследования) характеризовались слабо выраженными патологическими изменениями плацентарной ткани. В 21 случаях (39,6%) строение ворсинчатого дерева соответствовало гестационному сроку, где преобладали в основном специализированные терминальные ворсины с достаточным количеством ветвлений и образованием синцитиокапиллярных мембран.

В 15 случаях (28,3%) выявлен вариант промежуточно-зрелых ворсин. При этом наряду с мелкими терминальными ветвями, преобладали более крупные ворсины с малым количеством центрально расположенных сосудов с развитой стромой и незначительными мелкими ветвями. Отмечалась неравномерная толщина синцитиотрофобласта, нередко с образованием синцитиальных почек, местами с почками-мостиками. Во всех срезах наблюдались очаги гиперваскуляризации, особенно в терминальных ворсинах.

В 17 случаях (32,1%), где строение ворсин соответствовало диссоциированному развитию котиленонов (относительно незрелая плацента) основной особенностью гистологического строения было неравномерное созревание различных типов ворсин. Наряду с нормальными достаточно васкуляризованными терминальными ворсинами, в срезах встречались и хаотично склерозированные гиповаскулярные, и незрелые промежуточные ветви с рыхлой стромой и с клетками Кащенко-Гофбауэра, находящимися в стромальных каналах. Мелкие ветви этих ворсин были сформированы недостаточно, так как в них очень мало капилляров, которые центрально расположены и не образуют синусоидов. Но в большинстве микропрепаратов преобладали ворсины, соответствующие гестационному сроку. В этих наблюдениях тоже отмечено большое число синцитиальных почек. Там, где строение ворсинчатого дерева соответствовало гестационному сроку 38-40 недель при наличии минимальных микроизменений, отмечены компенсаторные реакции в виде гиперваскуляризации терминальных ветвей с синусоидальной трансформацией капилляров. При этом субэпителиально расположенные сосуды образовывали протяженные синцитиокапиллярные мембраны (безъядерные зоны синцитиотрофобласта и эндотелиоцита). Одновременно наблюдалась усиленная пролиферативная активность эпителиального покрова ворсин с формированием синцитиальных узлов, которые местами в межворсинчатом пространстве образуют почкимоностики, связывающие ворсины между собой. В 11 случаях обнаружены очаги склеенных ворсин (так называемые афункциональные зоны). При этом, из-за сближения ворсин резко уменьшается и отсутствует межворсинчатое пространство. Из-за местной гипоксии в этих зонах резко увеличивалось количество синцитиальных почек. Следовательно, в тех случаях, когда беременность протекала с явлениями угрозы прерывания в ранние сроки, в большинстве исследованных плацент были выражены компенсаторно-приспособительные механизмы.

Таким образом, ПЛ матки у женщин с репродуктивными потерями в анамнезе имеет достаточно неоднородную картину. Необходимо отметить,

что формирование ПЛ матки в 39,5% протекало в условиях эндометрита, что способствовало неполноценному формированию ПЛ и, очевидно, являлось морфологическим субстратом нарушений маточно-плацентарного кровотока.

В 58,1% случаев у пациенток с репродуктивными потерями в анамнезе отмечалась достаточная полнота гестационной перестройки эндо- и миометриальных сегментов на фоне относительно узкого просвета сосудов.

В 41,8% случаев выявлялась неполная гестационная перестройка миометриальных сегментов маточно-плацентарных артерий (отсутствие второй волны инвазии цитотрофобласта).

Список литературы:

1. Калашникова Е.П., Федорова М.В. Недостаточность плаценты // Акуш. и гинек. – 1979.- №8. – С.57-59.
2. Оразмурадов А.А. Особенности плацентарного ложа матки при осложнениях беременности и экстрагенитальных заболеваниях: Автореф. дис. докт. мед.наук. – М., 2003. – 47с.
3. Радзинский В.Е. Особенности развития плацентарной недостаточности при акушерской и экстрагенитальной патологии. // Автореф. дисс... докт. мед.наук. – Ленинград. – 1985. – 40с.
4. Радзинский В.Е., Смалько П.Я. Биохимия плацентарной недостаточности // М.: Издательство РУДН. – 2001. – 275 с.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РОЖИСТОЙ ВОСПАЛЕНИИ

Дьячковская П.С.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. Проведен анализ современного течения рожи у 200 пациентов. Проведенный анализ клинических форм у больных первичной, рецидивирующей рожей свидетельствует о сохранении значительной доли эритематозной формы. У большинства больных эритематозной формой наблюдалось среднетяжелое течение. Изменения периферической крови при роже у больных носят типичный для этого заболевания и характеризуются лейкоцитозом со сдвигом влево, ускорением СОЭ.

Ключевые слова: рожа, β -гемолитический стрептококк, эпидемиология.

Abstract. The analysis of the current flow faces in 200 patients. The analysis of the clinical forms in patients with primary, recurrent erysipelas suggests maintaining a significant share of the erythematous form. Most patients erythematous form was observed moderate current. Changes in the peripheral blood of patients with erysipelas are typical for this disease and is characterized by leukocytosis with a left shift, accelerated ESR.

Key word: erysipelas, β -hemolytic streptococcus, epidemiology.

Стрептококковые инфекции остаются одной из наиболее острых проблем здравоохранения во всех странах мира, что определяется широким распространением стрептококков и огромным социально-экономическим ущербом, наносимым данной патологией. Одним из наиболее распространенных возбудителей заболеваний у человека является β -гемолитический стрептококк группы А (β -ГСА). Он вызывает исключительно широкий спектр инфекционных проявлений и осложнений. Ежегодно регистрируется около 1,8 млн новых случаев β -ГСА-инфекции, при этом, умирают более 500 000 человек, более 111 млн составляют случаи

стрептодермии и 616 млн – фарингитов [1, 3]. В связи с этим ВОЗ провозгласила необходимость сконцентрировать усилия на борьбе со стрептококковой инфекцией и рассматривает ее как одну из насущных и приоритетных проблем мирового здравоохранения [5].

В структуре современной инфекционной патологии рожа как клинический вариант течения стрептококковой инфекции остается числе актуальных проблем здравоохранения Российской Федерации и большинства стран мира [2,6]. Остается нерешенной проблема прогнозирования течения и исходов рожи. Рожа ухудшает течение сопутствующих болезней, в этих случаях возможен даже летальный исход [4].

Цель. Изучить клинико-лабораторных показателей при рожистом воспалении.

Материалы и методы. Обследовано 200 пациентов в возрасте от 20 до 60 лет с диагнозом рожа. Пациенты находились на стационарном лечении в инфекционном отделении ГБУ РС (Я) «ЯКГБ».

Результаты. Проведен анализ современного течения рожи у 200 пациентов. Возрастной состав от 20 до 60 лет, мужчин составило 40,0%, женщин 60,0%. Чаще развивается у лиц старших возрастных групп. Из эпидемиологического анамнеза: 50,0% больных контакт с инфекционными больными отрицают, 20,0% связывают с переохлаждением, 5,0 % - нарушение целостности кожных покровов, 5,0 % страдают экземой. Важное значение в развитии заболевания имеют фоновые болезни, предрасполагающих к рецидивированию. По нашим данным, как и в других регионах России, рецидивирующие формы встречались в 51,3 % случаев, и наблюдались чаще у больных с сопутствующими заболеваниями, прежде всего с сахарным диабетом (70,0 %) и венозной недостаточностью (30,0%).

Пациенты поступали в стационар в среднем на 4,17±0,07 сутки, 72,5% из них были госпитализированы в первые четыре дня болезни. Больные рецидивирующей рожой госпитализировались раньше, чем первичной, эта закономерность сохранялась до третьего дня от начала заболевания включительно. При изучении сезонности поступления больных рожой в

стационар установлен подъем числа госпитализированных в июле и сентябре месяце.

Среди лечившихся больных с рожей преимущественно диагностировалась эритематозная форма (77,3%), эритематозно-буллезная (14,0%), эритематозно—геморрагическая (8,7 %), среднетяжелым течением с локализацией преимущественно на нижних конечностях (75,0 %). Относительно благоприятному течению рожи у большинства обследованных больных (77,3 %) способствовали ранняя правильная постановка диагноза, в том числе и на догоспитальном этапе, а, следовательно, ранняя госпитализация уже в первые сутки заболевания и своевременное начатое лечение.

Анализ гемограммы у пациентов проводился в зависимости от формы, а также в зависимости от кратности возникновения рожистого воспаления. Учитывая общность патологических механизмов, показатели больных первичной и повторной рожей анализировали вместе. Лейкоциты – благодаря фагоцитарной активности, участию в клеточном и гуморальном иммунитете, обмену гистамина, гепарина, реализуются антимикробные, антитоксические, антителообразующие и другие важнейшие компоненты иммунологических реакций. Одним из существенных показателей общего анализа крови у больных рожей остается показатели лейкограммы. На его достоверное повышение в разгар заболевания указывают практически все исследователи рожистой инфекции (2, 13,47,52).

Наши исследования лейкограммы показали, что при всех формах инфекции наблюдался достоверное повышение количества лейкоцитов ($p < 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,001$). Однако следует отметить, что значительное повышение уровня лейкоцитов было характерно для буллезно-геморрагических форм инфекции ($14,6 \pm 1,2 \times 10^9/\text{л}$, $15,8 \pm 0,8 \times 10^9/\text{л}$ и $16,3 \pm 0,7 \times 10^9/\text{л}$ соответственно; $p < 0,001$). К периоду выздоровления показатели лейкограммы имели нормальные показатели при БГФ и ЭГФ инфекции, за исключением геморрагически-буллезной формы инфекции ($7,4 \pm 0,8 \times 10^9/\text{л}$ и $7,1 \pm 0,6 \times 10^9/\text{л}$, соответственно; $p > 0,05$), а у больных с БГФ рожи уровень лейкоцитов оставался еще достоверно высоким ($10,4 \pm 0,5 \times 10^{12}/\text{л}$, $p < 0,001$). Данный факт,

возможно, свидетельствует о том, что пациенты, перенесшие буллезно-геморрагические формы инфекции, обязательно подлежат дальнейшему наблюдению и реабилитации в условиях поликлиник по месту жительства.

Повышение лейкоцитов во всех случаях сопровождался с палочкоядерным сдвигом формулы влево и их показатели были аналогичны показателям уровня лейкоцитов. Умеренное повышение количества эозинофилов при ЭБФ, ЭГФ и БГФ инфекции ($4,3 \pm 0,2\%$, $5,2 \pm 0,8\%$ и $7,2 \pm 0,3\%$ соответственно; $p < 0,05$, $p < 0,001$) возможно следует трактовать как вследствие инфекционно-аллергической реакции организма на внедрение или активации стрептококковой инфекции (13,126).

Эритроциты обладают антигенными свойствами, участвуют в гемостазе, но основная роль их – снабжение тканей кислородом и участие в транспорте углекислоты. А также универсальным барьером детоксикации. Снижение количества эритроцитов в разгар заболевания отмечено чаще среди пациентов буллезно-геморрагической и эритематозно-геморрагической формой рожи ($3,4 \pm 0,4 \times 10^{12}/л$ и $3,7 \pm 0,2 \times 10^{12}/л$, соответственно ($p < 0,01$ относительно общепринятой нормы). К периоду выздоровления у больных с буллезно-геморрагической формы инфекции сохранялся достоверно сниженное количество эритроцитов ($p < 0,05$), что вероятно следует трактовать как результат более глубоких нарушений со стороны гемостаза, поскольку данные других исследователей прямо указывают на это (13, 52, 105, 107, 126). У больных с эритематозно-геморрагической формой рожи к периоду реконвалесценции количество эритроцитов восстановилось до уровня нормы ($p > 0,05$). Снижение эритроцитов при указанных формах рожи также сопровождался достоверным снижением уровня гемоглобина ($112,2 \pm 2,3 г/л$, и $116 \pm 1,9 г/л$ соответственно; $p < 0,05$). Снижение гемоглобина наблюдался и при эритематозно-буллезной форме рожи, однако эти изменения были в пределах близких к нормальным значениям эритрограммы.

Показатели как эритрограммы и лейкограммы у больных повторной рожей были аналогичны таковому при первичной роже.

Потеря мембраной эритроцита отрицательного заряда (путем удаления сиаловых кислот с поверхности клеток ферментами бактериального происхождения, в частности нейраминидазой β -гемолитического стрептококка) приводит к развитию сладж-синдрома, ранним лабораторным признаком которого служит увеличенная скорость оседания эритроцитов (СОЭ). Ускоренное СОЭ одинаково часто ($p > 0,05$) выявлялось как у больных первичной, так и у больных рецидивирующей рожей. В период реконвалесценции у большинства (76,7%) больных первичной рожей определялось нормальное количество лейкоцитов, что достоверно ($p > 0,001$) превысило аналогичный показатель больных рецидивирующей рожей. У больных рецидивирующей рожей достоверно ($p > 0,01$) чаще сохранялось повышенное количество лейкоцитов. У 6,1% больных рецидивирующей рожей сохранялось количество лейкоцитов ниже физиологической нормы, тогда как у больных первичной рожей в этот период лейкопения не выявлялась. Ускоренное СОЭ достоверно ($p > 0,001$) чаще сохранялась в период реконвалесценции у больных рецидивирующей рожей по сравнению с первичной. Значение показателя СОЭ у больных рецидивирующей рожей было достоверно ($p < 0,001$) выше, чем у больных первичной рожей. Ускорение СОЭ было отмечено у большинства больных во всех группах.

Таким образом, проведенный анализ клинических форм у больных первичной, рецидивирующей рожей свидетельствует о сохранении значительной доли эритематозной формы. У большинства больных эритематозной формой наблюдалось среднетяжелое течение. Изменения периферической крови при роже у больных носят типичный для этого заболевания и характеризуются лейкоцитозом со сдвигом влево, ускорением СОЭ.

Список литературы:

1. Брико Н.И., Клейменов Д.А., Покровский В.И. Заболеваемость населения Российской Федерации ревматическими болезнями сердца. Тер. арх. 2007; 5:69-72.

2. Еровиченков А.А., Гуликов А.Г. и др. Состояние микроциркуляторного русла у больных геморрагическими формами рожи. Инфекционные болезни. 2014 №2(12):64.
3. Kaplan EL. Understanding the hemolytic streptococci: Scientific perplexity with a rich and lasting legacy an-as yet-unfulfilled quest. XY11 LISSSD, Porto Heli, Greece. 22-26 june 2008. Porto Heli, 2008:123.
4. Ратникова Л.И., Жамбурчинова А.Н., Лаврентьева Н.Н. Современная клинико-эпидемиологическая характеристика рожи. Эпидемиол. и инфекц. бол. 2007; 2: 16-21.
5. World Health Organization. The current evidence for the burden of group A streptococcal diseases. Geneva: WHO, 2005.
6. Stevens DL. Cellulitis and erysipelas. In: Jong EC, Stevens DL, editors. Netter's Infectious Diseases. Saunders, an imprint of Elsevier. 2012; 81-86.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ ШКОЛЬНИКОВ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ) ПО РЕЗУЛЬТАТАМ КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ЦЕНТРЕ ЗДОРОВЬЯ ЗА 2013 ГОД

Егорова Т.В.^{1,2}, Саввина Н.В.², Саввина А.Д.^{1,2}, Лазарева А.А.¹, Говорова
М.Д.¹, Павлова О.Н.¹

¹Россия, Детская городская больница, г. Якутск

²Россия, Северо-Восточный федеральный университет имени
М.К.Аммосова, Медицинский институт

Аннотация. В статье рассмотрены возможности, значение и роль скрининговых исследований в Центрах здоровья для формирования здорового образа жизни у детей и подростков. Изучено состояние здоровья детей на основании результатов тестирования на аппаратно-программном комплексе и обследования на установленном оборудовании у детей. В структуре морфофункциональных нарушений на первом месте функциональные нарушения сердечно – сосудистой системы, на 2 месте – патология полости рта, далее – дисгармоничное физическое развитие.

Ключевые слова: дети, подростки, центр здоровья, комплексное обследование, формирование здорового образа жизни.

Abstract. In article are considered possibilities, value and a role of screening researches in the Centers of health for formation of a healthy way of life at children and teenagers. The condition health of children is studied on the basis of results of

testing on a hardware-software complex and inspections on the established equipment at children. In structure morpho-functional infringements on the first place functional infringements it is warm – vascular system, on 2 place – an oral cavity pathology, further – disharmonious physical development.

Key words: children, teenagers, health centre, complex inspection, formation of a healthy way of life.

Актуальность. При существующих в Российской Федерации высоких уровнях смертности и депопуляции населения охрана здоровья детей и подростков приобретают особую медико-социальную значимость. Рост показателей заболеваемости, смертности, социально обусловленных заболеваний подростков – трудового потенциала общества – выводит проблему их здоровья в ранг национальной безопасности.

Всемирная организация здравоохранения определила здоровье как состояние физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов. Понятие «полное здоровье» включает физическое, психическое и духовное здоровье. Физическое здоровье – это нормальная работа всех систем органов, отсутствие болезней. Психическое здоровье – общий душевный комфорт, человек живет в гармонии с самим собой и окружающим миром. Нравственное или духовное здоровье – это система ценностей и установок, мотивов, это уважение общечеловеческих ценностей, морали и законов [1].

Многие формы патологических состояний развиваются в детском возрасте под воздействием неблагоприятных факторов окружающей среды. Например, атеросклероз, сахарный диабет и особенно гипертоническая болезнь берут истоки в детском возрасте. Функциональные и морфологические отклонения у детей нередко переходят в хронические заболевания, поэтому профилактика хронических заболеваний должна включать повышение резистентных сил организма и ликвидацию нарушений в состоянии здоровья [2].

Пребывание на Крайнем Севере способствует формированию у детей и подростков ряда достаточно устойчивых факторов риска (предикторов) сердечно – сосудистых заболеваний. Длительное пребывание в

помещениях создает условия для гипоксии и гиподинамии. Недостаток движения с разбалансированным питанием приводит к нарушениям в липидном обмене и повышению массы тела за счет избыточного отложения жира в подкожной клетчатке. Прямой кардио- и ангиотропный эффект, оказываемый комплексом циркумполярных факторов, способствует повышению артериального давления и последующему развитию артериальной гипертензии, являющейся как важнейшим предиктором сердечно-сосудистых заболеваний и осложнений, так и самостоятельной нозологической формой. Распространенность артериальной гипертонии среди взрослого населения РС (Я) составляет 30,3% [3].

Цель исследования: анализ выездной работы мобильного Центра здоровья для детей по формированию здорового образа жизни за 2012 г. и сравнительный анализ психоэмоционального и морфофункционального состояния городских и сельских учащихся на установленном оборудовании Центра здоровья.

Материалы и методы исследования. Центр здоровья для детей при детской городской больнице на функциональной основе открыт в декабре 2010 г. В декабре 2011 г. получен Мобильный центр здоровья, что позволило широко практиковать проведение выездных обследований в улусы республики.

Объектом исследования явились дети и подростки от 6 до 17 лет (школьники) г.Якутска и 8 улусов республики - Амгинского, Усть-Алданского, Момского, Эвено-Бытантайского, Олекминского, Горного, Хангаласского, Кобяйского. Нами был проведен анализ 3771 медицинских карт Центра здоровья (учетная форма № 025- ЦЗ / у). Из всей выборки количество городских школьников составило 2648 (70.2%), а сельских - 1123 (29.7%). Большая половина детей (76,4%) относились к возрастной группе от 6 до 14 лет, четверть школьников - к возрастной группе от 15 до 17 лет. Все дети общеобразовательных школ г. Якутска были направлены на комплексное обследование медицинскими работниками образовательных учреждений, сельские дети - медицинскими организациями по месту прикрепления.

Материалами исследования явились: отчетная форма № 68 «Сведения о деятельности Центра здоровья» за 2013 год (утверждена приказом Минздравсоцразвития России от 19.08.2009 № 597н); отчетная форма № 50 «Сведения о деятельности медицинских организаций РС (Я), направленной на формирование здорового образа жизни и выполнение мероприятий медицинской профилактики» за 2013 год (утверждена приказом Минздрава РС (Я) от 01.12.2011 № 01 – 8/4 – 1950); выкопировки данных 3771 медицинской карты Центра здоровья (учетная форма № 025-ЦЗ/у).

Врач на основании результатов тестирования на аппаратно-программном комплексе и обследования на установленном оборудовании, проводит ребенку, оценку наиболее вероятных факторов риска, функциональных и адаптивных резервов организма с учетом возрастных особенностей, прогноз состояния здоровья, проводит беседу по здоровому образу жизни, составляет индивидуальную программу по здоровому образу жизни.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием программы SPSS.13 и компьютерной программы обработки электронной таблицы Microsoft Excel. Вероятность ошибки $p < 0,05$ расценивалась как значимая.

Результаты и обсуждение. Распределение детей по группам здоровья выявил достоверно низкий показатель здоровых детей сельских школьников 11.1 % против 15.8% городских школьников ($p < 0,05$). Функциональные отклонения выявлены у 84.2% городских школьников и 89.0 % сельских школьников ($p < 0,05$).

Сравнительный анализ результатов комплексного обследования показал, что практически каждый третий сельский школьник (36.6%) нуждался в санации полости рта (табл.). Что касается городских школьников, состояние полости рта достоверно лучше, но процент нуждающихся в санации полости рта высок 23,6% ($p < 0,05$).

Таблица 2 - Сравнительные результаты комплексного обследования школьников г Якутска и улусов РС 2013г (абс число , %)

Показатели (факторы риска)	Г Якутск		Улусы РС (Я)	
	Абс. число (n-2648)	%	Абс. число (n-1123)	%
Низкий рост	150	5,66	157	13,9
Высокий рост	507	19,1	117	10,4
Избыточный вес	305	11,5	107	9,5
Дефицит веса	74	2,79	93	8,2
Повышение АД	56	2,1	38	3,4
Пониженное АД	19	0,7	11	0,97
Функциональные отклонения работы сердечно сосудистой системы	803	30,3	342	30,4
В.т.ч.тахикардия	525	19,8	84	7,5
В.т.ч.брадикардия	24	0,9	0	0
Нарушения углеводного обмена	102	3,85	32	2,8
Нарушение жирового обмена	214	8,08	109	9,7
Повышение углекислого газа	156	5,8	85	7,56
Патология полости рта	626	23,6	405	36,06
Перенапряжение механизмов адаптации	285	10,7	296	26,3
Нарушение состава тела	524	19,7	534	47,5
Снижение жизненной емкости легких	305	11,5	130	11,6
курит	41	1,5	125	0,8
1 гр зд.	419	15,8	125	11,13
2 гр зд.	1482	55,9	655	58,32
3 гр зд.	701	26,4	325	29
4 гр зд.	5	0,18	18	1,6

Таким образом, сравнительный анализ между школьниками г. Якутска и сельских школ показал, что абсолютно здоровых детей оказалось больше среди городских школьников 15,8 %, у сельских школьников 11,13%, детей с низким ростом больше всего в селе 13,9%(в городе-5,66%), детей с высоким ростом больше в городе 19,1 % (в селе 10,4%). детей с избыточной массой тела в городе 11,5% и 9,5% в селе. С дефицитом веса 2,79 % городских школьников, 8,2% в селе. Существенной разницы в выявлении отклонений работы сердечно-сосудистой системы между сельскими и городскими школьниками не выявлена, но тахикардия у городских

школьников больше в три раза. Детей с нарушением углеводного обмена больше на 1,7 % в селе Высокий процент функциональных отклонений составил кариес, в городе 23,6%, в селе -36,06%, Детей с перенапряжением механизмов адаптации 2,4 раза больше среди сельских школьников. Нарушение состава тела больше всего среди школьников сел -47,5%, в городе 19,7%. Снижение жизненной емкости легких 11,5% в городе и 11,6% в селе.

Таким образом, комплексное обследование на аппаратно – программном комплексе позволило получить многостороннее представление о психоэмоциональном и функциональном состояниях городских и сельских школьников.

Нарушение состава тела у сельских школьников выше, как следствие физического развития.

Заключение. Таким образом, при комплексном обследовании в центре здоровья выявлен высокий уровень факторов риска, приоритетными явились функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы, хронические очаги инфекции (кариес), отклонения в физическом развитии (избыточная масса тела, дефицит веса, низкий рост), функциональные нарушения органов дыхания.

В условиях повышенных физических и психологических нагрузок у современных школьников скрининговое обследование предоставляет возможность раннего выявления и коррекции различного рода отклонений здоровья и патологических состояний, что чрезвычайно важно с позиции профилактики развития хронических заболеваний и ранней компенсации соматической патологии.

Список литературы:

1. Ильина И.П. Образ жизни и здоровье: Учебное пособие. Якутск: Изд-во Якутского госун-та, 2003
2. Конникова Э.Э., Попова Т.Е. Основы медицинских знаний: Учебное пособие/ М-во РС(Я), Саха гос. пед. акад.: Якутск, 2005-144 с.

3. Сохранение и укрепление здоровье детей и подростков в образовательных учреждениях: научные труды и материалы конференции. Якутск, 2008г. – Якутск: Изд-во Якутского госуниверситета, 2008. – с. 94.

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЯКУТИИ ЗА 2010- 2012 гг.

ЕМЕЛЬЯНОВА Э.А., САФОНОВА С.Л., ИВАНОВА А.Д.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. Проведен анализ заболеваемости населения Якутии патологией органов пищеварения по данным ЯРМИАЦ за 2010-2012гг.

Ключевые слова: население, болезни органов пищеварения, Якутия

Abstract. Morbidity of Yakutia analysed by pathology of the digestive system (according to the YRMIAC) for the 2010-2012 years.

Key words: population, diseases of the digestive system, Yakutia.

Актуальность. Экстремальное влияние климатических факторов, нарастающие негативные тенденции социально – экономических преобразований с ростом безработицы и ухудшением материального благосостояния, массовый уход от традиционных видов занятости и быта, ухудшение качества питания и отсутствие возможности получения квалифицированной, а порой и элементарной медицинской помощи, как в зеркале отразились во многих показателях здоровья населения [1].

Заболеваемость населения Якутии патологией органов пищеварения по обращаемости за 2005-2009гг. является высокой, превышает показатели Дальневосточного Федерального округа и Российской Федерации [2].

Цель исследования - анализ показателей общей и первичной заболеваемости населения Якутии патологией органов пищеварения по

обращаемости в различных климато-географических зонах Республики Саха (Якутия) за 2010-2012гг.

Материал и методы. Проведен сравнительный анализ статистических данных Якутского Республиканского медицинского информационно-аналитического центра (ЯРМИАЦ) за 2010-2012гг в сопоставлении с показателями Дальневосточного Федерального округа и Российской Федерации. Показатели заболеваемости проанализированы в пяти различных климато-географических зонах республики: Заполярной (5 улусов), Приполярной (10 улусов), Западной (5 улусов), Центральной (9 улусов) и Южной зонах (5 улусов).

Результаты. По статистическим данным ЯРМИАЦ распространенность и первичная заболеваемость населения Якутии болезнями органов пищеварения имеют тенденцию к нарастанию в 2012 году от 138,7 % до 151,8 % и от 47,9% до 54,4 % (соответственно) (рис.1,2).

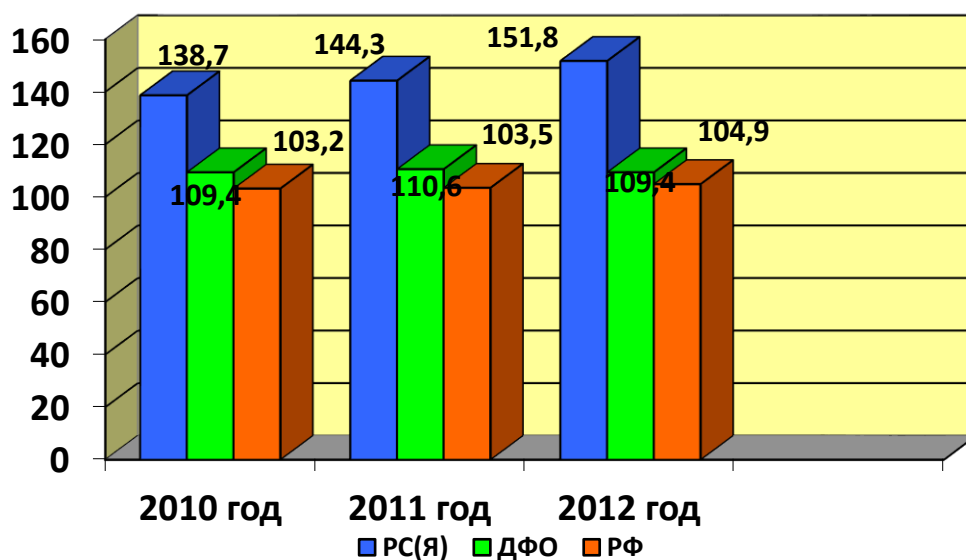


Рис.1. Динамика распространенности болезней органов пищеварения среди взрослого населения Якутии за 2010-2012гг.

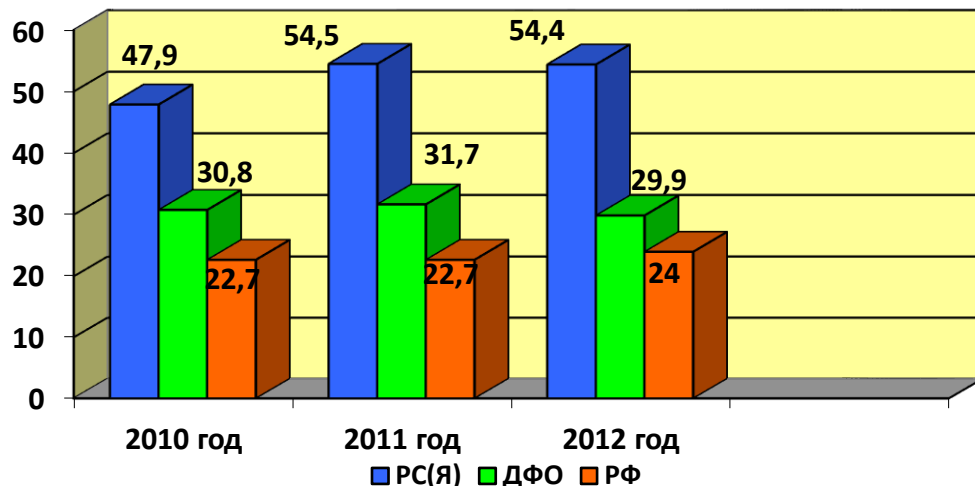


Рис 2. Динамика первичной заболеваемости населения Якутии патологией органов пищеварения за 2010-2012гг.

При этом уровень общей и первичной заболеваемости патологией органов пищеварения за анализируемый период в Республике Саха (Якутия) превышает аналогичные показатели по Российской Федерации и Дальневосточному Федеральному округу.

Болезни органов пищеварения наиболее распространены в Аллаиховском (219,6‰) и Булунском улусах (256,6‰) Заполярья, в Абыйском (522,1‰), Момском (435,7‰), Жиганском (375,6‰) улусах Приполярной зоны, в Амгинском улусе (293,0‰) Центральной зоны, в Вилюйском улусе (242,1‰) Западной Якутии и в Усть-Майском улусе (355,4‰) Южной Якутии.

Наиболее низкие показатели распространенности болезней органов пищеварения наблюдаются в Олекминском (68,8 ‰), Ленском (87,2‰), Нерюнгринском (93,8‰) улусах Южной Якутии, в Анабарском (72,7‰) улусе Заполярья, в Среднеколымском (97,9‰) и Верхоянском (86,0‰) улусах Приполярной зоны, в Намском (87,6‰) улусе Центральной зоны и в Верхневиллюйском улусе (72,3 ‰) Западной Якутии.

Резкий рост общей заболеваемости патологией органов пищеварения в 2012 году по сравнению с 2010 годом отмечен среди населения Абыйского (от 153,0‰ до 522,1‰), Момского (от 270,7‰ до 435,7‰) и Усть-Майского улусов (от 130,6‰ до 355,4‰).

Высокий уровень первичной заболеваемости патологией органов пищеварения отмечены в Булунском улусе (222,3‰) Заполярья, в Абыйском (439,8‰), Момском (330,2‰), Жиганском (221,7‰) улусах Приполярья, в Амгинском улусе (183,1‰) Центральной зоны и в Усть-Майском улусе (256,6‰) Южной Якутии.

Первичная заболеваемость патологией органов пищеварения в 2012 году резко возросла в Абыйском (7,3 раза), в Аллаиховском (6,4 раз), в Жиганском (5,2 раза), в Усть-Майском (3,9 раз) и в Вилюйском (2,7 раз) улусах (рис.3).

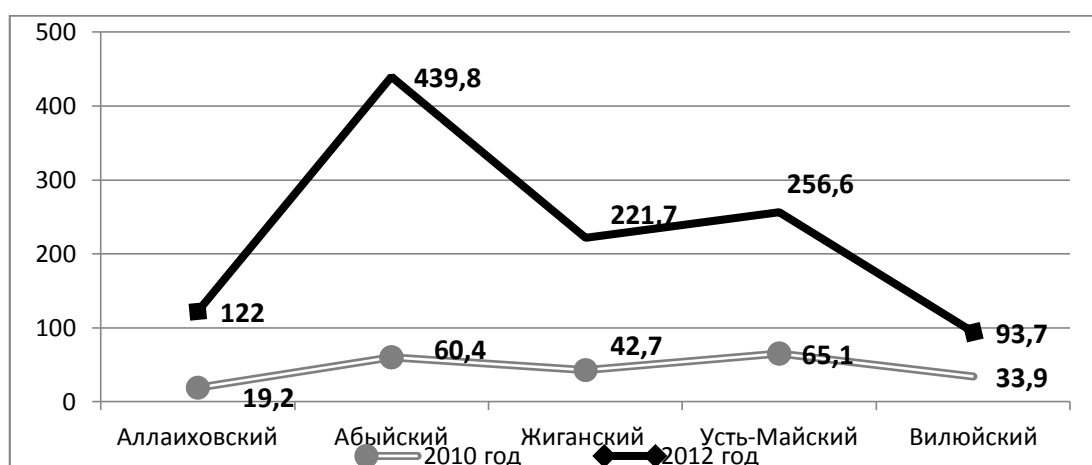


Рис.3. Динамика первичной заболеваемости взрослого населения РС (Якутия) болезнями органов пищеварения (на 1000 населения) за 2010-2012гг.

Низкий уровень первичной заболеваемости в 2012 году наблюдался среди населения Анабарского (12,7‰), Верхоянского (14,8‰) и в Верхневиллюйского улусов (9,4‰).

При этом тенденция к снижению показателей первичной заболеваемости в динамике выявлена в Анабарском (с 18,1 до 12,7 ‰) и Усть-Янском (с 48,1 до 35,6 ‰) улусах Заполярья, в Горном (с 54,8 до 23,6 ‰) и Усть-Алданском (с 109,8 до 22,0 ‰) улусах Центральной зоны, в Верхневиллюйском улусе Западной Якутии (с 24,5 до 9,4 ‰) и в Олекминском улусе (с 74,9 до 25,7 ‰) Южной Якутии.

Заключение. Таким образом, общая и первичная заболеваемость населения Якутии патологией органов пищеварения является высокой по сравнению с аналогичными показателями Дальневосточного Федерального округа и Российской Федерации.

В динамике за анализируемый период отмечается рост гастроэнтерологической заболеваемости в целом по республике, при имеющемся существенном различии в показателях в зависимости от зоны проживания населения Якутии.

Болезни органов пищеварения наиболее распространены в Аллаиховском и Булунском улусах Заполярья, в Абыйском, Момском и Жиганском улусах Приполярной зоны, в Амгинском улусе Центральной зоны, в Вилюйском улусе Западной Якутии и в Усть-Майском улусе Южной Якутии.

Список литературы:

1. Егорова А.Г., Кикун П.Ф. Смертность населения трудоспособного возраста Республики Саха (Якутия)// Журнал Здравоохранения Российской Федерации, 2010, №2.- С.49-52.
2. Емельянова Э.А., Сафонова С.Л., Васильева Т.Я., Копылова Д.В. Распространенность болезней органов пищеварения среди взрослого населения Якутии за 2005-2009гг.//Актуальные вопросы гастроэнтерологии и диетологии: материалы межрегиональной научно-практической конференции. – Якутск: Издательско-полиграфический комплекс СВФУ, 2011.- С.138 -143.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

ЕРШОВА Ж.Б., ЯДРИХИНСКАЯ В.Н., СТЕПАНОВА Л.А.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. По данным Медицинского центра г. Якутска отмечается рост числа детей с железодефицитными анемиями. Факторами риска развития анемии у детей раннего возраста являются: недоношенность, раннее искусственное вскармливание, наличие анемии у матери во время беременности, гестоз беременных.

Ключевые слова: железодефицитная анемия, новорожденные, профилактика.

Abstract. According to the Medical Center of Yakutsk we can see growth of number of children with iron deficiency anemia. The factors of the risk on anemia at children of early age: early artificial feeding, iron deficiency anemia at mother during pregnancy, gestosis.

Keywords: iron deficiency anemia, newborns, preventive maintenance.

Актуальность. Во всем мире проблема железодефицитной анемии (ЖДА) является одной из актуальных в современной педиатрии. Риску развития железодефицитной анемии наиболее подвержены беременные и дети раннего возраста.

Весьма существенна роль железа в развивающемся детском организме. Это и перенос гемоглобином кислорода к тканям и органам, и участие в процессах роста, физическом и интеллектуальном развитии детей, в становлении и функционировании иммунной системы, в резистентности организма ребёнка к неблагоприятным условиям окружающей среды, в накоплении токсикантов в организме растущих детей. В связи с этим профилактика анемии является актуальной задачей практической педиатрии.

Также следует отметить, что дефицит железа у ребёнка раннего возраста напрямую зависит от наличия железодефицитного состояния у групп риска – женщин детородного возраста, беременных и кормящих матерей, и от профилактики дефицита железа у этого контингента. Согласно рекомендациям экспертов ВОЗ, а также принятым в Российской Федерации рекомендациям, всем беременным во второй половине беременности и в течение всего периода лактации рекомендуется приём препаратов железа.

Актуальность этих исследований существенно увеличилась в условиях реформирования национальных систем здравоохранения во многих странах мира. Как отечественные, так и зарубежные исследователи едины в понимании того, что в новых экономических условиях возрастает значимость оказания педиатрами амбулаторно-поликлинической помощи детям, обеспечивающей более 80 % потребностей в лечебном и 90 % потребностей в профилактическом медицинском пособии, на наивысшем уровне.

Цель работы. Выявить распространенность железодефицитной анемии у детей раннего возраста.

Пациенты и методы исследования. Исследование проводилось на базе Медицинского центра (МЦ) г. Якутска. В структуру МЦ г.Якутска входят детские отделения АСО-1, АСО-2, АСО-3. Медицинский центр г.Якутска оказывает амбулаторно-поликлиническую помощь детскому и подростковому населению в количестве 24951 человек, из них детей до года 1428. Общее число педиатрических участков составляет 24, кроме этого часть детского населения получает медицинскую помощь в 8 участках врачей общей практики. Исследования проводились в следующих группах:

- первая группа детей с диагнозом железодефицитная анемия - 44 ребенка, проживающих в городе Якутске;
- вторая группа (контрольная) здоровые дети раннего возраста – 45 человек, проживающих в г.Якутске.

Были проанализированы медицинские документы и проведено анкетирование кормящих женщин. В анкете были заданы вопросы

касающиеся профилактики железодефицитной анемии у детей раннего возраста.

Результаты. В 2013 году в МЦ наблюдались 1456 новорожденных. Охват дородовым патронажем составил 83%. Детей с первой группой здоровья 3,6%, вторая группа - 94,3% и третья группа здоровья 2,1%. Распределение по группе риска: на первом месте находится патология ЦНС – 511(35,1%), на втором - рахита, гипотрофии, анемии 356 (24,5%), на третьем - риск развития дисбактериоза 296 (20,3%). И на четвертом месте – повышенной заболеваемости ОРВИ – 242 (16,6%). Заболеваемость детей до 1-го месяца в 2013 г. составляет 273 случая (201,9 на 1000 новорожденных). В структуре на первом месте – отдельные состояния перинатального периода – 63,6. На втором месте – болезни нервной системы – 59,2. На третьем месте – болезни органов дыхания – 23,7, в 2012 г. – 8,6, в 2011 – 25,5. На четвертом месте – болезни крови – 15,5. Следует отметить, что по годам увеличивается количество случаев анемии от 13 случаев в 2011 г. до 20 в 2013 г. На 1000 населения увеличение составляет от 9,5 в 2011 г. до 14,8 в 2013 г.

Для определения факторов риска развития анемии у детей раннего возраста по данным Медицинского центра г.Якутска, были изучены истории развития детей раннего возраста, здоровые и больные анемией, проживающие в г.Якутске за период 2011-2013 гг.

При исследовании первой группы детей с диагнозом железодефицитная анемия, были получены следующие результаты: анемия легкой степени (уровень гемоглобина от 90 г/л до 110 г/л) была выявлена у 21 детей (47,7%), средней степени (уровень гемоглобина от 70 г/л до 89 г/л) - у 23 (52,3%) детей. При изучении карт было выявлено, что из 44 детей 23(52,3%) находились на искусственном вскармливании, 21 (47,7%) - на естественном. Дети, находившиеся на искусственном вскармливании, получали детские адаптированные молочные смеси («НАН», «Нутрилон», «Хумана 1» и др).

Среди детей с ЖДА недоношенные дети составляют 56,9%, в контрольной группе недоношенных детей нет; у 56,8 % детей с ЖДА матери во время беременности имели гестоз в течение беременности, в то время как в контрольной группе у матерей гестозов не было вовсе. У 36,4 % матерей из

первой группы детей был поставлен диагноз анемия, в контрольной группе данный диагноз женщинам не выставлялся. 52,3% детей первой группе находились на искусственном вскармливании, в контрольной группе все дети были на грудном вскармливании. Табакокурение матери в период беременности в первой группе встречается в 31,8%, тогда как в контрольной курящих матерей не было.

При анкетировании кормящих женщин были получены результаты, характеризующие профилактику железодефицитных анемий у детей раннего возраста. В анкетировании принимали участие 30 матерей. Средний возраст опрошенных составил 25-35 лет. Из 30 опрошенных, 27 (90,0%) женщин во время беременности по назначению врача получали препараты железа или поливитаминный комплекс с железом.

Что касается периода лактации, 12 кормящим матерям педиатр рекомендовал принимать препараты железа во время лактации. В то же время 15 женщинам (из 30) это рекомендовали гинекологи.

По данным анкетирования выяснилось, что у всех опрошенных вес ребенка при рождении составил в среднем от 3,5 до 4,0 кг (100%). У всех респондентов до и во время беременности анемия не наблюдалась. После родов 100% женщин соблюдали диету.

Заключение. Таким образом, железодефицитная анемия остается актуальной проблемой у детей раннего возраста. К факторам риска развития железодефицитной анемии является недоношенность, гестоз у матери в период беременности, раннее искусственное вскармливание.

Список литературы:

1. Аммосова А.М., Ханды М.В., Захарова Н.М., Протопопова Н.Н., Ядрихинская В.Н., Тролукова А.Н. Железодефицитные состояния у детей проживающих в РС(Я) // Сборник научных трудов III съезда педиатров Дальневосточного федерального округа, II съезда детских врачей РС(Я) «Современные проблемы педиатрии». - Якутск, 2014 г. – С. 10-16
2. Маркова С.В., П.Г. Петрова, Н.В. Борисова, У.Д. Антипина, Е.В. Пшенникова, Г.А. Здоровье и элементный статус детей Южной Якутии (на примере Алданского района) // Якутский медицинский журнал. - 2012. - № 2. – С. 86-88.

3. Прокопьева С.И., Ханды М.В., Нетребенко О.К. Питание и состояние здоровья детей первого года жизни в Республике Саха (Якутия) // Сборник статей межрегиональной НПК «Питание – основа образа жизни и здоровья населения в условиях Севера». – Якутск, 2012. – С.38-42.
4. Румянцев А.Г. Профилактика дефицита железа – актуальная проблема здравоохранения всех стран мира // Гематология и трансфузиология. – 2009. – Том 54, №2. – С. 31–39.
5. Тарасова И.С. Железодефицитная анемия у детей и подростков // Вопросы современной педиатрии. – 2011. – Том 10, №2. – С. 40–48.

ВЛИЯНИЕ СТРЕССОВ НА ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ И ФИЗИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОДРОСТКОВ

ЗАХАРОВА Н.М., МУНХАЛОВА Я.А.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. Результаты проведенного исследования показали, что большинство обследованных нами подростков можно отнести к группе умеренно и сильно подверженных стрессовым ситуациям. При этом психологические и физиологические признаки стрессового расстройства больше выражены у девочек, чем у мальчиков. Стрессовыми факторами, которые негативно влияют на физическое самочувствие подростков, независимо от пола, часто являются климато-географические условия, в частности, низкая инсоляция в зимнее время года и чрезмерная учебная нагрузка.

Ключевые слова: подростки, стрессы, состояние здоровья.

Abstract. The results of the study showed that the majority of the surveyed adolescents can be attributed to the group of moderately and highly susceptible to stressful situations. When this psychological and physiological signs of stress disorder is more pronounced among girls than boys. Stressors that adversely affect the physical health of adolescents, regardless of gender, are often the climatic and geographical conditions, in particular, low insolation in winter and excessive teaching load.

Key words: Teenagers, stress, health.

Стрессы в современном мире являются одним из основных факторов, провоцирующих сердечно-сосудистые заболевания, снижающих иммунные силы организма, сокращающих продолжительность жизни и приводящих к преждевременному старению и смерти [1]. Многие заболевания, проявляющиеся у человека, связаны с долговременным воздействием стрессорного фактора. Очень опасны стрессоры в период взросления организма, который характеризуется частыми конфликтами, возникающими в подростковой среде, а также между подростками и

взрослыми. Значительная часть этих конфликтов, следовательно, приходится на то время, когда ребенок находится в школе. В школе подростки проводят большую часть своего времени, школа - это место, где, прежде всего, идет значительный поток информации и концентрируется большое количество людей на протяжении длительного времени в течение дня и таким образом здесь может возникнуть большое количество стрессовых ситуаций [3, 4].

Экстремальные климатические условия Республики Саха (Якутия): резко континентальный климат с длительной и холодной зимой, коротким и жарким летом, могут вызвать стрессовые расстройства у подростков, негативно отражаясь на адаптации организма, а одним из критериев адаптации является показатель артериального давления, который чувствителен к перемене погоды [2].

Цель настоящего исследования: изучить реакцию организма на стрессовые ситуации и устойчивость к стрессу подростков.

Материал и методы исследования: в школе №17 г. Якутска у 24 учащихся 7 "б" класса (12 мальчиков и 12 девочек в возрасте 13-14 лет), проведен анализ эмоционального и физического состояния в начале и конце учебного дня. Исследование проводилось в течение двух лет, в середине и конце учебного года - зимой и весной (декабрь и май месяцы). В ходе исследования каждый подросток тестировался на устойчивость к стрессу. Для этого использовались анкеты для выявления стрессовых ситуаций и реакции подростков на них, также использовался стресс-тест, состоящий из следующих вопросов: в начале учебного дня, утром: как встали утром, с каким настроением и физическим самочувствием? В конце учебного дня спрашивали: настроение, физическое самочувствие, испытывали ли ощутимые стрессовые нагрузки в течение дня. Настроение и физическое самочувствие предлагалось учащимся оценивать по пятибалльной системе: 5 баллов – прекрасное настроение и физическое самочувствие; 4 балла – хорошее; 3 балла – удовлетворительное; 2 балла – неудовлетворительное, 1 балл – отвратительное, близкое к обмороку или истерике. Также

измеряли артериальное давление (АД) зимой и весной по два раза, в начале учебного, рабочего дня и после уроков по методу Короткова.

Результаты исследования и их обсуждение: проведенное тестирование выявило, какие чаще всего наблюдаются нарушения психологического и физиологического характера у подростков, и как реагируют они на стрессовые ситуации. Опрос подростков по психологическим признакам стрессового расстройства показал, что девочки чаще чувствуют себя неуверенно (88%), чем мальчики (66%); девочки чаще бывают несдержанными (68%), чем мальчики (50%); девочки чаще испытывают беспричинное беспокойство (75%), чем мальчики (50%); все девочки (100%) отметили, что они очень часто бывают раздражительными, тогда как 50% мальчиков никогда не бывают раздражительными. Психологические признаки, указывающие на состояние стрессового расстройства, показали, что повышенной возбудимостью и беспричинным беспокойством страдают, прежде всего, девочки, для них характерна несдержанность, что может быть для данного возраста обычным и определяется особенностями их физиологического развития. Анкетирование также показало, что признание окружающих хотели бы получить большинство подростков, и это указывает на то, что около половины опрошенных не уверены в своих силах и нуждаются в подтверждении своих сильных сторон личности похвалой окружающих.

По тестам физиологических признаков стрессового расстройства выявлено, что все девочки (100%) испытывают боли в спине и шее, а у мальчиков 67% временами испытывают боли в области спины и шеи; 63% девочек временами жалуются на боли в сердце, такие же жалобы бывают у половины (50%) мальчиков; плохо спят ночами 88% мальчиков и 75% девочек. По утрам чувствуют слабость все девочки (100%), а среди мальчиков 50%; также половина мальчиков и девочек жаловались на отсутствие аппетита.

Таким образом, проведенное исследование показало, что у подростков существуют проблемы как психологического, так и физиологического характера, указывающие на стрессовое состояние. При этом обращает

внимание то, что очень высок процент подростков, которые плохо спят ночью и чувствуют себя по утрам не отдохнувшими. Кроме того, девочки чаще ощущают боли в сердце, что может указывать на сердечно-сосудистые заболевания, а также боли в спине и шее. Также вызывает опасения тот факт, что у многих детей отмечается плохой аппетит - один из основных факторов, ослабляющих организм человека и делающих его более подверженным стрессовым нагрузкам, т.е. у подростков существуют серьезные проблемы психологического и физиологического характера, которые несут серьезную опасность их здоровью. При этом психологические и физиологические признаки стрессового расстройства больше выражены в подростковом возрасте у девочек.

Все подростки считают, что стрессу подвержен каждый человек, но кто-то в большей, кто-то в меньшей степени, но они эту проблему не изучали серьезно, и не знают основных путей выхода из стрессовой ситуации с наименьшими потерями для своего здоровья.

При анализе психологических и физиологических проблем в зависимости от сезона года выявлено, что весной подросткам легче вставать по утрам, чем зимой. Это напрямую связано с тем, что зимой в нашей республике начинается период полярной ночи, по утрам нет солнечного света, который значительно облегчает утренний подъем. В зимнее время года встают легко, прежде всего, те дети, которые неукоснительно соблюдают режим дня.

Независимо от сезона года, большинство подростков приходят в школу в отличном и хорошем расположении духа: 83% - весной и 72% - зимой; в плохом и очень плохом настроении с утра детей намного меньше: 3% - весной и 1,8% - зимой. Таким образом, у подростков в утренние часы фон настроения в основном положительный.

К концу учебного дня большинство подростков отметили улучшение настроения вне зависимости от сезона года, т.е., существенных различий в изменении настроения в начале и в конце учебного дня не отмечается.

По состоянию физического самочувствия, подростки чувствуют себя в утренние часы 84% - весной и 67% - зимой отлично и хорошо, т. е. физическое здоровье у подростков лучше весной, чем зимой. Также стоит отметить, что к концу учебного дня состояние здоровья детей изменяется мало: 87% - весной и 66% - зимой чувствуют себя отлично и хорошо.

Современная медицина определила, что колебания артериального давления у подростков часто связаны с нейроциркуляторными дистониями. При этом подростки часто страдают от преходящей головной боли, интенсивность которой возрастает к концу дня, либо после усиленной умственной нагрузки, что может проявляться неустойчивым настроением, раздражительностью, плаксивостью, ослаблением памяти и внимания, психическим истощением, выраженной утомляемостью. Нарушение эмоционального фона может спровоцировать высокую разницу между систолическим и диастолическим давлением. Также провоцирующими факторами повышения давления являются стрессы, эмоциональные и физические перегрузки, интоксикации, обусловленные присутствием очагов хронической инфекции.

При измерении АД нами было отмечено, что АД у девочек в зимнее время года до уроков снижено до 90/60 мм.рт.ст. у 66,6%, после уроков повышается и достигает нормы (120/90 мм.рт.ст.) у 83%. Весной наоборот, АД до уроков нормальное у 83%, у 66,6% снижается после уроков.

У мальчиков, показатели АД зимой, до уроков несколько снижены (100/80 мм.рт.ст) у 33%, после уроков более повышены у всех (125/90 мм.рт.ст.) независимо от времени года. Таким образом, показатели артериального давления указывают на значительное ухудшение здоровья многих мальчиков после уроков.

Заключение: в подростковом возрасте резервные возможности организма ухудшаются, что, прежде всего, негативно отражается на психическом и физическом самочувствии. Наше исследование показало, что психологические и физиологические признаки стрессового расстройства больше выражены в подростковом возрасте у девочек, но около половины мальчиков отметили неуверенность в своих силах. Хотя подростки часто

отмечают положительный фон настроения, колебания показателей АД показывает, что на физическое самочувствие подростков влияет не только сезон года, но и учебная нагрузка. Таким образом, обследованных нами подростков по результатам тестирования можно отнести к группе умеренно и сильно подверженных стрессовым ситуациям, что настораживает, так как с возрастом человека резервные возможности организма истощаются и уже не могут справляться успешно со стрессовой нагрузкой.

Список литературы:

1. Зайцев, Г.К., Зайцев, А.Г. Твое здоровье. Регуляция психики. - Санкт-Петербург: Детство-пресс, 2000. – 96 с.
2. Захарова, Н.М., Степанова, Л.А., Артамонова, С.Ю. Состояние здоровья детей, проживающих в г. Якутске // Матер. международной НПК «Фундаментальные и клинические аспекты охраны здоровья человека на Севере», посвященной 15-летию медицинского образования в ГОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО – Югры». – 2010. - С. 154-156.
3. Как противостоять стрессу при подготовке к экзаменам // Научно-методический журнал Открытая школа. – 2006. - №2. – С. 33-37.
4. Смирнова, Е.А. Психолого-педагогические причины школьных стрессов подростка // Образование в современной школе. – 2006. - №1. – С. 47-50.

ПЕРВИЧНЫЕ ИММУНОДЕФИЦИТЫ У ДЕТЕЙ

ИВАНОВА О.Н., ГУЛЯЕВА Н.А.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М.К.
АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. В статье описаны два клинических наблюдения тяжелой достаточности комбинированной иммунной недостаточности у детей в одной семье. Данное заболевание является редкой патологией, которую трудно диагностировать в первые месяцы жизни ребенка. Частые инфекции - самое распространенное проявление тотальной комбинированной иммунной недостаточности у детей первого года жизни. В условиях роддома диагноз тотальной комбинированной иммунной недостаточности не был поставлен и детям была введена вакцина БЦЖ. У обоих детей в дальнейшем развился туберкулез. В статье указываются абсолютные противопоказания для проведения вакцины БЦЖ в роддоме у новорожденного.

Ключевые слова: тотальная комбинированная иммунная недостаточность, иммунодефицит, вакцина, туберкулез, инфекции, лимфоциты,

Abstract. In article devoted to two clinical cases of heavy sufficiency of the combined immune insufficiency at children in one family are described. The given disease is a rare pathology which is difficult for diagnosing in the first months of a life of the child. Frequent infections - the most widespread display of the total combined immune insufficiency at children of the first year of a life. In the conditions of maternity home the diagnosis of the total combined immune insufficiency has not been put also to children vaccine БЦЖ has been entered. At both children the tuberculosis further has developed. In article absolute contra-indications for carrying out of vaccine БЦЖ in maternity home at the newborn are specified.

Keywords: the total combined immune insufficiency, an immunodeficiency, a vaccine, a tuberculosis, infections, lymphocyte.

Введение. Тяжелая комбинированная иммунная недостаточность (ТКИН) - это редкий вид первичного иммунодефицита, сочетающий отсутствие функций Т- и В-лимфоцитов. Тяжелая комбинированная иммунная недостаточность может быть вызвана многими различными генетическими

нарушениями. Эти нарушения приводят к чрезвычайной чувствительности к тяжелым инфекциям. Это состояние считается самым тяжелым из всех первичных иммунодефицитов. ТКИН является редким смертельным синдромом, обусловленным различными генетическими факторами, и сочетающим отсутствие функций Т- и В- лимфоцитов (а во многих случаях, также отсутствие функции естественных киллеров или НК-лимфоцитов)[1,2,3,4]. Эти нарушения приводят к чрезвычайной чувствительности к тяжелым инфекциям.

Поскольку вакцины, которые детям вводят для профилактики туберкулеза приготовлены из живых микобактерий туберкулеза, больные с ТКИН могут быть инфицированы ими при иммунизации. Если известно, что кто-то в семье ранее страдал или в настоящее время страдает ТКИН, новых детей этой семьи нельзя подвергать вакцинации до тех пор, пока у них не будет исключена ТКИН)[1,2,3,4].

Цель исследования: представить случай редкой болезни первичного иммунодефицита в Якутии.

Приводим случай установленного диагноза тотальной комбинированной иммунной недостаточности у ребенка в раннем возрасте. Изучены амбулаторные карты, карты новорожденных и истории болезни детской туберкулезной больницы г.Якутска. В семье К. 13.04.2005 родилась девочка, в роддоме была сделана прививка БЦЖ, у ребенка развился гематогенно-диссеминированный туберкулез с поражением легких, левой ключицы, надпочечников, регионарных лимфоузлов. 17.05.2005 умерла в Перинатальном центре Республиканской больнице №1- Национального центра Медицины. По данному факту работала Комиссия МЗ РС (Я) и был разбор случая на комиссии по летальным случаям в ПЦ РБ№1-НЦМ. Комиссией было установлено, что причиной развития туберкулеза у ребенка послужила вакцинация БЦЖ на фоне первичного иммунодефицита.

Второй ребенок семьи (мальчик) родился в Перинатальном центре Республиканской больницы №1-Национального центра медицины. 05.09.2006г. В истории родов имеется отметка о том, что первый ребенок

умер от БЦЖ-ита и мама расписалась в отказе от БЦЖ в роддоме. Мальчик выписан из роддома в удовлетворительном состоянии. Прививка вакциной БЦЖ-М поставлена 16.10.06г. В настоящее время ребенок часто болеет ОРВИ, обструктивным бронхитом, данных о снижении показателей иммунного статуса не выявлено. Данных за специфический процесс нет.

Третий ребенок в семье (мальчик), 13.08.2009 г.р., родился в Перинатальном центре Республиканской больницы №1 национального центра медицины. Беременность протекала без особенностей, родился в срок.

17 августа 2009 года с согласия матери ребенок привит вакциной БЦЖ-М и выписан домой в удовлетворительном состоянии на участок поликлиники г.Якутска, где велся патронаж за новорожденным. С 20 дней жизни у ребенка появился насморк, отмечалось повышение температуры тела, выставлен диагноз: ОРВИ, назначен интерферон. На 4-й день болезни появились кашель, гнойное отделяемое из глаз. Ребенок был направлен в детскую инфекционную больницу с диагнозом: Острый бронхит, гнойный конъюнктивит. В анализах крови отмечалось повышенное СОЭ при нормальном уровне лейкоцитов. В октябре 2009 повторно поступают в ДИБ с диагнозом: Острый бронхит средней степени тяжести, острый двусторонний конъюнктивит. В общем анализе крови отмечалась лейкопения при повышении СОЭ до 39 мм/ч. 20.10.09г. выписан в удовлетворительном состоянии. Ребенок переведен в пульмонологическое отделение. Выставлен диагноз: Рецидивирующий бронхит. Ребенку назначена антибактериальная, противовирусная терапия, бронхолитики, гормональная противовоспалительная терапия, симптоматическое лечение.

Несмотря на проводимую терапию состояние ребенка без явного улучшения, ребенок лихорадит, отмечается нарастание воспалительной картины в общем анализе крови.

На основании жалоб, анамнеза заболевания, данных результатов исследования в ноябре 2009 выставлен диагноз: Внебольничная левосторонняя пневмония, затяжное течение, тяжелой степени,

осложненный бронхообструктивным синдромом, левосторонним плевритом, ДН II степени.

По результатам контрольной компьютерной томографии отмечена отрицательная динамика в виде появления полости распада в S8 правого легкого с утолщенными стенками и небольшим горизонтальным уровнем жидкости. В S5 левого легкого отмечено нарастание субплеврально расположенного образования, которое выбухает через межреберное пространство.

Лечащим врачом заподозрен первичный иммунодефицит, также указано что первый ребенок семьи умер от БЦЖита, не исключается злокачественное новообразование и туберкулезный процесс. В лечении добавлен иммуноглобулин и Октагам, рекомендована консультация фтизиатра и онколога.

Далее ребенок консультирован фтизиатром и онкологом, дано заключение: данные за специфический процесс сомнительны. Рекомендовано дообследование, в т.ч. цитогистоморфологическое исследование легочной ткани. После проведения компьютерной томографии органов брюшной полости в малом тазу в проекции левой лобковой кости определяется неправильной формы образование без четких контуров, тело и нижняя часть лобковой кости не определяются.

Данные иммунограммы: IgA - 0,207, IgM – 1,17, IgG - 6,97, ЦИК – 93,8%, CD3 – 1%, CD4 – 2%, CD8 – 5%, CD16- 24%, CD19 – 3%, CD3/ HLA - 1% (резко снижены показатели гуморального и клеточного иммунитета). На консилиуме от рекомендована трансторакальная биопсия на и больной переводится в ОХО.

Ребенку 02.12.09г. проведена торакоскопия слева, пневмолиз, вскрытие буллы, биопсия плевры, дренирование плевральной полости. На основании проведенных исследований поставлен диагноз: острый гематогенный остеомиелит левой лонной кости. Септико-пиемическая форма. Двухсторонняя деструктивная пневмония, мелкоочаговая форма с исходом в буллы. Взяты кусочки плевры на гистологию и цитологию, результат

цитогистологического исследования – рыхлая соединительная ткань с обилием полнокровных сосудов с клетками хронического воспаления без признаков специфического воспаления. 11.12.09г. в ДТБ НПЦ «Фтизиатрия» созван консилиум, решением которого поставлен диагноз: генерализованная БЦЖ-инфекция на фоне первичного иммунодефицита. Рекомендован перевод в ДТБ.

В результате заочной консультации в отделении клинической иммунологии РДКБ (г.Москва) был выставлен диагноз: Тяжелая комбинированная иммунная недостаточность, аутосомно-рецессивный тип. Генерализованная БЦЖ-инфекция с поражением легких, лобковой кости слева, мягких тканей. Ребенок направлен на лечение в г. Москва в отделение иммунологии РДКБ. Ребенок умер в РДКБ от внебольничной пневмонии.

Таким образом, при наличии в семье детей, больных ТКИН, новорожденных детей в этой семье нельзя подвергать вакцинации до тех пор, пока у них не будет исключена ТКИН; в роддомах и поликлиниках необходимо серьезно подходить к организации вакцинопрофилактики новорожденных, в соответствии с приказом №109 от 21.03.2003г. «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в РФ».

Список литературы:

1. Детские болезни / Под ред. Н.П. Шабалова. – М.: Медицинская литература, 2009 – С.989-1027
2. Долгих В. Т. Основы иммунопатологии. Рук. для врачей – М.: Ростов-на-Дону, 2007, - С.119-158
3. Стефани Д. В., Вельтищев Ю. Е. Иммунология и иммунопатологии. – М.: Медицина, -1996, С.88-170
4. Хаитов Р.М., Вторичные иммунодефициты: клиника, диагностика, лечение// Руководство для врачей - М.: Медицина, 1999. - С.23-56.

ЛЕЧЕНИЕ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ИГНАТЬЕВ В.Г., ГАВРИЛЬЕВ С.Н., СЕМЕНОВ Д.Н., ГУСАРЕВИЧ В.С., СЛЕПЦОВ К.П.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

РОССИЯ, РЕСПУБЛИКАНСКАЯ БОЛЬНИЦА №2-ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ, Г. ЯКУТСК

Аннотация. За 3 летний период 2009-2011гг. в отделении гнойной хирургии ГБУ РБ№2 Центра экстренной медицинской помощи - 154 (80,5%) больных получили оперативное лечение по поводу критической ишемии нижних конечностей, из них ампутации нижних конечностей у 77(50%) больных. Больные с клиникой хронической ишемией нижней конечности 4 степени (по классификации Фонтейна-Покровского) составляли 7,2% из числа всех госпитализированных в отделение гнойной хирургии. Доля больных с сочетанием атеросклероза артерий и сахарным диабетом составляло 81(52,6%) больной.

Ключевые слова: критическая ишемия нижних конечностей, ампутация, сахарный диабет.

Abstract. Over the 3 year period 2009-2011. in the department of purulent surgery GBU RBN№2 Center for Emergency Medical Aid - 154 (80.5%) patients received surgical treatment for critical limb ischemia, including lower-limb amputation in 77 (50%) patients. Patients with clinical chronic ischemia of the lower limb 4 degrees (according to the classification of Fontaine-Pokrovsky) accounted for 7.2% of the number of admissions to the department of purulent surgery. The proportion of patients with a combination of arterial atherosclerosis and diabetes was 81 (52.6%) patients.

Key words: critical limb ischemia, amputation, diabetes.

Актуальность проблемы лечения критической ишемии нижних конечностей определяется поздней обращаемостью больных, тяжестью исходного

состояния, наличием тяжелой сопутствующей патологии. Проблема болезней сосудов нижних конечностей, несмотря на развитие медицины, до сих пор не решена. Лечению болезней сосудов в подготовке врачей общей практики уделяется недостаточно внимания [5]. Многие врачи плохо ориентируются в диагностике сосудистых поражений и передают пациентов сосудистому хирургу в запущенной стадии. Основные заболевания, ведущие к критической ишемии это - атеросклероз, тромбангиит и эндартериит (воспаление артерий), диабетическое поражение сосудов. Наиболее тяжелыми и трудными в лечении критической ишемии являются воспалительные и диабетические поражения.

Точной информации о частоте встречаемости критической ишемии нижних конечностей нет. Результаты национального исследования, проведенного Vascular Society of Great Britain, говорят о 400 больных на 1млн. населения в год. Если учесть, что 3% населения страдают перемежающейся хромотой и у 5% из них в течение 5 лет может развиваться критическая ишемия, то частота ее встречаемости равна 300 случаев на 1 млн. населения в год. Около 90% всех ампутаций выполняются по поводу выраженной ишемии нижних конечностей и у 25% пациентов с критической ишемией потребуются ампутация голени или бедра, отсюда частота критической ишемии будет равна 500-1000 пациентов на 1 млн. населения в год. У диабетиков критическая ишемия наблюдается примерно в пять раз чаще, трофические нарушения развиваются у 10% пациентов с сахарным диабетом в пожилом возрасте.

Сахарный диабет (СД) является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний и носит характер неинфекционной эпидемии. В настоящее время около 200 млн. человек в мире страдают СД, при этом количество больных ежегодно увеличивается на 5–7% и каждые 15 лет удваивается. По прогнозам экспертов ВОЗ, их число к 2025 году достигнет 325 млн. человек, а у 410 млн. человек будет определяться нарушенная толерантность к глюкозе. СД характеризуется ранней инвалидизацией и высокой смертностью больных вследствие развития поздних сосудистых

осложнений. Это обстоятельство ставит СД в ряд социально значимых заболеваний [1,2,3].

Клинический материал и результаты. За 3 летний период 2009-2011 гг. в отделении гнойной хирургии выполнены 154 (80,5%) больных получили оперативное лечение по поводу критической ишемии нижних конечностей, из них ампутации нижних конечностей у 77 (50%) больных. Средний возраст из них составил 60 лет. Самому молодому было 37 лет, самому пожилому 84 года. Мужчин составило -79 (51,2%) человек, женщин-75 (48,7%). Атеросклероз артерий нижних конечностей имел место у 67(43,5%) больных, (42 мужчины и 25 женщин). Сочетание атеросклероза и диабета наблюдалось у 81(52,6%) больных (31 мужчин и 50 женщин). Болезнь Бюргера имела место у 2 (1,3%) пациентов и облитерирующий эндартериит у 4 (2,6%) человек.

Тяжесть состояния больных определялась тяжелой сопутствующей патологией и клинической картиной тяжелой эндогенной интоксикации, ишемической болезнью сердца страдали 74 (48%) человека, ПИКС выявлен у 15 (9,7%) больных, мерцательная аритмия у 6 (3,9%) пациентов, гипертоническая болезнь выявлена у 86(55,8%) человек. ОНМК в анамнезе зафиксировано у 2(1,3%) больных. Помимо клинических показателей и биохимических анализов крови тяжесть состояния подтверждалась уровнем мочевины и креатинина в плазме, эритроцитах и белка в моче.

С целью уточнения уровня поражения артериального русла были выполнены рентгенконтрастное исследование артерий (ангиография) в экстренном порядке у 12 (7,8%) человек - в первые 48 часов после госпитализации, УЗДГ проведено – у 37 (24%) больных. К сожалению, выполнить экстренную ангиографию и дуплексное сканирование в экстренном порядке не всегда возможно. Вероятно, что применение ангиографии и/или ультразвуковых методов исследования в экстренном порядке позволило бы ангиохирургом выработать наиболее оптимальную хирургическую тактику.

Трем больным (2%) с сухим некрозом мягких тканей нижних конечностей предприняли попытку шунтирования бедренно-подколенного сегмента с

хорошим клиническим результатом. 47 (30,5%) пациентам проведены малые хирургические вмешательства такие как: экзартикуляция пальцев и некрэктомия. Данной группе больных, дальнейших операций не потребовалось, и они были выписаны на амбулаторное лечение.

У 77 (50%) больным единственным спасением для их жизни была ампутация конечности. У 8 (5,2%) человек предшествовал ряд малых операций (экзартикуляция, некрэктомия), но в связи прогрессированием ишемии конечностей, им были проведены высокие ампутации. Ампутация на уровне стопы проведена 12 (7,8%) больным, на уровне голени 7 (4,5%) больным, 58 (37,7%) человек перенесли высокую ампутацию. Консервативной терапии, без операций, подверглись 30 (19,5%) больных. Умерло 11 больных (7,1%)

Причиной неблагоприятных исходов стали у 7 (4,5%) больных прогрессирующая сердечно-сосудистая недостаточность, у 1 (0,6%) острый инфаркт миокарда, у 3 (2%) развитие сепсиса.

Заключение:

1. У больных, поступивших в стационар с острой артериальной непроходимостью, как правило, с сопутствующей тяжелой сердечно-сосудистой патологией, которой является одной из важных причин возникновения нарушения проходимости магистральных артерий.
2. Увеличилось количество больных с сочетанием атеросклероза артерий нижних конечностей и сахарного диабета 81 больной (52,6%). Среди них увеличилось удельное количество женщин -50 (61,7%).
3. При критической ишемии нижних конечностей необходимо применение ангиографии и/или дуплексного сканирования в экстренных случаях, что позволит оптимизировать тактику ангиохирурга и улучшить результат. Основным эффективным методом лечения ишемии нижних конечностей является аутовенозное микрошунтирование, либо применение эндоваскулярных методов лечения с применением баллонной ангиопластики и/или стентирования артерий нижних конечностей.

4. Летальность составила 7,1%. В каждом конкретном клиническом случае критической ишемии нижних конечностей необходим критический анализ. С учетом давности и степени артериальной непроходимости необходимо тщательно взвешивать, что для больного наиболее оптимально: экстренная реконструктивная операция или выжидательная хирургическая тактика с проведением дезагрегантной терапии; либо же нужна высокая ампутация конечности.

Список литературы:

1. Айриян П.Э., Бахтиозин Р.Ф., Джорджикян Р.К. Цветное дуплексное сканирование в морфологической и функциональной диагностике окклюзирующих заболеваний артерий нижних конечностей. // Ангиология и сосудистая хирургия. -2004, №2.-том 10.-С45-50.
2. Национальные стандарты оказания помощи больным сахарным диабетом. – М. – 2002.
3. Бахарев И.В., Редькин Ю.А. Синдром диабетической стопы: диагностика, лечение, профилактика. // Сахарный диабет. – 2003. – № 1.
4. Покровский А.В. Клиническая ангиология. М. Медицина. - 2001. - Т.2.- С.129.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИАРТИКУЛЯРНЫХ ТКАНЕЙ

КАРЕЛИН А.П.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М.К.
АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. В работе представлена краткая характеристика особенностей поражения периартикулярных тканей с учётом неблагоприятных условий Крайнего Севера. Указаны наиболее часто поражаемые структуры этой ткани. Предложены методы лечения при данных заболеваниях.

Ключевые слова: периартикулярная ткань, лечение.

Abstract. A short characteristic of peculiarities periarthycularis tissue injury in relation with Far North unfavourable conditions is presented. More often injuries structures of this tissue are shown. Methods of treatment of these diseases are suggested.

Key words: periarthycularis tissue, treatment.

Актуальность. Поражение периартикулярных тканей, несмотря на высокую распространённость в популяции, являются, тем не менее, одними из редко диагностируемых заболеваний. Трудности обусловлены рядом особенностей этих форм патологии. Прежде всего, имеет значение тот факт, что эти анатомические структуры расположены вблизи суставов, с которыми они тесно связаны и анатомически и биомеханически. Такая тесная связь при развитии патологических изменений этих структур вызывает очень большие затруднения в постановке диагноза. Возникновение болевого синдрома при этом чаще всего связывают с дистрофическими и воспалительными изменениями в суставах, тем более что суставная патология в большей или меньшей степени часто при этом присутствует. Другой очень важной особенностью является то, что эти структуры практически не содержат сосудов, что сводит к минимуму любой

существующий метод лечения, включая и внутрисуставное введение стероидных препаратов.

Условия проживания и работы в условиях Крайнего Севера сопряжены с воздействием ряда неблагоприятных природно-климатических факторов, одним из важнейших которых является длительное воздействие низких температур, которые негативно влияют на функционирование опорно-двигательного аппарата, усугубляя и отягощая изменения со стороны структур данной системы, закономерно прогрессирующих с возрастом.

На фоне же отчётливой клиники поражения суставов различные виды околосуставных изменений остаются, как правило, нераспознанными.

К числу наиболее часто поражаемых структур относятся:

1. Воспаление околосуставных сумок, прежде всего анзериновой, расположенной в области прикрепления сухожилий, образующих “гусиную лапку” (*pes anserinum*) и трохантерический (вертельный) – в области большого вертела.
2. Воспаление связок, чаще всего внутренней коллатеральной (боковой) связки коленного сустава.
3. Воспаление сухожилий – сухожилия надостной мышцы плеча и двуглавой мышцы плеча.
4. Воспаление мест крепления сухожилий в области медиального и латерального мыщелков локтевого сустава.

Преимущественное поражение указанных структур обусловлено как анатомическими, так и физиологическими особенностями, связанными с повышенной биомеханической нагрузкой именно на эти структуры.

В диагностике поражений этих структур необходимо учитывать, что практически не существует патогномичных инструментальных или лабораторных признаков их воспаления. В основе диагностики поражения околосуставных тканей лежит правильно собранный анамнез и проведённое физикальное обследование – пальпация соответствующих анатомических структур, включая проведение ряда нагрузочных тестов.

Характерным признаком для анзеринового бурсита является боль с медиальной стороны коленного сустава на 4 – 5 см. ниже края сустава. Боли усиливаются при вставании и ходьбе после длительного сидения, при подъёме по лестнице, при давлении на область воспалённой сумки и наличие утренней скованности.

Для трохантерического бурсита характерным является боль в области большого вертела, усиливающаяся при ходьбе, лежании на больном боку. Боль может иррадиировать по латеральной поверхности бедра до наружных структур коленного сустава и в поясницу.

Лигаментит внутренней коллатеральной связки даёт болезненность по ходу всей связки с максимальным её усилением в области медиального надмыщелка коленного сустава.

Симптоматика при тендинитах сопряжена с движениями в определённой плоскости, которые осуществляют соответствующие мышцы и болезненностью в местах их прохождения и прикрепления.

Цель исследования – оценить эффективность локального лечения патологии околоуставных мягких тканей.

Пациенты и методы. В работе представлены данные по лечению 230 пациентов с различной патологией околоуставной мягкой ткани. Подавляющее большинство пациентов были женского пола, среднего и более старшего возраста с длительностью патологии от нескольких недель до 1 – 2 лет. Во многих случаях указанная патология сопровождала остеоартроз коленных или тазобедренных суставов. Практически все пациенты до начала лечения получали нестероидные противовоспалительные препараты и хондропротекторы в различных лекарственных формах: инъекции, таблетки, мази без достаточного терапевтического эффекта

Наиболее эффективным методом лечения при патологии околоуставных мягких тканей является локальное введение в точки наибольшей болезненности 2,0 – 4,0 мл. 2% лидокаина и 0,5 – 1,0 дипроспана. Инъекции

проводились с интервалом в одну неделю, количество требовавшихся инъекций составило от 1 до 3.

Результаты. Практически во всех случаях достигался выраженный положительный результат, проявлявшийся в купировании болевого синдрома. Быстрее всего купировались трохантерический бурсит и латеральный эпикондилит локтевого сустава, как правило, требовалось одна или две инъекции. Для получения ремиссии при анзериновом бурсите и лигаментите большеберцовой связки коленного сустава, который часто развивался на фоне остеоартроза коленного сустава, иногда требовалось до трёх инъекций. Длительность ремиссии зависела от наличия сопутствующего остеоартроза и его стадии.

Заключение. Правильная диагностика и правильное лечение позволяет достичь практически полной ремиссии заболевания, что сокращает время общей нетрудоспособности. Соблюдение общих правил асептики и антисептики, а также режим применения данной терапии позволяет свести риск возможных побочных явлений и осложнений к минимуму.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СУСТАВОВ И ПОЗВОНОЧНИКА В КЛИНИКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

КАРЕЛИН А.П.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М.К.
АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. В работе представлена краткая характеристика заболеваний опорно-двигательного аппарата: остеоартроз и остеохондроз. Подчёркнута связь этих заболеваний с производственными факторами вредности на горнодобывающих предприятиях Крайнего Севера. Предложен метод лечения остеоартроза коленных суставов с использованием препарата “хондролон”.

Ключевые слова: остеохондроз, лечение, хондролон.

Abstract. A short characteristic of diseases of moving-support apparatus: osteoarthritis and osteochondrosis is presented. The relation of these diseases with professional factors of harmfulness in mining enterprises under the Far North conditions is shown. The treatment method of knee joints osteoarthritis using the “Hondrolon” preparation is suggested.

Key words: osteoarthritis, treatment, “hondrolon”.

Актуальность. Болезни опорно-двигательного аппарата представляют весьма серьезную медико-социальную проблему как современного общества, так и отдельных контингентов населения, занятых на производстве. При этом большинство этих заболеваний склонны к хронизации и неуклонному прогрессированию, что усугубляется поздней диагностикой и неадекватной терапией, обусловленной, в частности, мнением врачей, расценивающих данные заболевания как естественные процессы инволютивных изменений организма.

Ведущими формами патологии опорно-двигательного аппарата являются остеоартроз и остеохондроз. Основа этих форм патологии заключается в нарушении равновесия между анаболическими и катаболическими процессами в суставе, прежде всего в гиалиновом хряще. В дальнейшем в процесс закономерно вовлекаются как структуры самого сустава, так и околосуставные ткани, что приводит к дегенерации хряща с уменьшением его объема, склерозированию околосуставной капсулы, ремоделированию субхондральной кости и периартикулярных тканей, а также к периартикулярной мышечной дистрофии.

В основе патогенеза этих заболеваний наряду с метаболическими нарушениями, развитием локального воспаления большое значение имеют и биомеханические факторы, которые в ряде случаев играют весьма значительную роль. Длительное пребывание в однообразном положении, зачастую в неблагоприятных условиях микроклимата, локальные и общие вибрации весьма неблагоприятно сказываются на метаболизме суставного хряща, который в силу отсутствия сосудистой сети начинает испытывать хроническую гипоксию. Данные условия в полной мере присутствуют на предприятиях горнодобывающей промышленности, особенно в экстремальных условиях Крайнего Севера. Все это приводит к тому, что распространенность патологии опорно-двигательного аппарата среди работающего мужского контингента горнодобывающих отраслей промышленности является весьма значительной.

В силу этого лечение дегенеративных заболеваний опорно-двигательного аппарата должно быть комплексным и наряду с устранением или минимизацией внешних неблагоприятных факторов обязательно должно включать медикаментозную терапию. Наряду с различными классами противовоспалительных препаратов большой интерес представляет группа хондропротекторов, механизм действия которых направлен на торможение катаболических процессов и стимуляцию репаративных процессов в хряще. Одним из препаратов, занимающих ведущее место в лечении, является хондроитинсульфат, представленный в виде препаратов хондролон и структум.

Цель исследования. Автором разработана методика лечения остеоартроза коленных суставов, как наиболее часто поражаемых путем внутрисуставного введения препарата хондролон (патент РФ № 2295349). Преимущество подобного подхода заключается в том, что при парентеральном пути введения биодоступность препарата не превышает 12 – 15%, а при введении в замкнутую полость сустава он практически полностью усваивается, что позволяет достигать хороших клинических результатов.

Пациенты и методы. Используя подобный метод, автором пролечено 96 пациентов с остеоартрозом коленных суставов с функциональной недостаточностью I – IV стадий. Возраст пациентов составил от 45 до 72 лет, преимущественно женского пола. Курс лечения состоял из 12 – 15 внутрисуставных инъекций препарата с периодичностью 2 раза в неделю. Стандартная доза при одной инъекции составляла 100 мг.

Результаты. На фоне проводимого лечения у 94 пациентов отмечался положительный эффект, проявлявшийся в уменьшении болей и утренней скованности в суставах, уменьшение или исчезновение отёков в области суставов, обусловленных сопутствующим синовитом. Практически все пациенты отказались от применения нестероидных противовоспалительных препаратов. Эффект лечения наиболее выражен на I – II стадиях заболевания, и сохранялся на протяжении 6 – 12 месяцев. При III и особенно при IV функциональной стадии положительный эффект сохранялся на более короткое время. Двое пациентов не смогли продолжать курс лечения из-за болевого синдрома, развивавшегося при введении препарата. Лучший эффект лечения на I – II стадиях заболевания связан, по-видимому, с большим объемом сохранённого хряща. Действие препарата для перорального приема структурно аналогично, хотя в силу низкой биодоступности требует значительно большей дозировки и длительности лечения. Прием структурума патогенетически оправдан в силу полиартикулярного типа поражения периферических суставов и при остеохондрозе.

Заключение. Данная методика, позволяя достичь клинически значимых результатов в лечении остеоартроза коленных суставов, значительно улучшает и качество жизни пациентов. Учитывая, что практически у всех рабочих, занятых в горнорудной промышленности при постановке диагноза вибрационная болезнь диагностируется I – II стадия остеоартроза коленных суставов, применяя данный метод лечения можно достичь длительной ремиссии заболевания.

Т.о. комплекс мер профилактического и медикаментозного характера позволяет, воздействуя на основы патогенеза, контролировать течение заболевания, замедлить его прогрессирование, что, несомненно, даст и экономический эффект.

ИЗУЧЕНИЕ ПОВЕРХНОСТИ ЭРИТРОЦИТОВ КРОВИ ПАЦИЕНТА С БОЛЕЗНЬЮ БЕРЖЕ МЕТОДОМ ЭЛЕКТРОННОЙ МИКРОСКОПИИ

Кононова И.В., Мунхалова Я.А., Антонов С.Р., Мамаева С.Н.

Россия, Северо-Восточный федеральный университет имени М. К.
Аммосова, Медицинский институт

Аннотация. Работа посвящена изучению роли эритроцитов в сохранении динамического постоянства внутренней среды организма при болезни Берже. Получены поверхностные снимки эритроцитов методом электронной микроскопии под различным увеличением. На поверхности эритроцитов обнаружены объекты, возможно, органического происхождения, сопоставимые с размерами вирусов.

Ключевые слова: эритроциты, болезнь Берже, электронная микроскопия.

Abstract. The research is devoted to studying the role of red blood cells in maintaining the dynamic internal environment of Berger's disease. Surface images of red blood cells were obtained by electron microscopy at various magnifications. Objects have been found, possibly of organic origin, comparable to the size of viruses.

Key words: erythrocytes, Berger's disease, electron microscopy.

Актуальность. Болезнь Берже является широко распространенной формой первичного гломерулонефрита и характеризуется повторяющимися эпизодами макроскопической гематурии, которая обычно связана с инфекцией слизистых оболочек верхних дыхательных путей (или инфекцией другой локализации) или бессимптомной микроскопической гематурией с протеинурией или без нее [1].

По мнению J. Feehally, J. S. Cameron IgAN характеризуется тремя важнейшими ее проявлениями - клинический синдром повторной

гематурии, гистологическое появление фокального или мезангиального нефрита и иммуногистохимическое выявление депозитов IgA [2].

До настоящего времени по распространенности болезнь Берже остается на первом месте среди всех первичных гломерулонефритов по всему миру. Этиология и патогенез этого заболевания до сих пор неизвестны, что и определяет актуальность исследований, посвященных болезни Берже. Тем не менее, участие иммунологических и генетических факторов в ее возникновении очевидно (European IgA Nephropathy Consortium, <http://www.igan.net/iga.html>).

Цель и задачи исследования. Интересен тот факт, что Болезнь Берже, протекающая с эпизодами макрогематурии (без выраженной протеинурии) имеет более благоприятное течение [1]. Именно поэтому мы предположили, что макрогематурия при болезни Берже, возможно, имеет признаки ответной комплексной реакции на некий раздражитель с целью сохранить динамическое постоянство внутренней среды человеческого организма. Руководствуясь целью изучить роль эритроцитов в гомеостазе при болезни Берже, мы инициировали это исследование.

Материалы и методы исследования. Принимая во внимание тот факт, что клеточная мембрана эритроцитов обладает высокими сорбционными свойствами (это показано в многочисленных научных исследованиях), мы решили изучить, как выглядит поверхность эритроцита пациента с болезнью Берже.

Для этого мы использовали возможности электронного сканирующего микроскопа - растрового электронного микроскопа (РЭМ) JSM-7800F фирмы JEOL.

Модель JSM-7800F имеет термополевой эмиссионный катод Шоттки и супергибридную объективную линзу. В этом микроскопе реализованы последние достижения в технологии электронной оптики, что позволяет получать на данном микроскопе изображения с очень высоким разрешением. Исследования проводились при ускоряющем напряжении 1 кВ и 2 кВ с подачей напряжения на исследуемый объект от 8 до 10 В.

Измерения были проведены нижним детектором вторичных электронов. Выбор такого режима измерения позволил проводить исследования без напыления проводящих покрытий и без повреждения исследуемого объекта.

Был исследован мазок крови ребенка, поступившего в РБ№1-НЦМ г. Якутска с установленным диагнозом болезни Берже с симптомами макрогематурии. Технология: сделав укол в палец, к выступившей капле, не касаясь пальца, прикладывают предметное стекло с одного края. После этого стекло повернули каплей вверх. Взяли покровное стеклышко, приставили его плотно ребром к предметному стеклу, приблизительно под углом в 45° , подвели к капле крови и, после того как кровь распределилась вдоль ребра покровного стеклышка, быстро провели им по предметному стеклу; при этом получили тонкий равномерный мазок крови. После приготовления мазка предметное стекло положили не менее чем на 10 минут вверх той стороной, на которой размазана кровь и дали ей высохнуть.

Полученные результаты. Нами был получен ряд изображений под различным увеличением (рис. 1-6). Изучение снимка с увеличением в 4500 раз (рис.1) не выявило никаких особенностей в поверхности эритроцитов, разнообразная неправильная округлая форма подтверждает наличие у эритроцитов эластических свойств. Скорее всего, изменение формы произошло вследствие механического воздействия из-за технологии проведения процедуры получения образца (мазка крови).

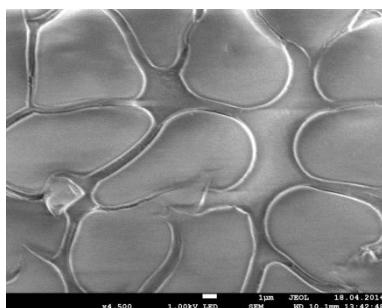


Рисунок 1. Эритроциты полученного мазка крови под увеличением в 4.500 раз

При рассмотрении снимка с увеличением в 10000 раз (рис. 2) мы заметили на поверхности эритроцита небольшие круглые объекты разного диаметра, напоминающие поверхностные эрозии.

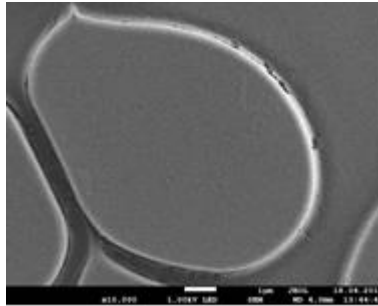


Рисунок 2. Эритроциты полученного мазка крови под увеличением в 10 000 раз

При увеличении в 35 000 раз эти объекты видны уже четко (рис. 3).

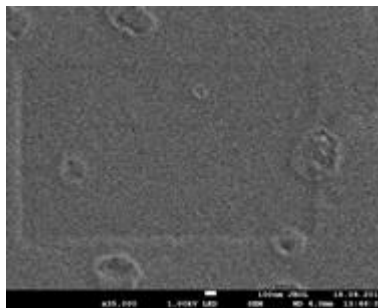


Рисунок 3. Поверхность эритроцита полученного мазка крови под увеличением в 35 000 раз

Получение увеличенного в 50 000 раз изображения позволило увидеть неровные края «эрозий» и темное пятно, напоминающее дефект («дырочку») в эритроцитарной мембране (рис. 4)..

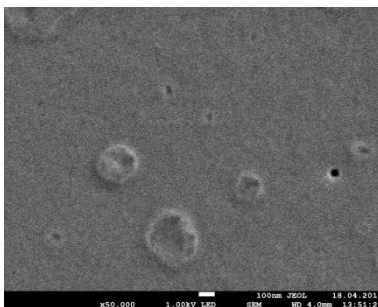


Рисунок 4. Поверхность эритроцита полученного мазка крови под увеличением в 50 000 раз

На снимках с увеличением в 65.000 раз (рис.5) мы увидели светящиеся точечные объекты размером в несколько десятков нанометров. Их детальное рассмотрение невозможно из-за их сильной зарядки. Свечение объектов предполагает органическое происхождение, так как многие органические объекты являются диэлектриками и при изучении с помощью растровой электронной микроскопии они могут быть видны как яркие светящиеся объекты.

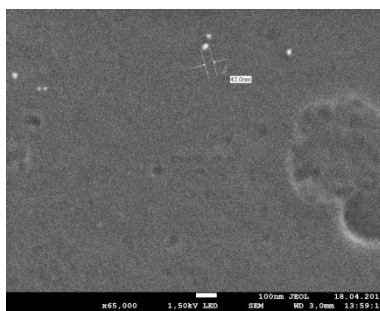


Рисунок 5. Поверхность эритроцита полученного мазка крови под увеличением в 65.000 раз

Заключение

Полученные результаты - получение изображений методом электронной микроскопии и обнаружение изменений на поверхности эритроцитов пациентов с болезнью Берже позволяет нам сделать ряд первых выводов, которые, несомненно, должны будут получить подтверждение в дальнейших исследованиях: эритроциты при болезни Берже сохраняют эластичность и не теряют своих сорбционных свойств. Макрогематурия при болезни Берже, возможно, направлена на выведение из организма объектов, являющихся, видимо, этиологическими и (или) патогенетическими факторами болезни Берже.

Очень важно, по нашему мнению, что размеры светящихся объектов сопоставимы с размерами вирусов. Одним из дальнейших направлений наших исследований будет изоляция и идентификация вирусов у пациентов с болезнью Берже для доказательства роли инфекции в качестве основного этиологического фактора болезни Берже.

Список литературы:

1. Папаян А.В., Соловьев А.А., Стяжкина И.С. IgA нефропатия (болезнь Берже у детей). Лекция. СПб.: издание ГПМА, 2001.
2. Feehally J, Cameron J. S. IgA Nephropathy: Progress Before and Since Berger// American Journal of Kidney Diseases. 2011. Vol. 58(2). P. 310-319. DOI: 10.1053/j.ajkd.2011.03.024

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПЕРСОНАЛА В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ (НА ПРИМЕРЕ ГБУ РС(Я) РЕСПУБЛИКАНСКОГО ДЕТСКОГО ТУБЕРКУЛЕЗНОГО САНАТОРИЯ ИМЕНИ Т.П. ДМИТРИЕВОЙ)

КАРПОВА А.Г.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М.К.
АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. Изучения качества жизни работников здравоохранения обусловлена тем, что здравоохранение – важнейший фактор формирования здоровья населения, а работники здравоохранения – одна из социальных групп населения, испытывающих на себе все реальные проблемы современной общественной жизни, но призванная в известной мере амортизировать эти проблемы в ходе массовых контактов с пациентами.

Ключевые слова: медицинская сестра, состояние здоровья, туберкулез.

Abstract. Study of the quality of life of health workers due to the fact that health care - a key factor in the formation of public health, and health care workers - one of the social groups of the population suffering from the all the real problems of modern society, but to some extent designed to absorb these problems during the mass contact with patients.

Key words: nurse, health, tuberculosis.

Неблагоприятные условия труда, неудовлетворительное состояние материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), низкая социально-экономическая обеспеченность, несомненно,

способствуют высокому уровню общей заболеваемости медицинского персонала. В результате исследований в области социальной гигиены, гигиены труда, профессиональных болезней, эпидемиологии, социальной экологии были выявлены наиболее существенные факторы, определяющие состояние здоровья медицинских работников в современных условиях. Самые неблагоприятные показатели здоровья отмечены у среднего медицинского персонала. В связи с этим задачи укрепления и сохранения здоровья данного контингента становятся особо актуальными.

Работники здравоохранения находятся как в кругу собственных жизненных проблем социально-экономических реформ, например, акционирования, особую значимость приобретают научные исследования, посвященные комплексной оценке состояния здоровья, здоровья отдельных профессиональных групп населения, в т.ч. работников здравоохранения, с использованием специальных индикаторов.

Цель. Изучить состояние здоровья медицинского персонала в специализированном туберкулезном медицинском учреждении на примере ГБУ РС (Я) РДТС им Т.П. Дмитриевой (1-ое легочное отделение).

Объект исследования. Средние медицинские работники ГБУ РС (Я) РДТС им. Т.П. Дмитриевой (1-ое легочное отделение), с 2010 г. по 2012 г.

Материалы и методы исследования. В соответствии с целью и задачами исследованы статистический, экспертный и социальные методы.

Результаты и обсуждение. В последние годы на фоне сложившихся негативных общественно-политических и социально-экономических процессов состояние здоровья медицинского персонала продолжает ухудшаться. Ежегодно около 200 тыс. медицинских работников не выходят из-за болезни на работу показатели временной нетрудоспособности по болезням органов пищеварения, системы кровообращения, органов дыхания, костно-мышечной системы и соединительной ткани у медицинских работников значительно выше, чем в среднем по стране (Ю.П. Пивоваров, 1999).

Качество и эффективность деятельности медицинских сестер зависят и от их состояния здоровья. Имеющиеся литературные данные свидетельствуют о высокой степени заболеваемости среднего медицинского персонала. По роду своей деятельности медицинские сестры подвергаются воздействию различных неблагоприятных факторов производственной среды и трудового процесса: вынужденная рабочая поза, перенапряжение анализаторных систем, вредные химические вещества и биологические агенты, ионизирующие и неионизирующие излучения, шум, вибрация, канцерогены и другие. Другим, но достаточно значимым фактором риска заболеваемости медицинских сестер является производственный фактор.

Анализ ответов респондентов на вопросы по самооценке уровня своего здоровья выявил следующее: 41% среднего медицинского персонала считают здоровыми себя здоровыми. Эти данные сильно отличаются от результатов углубленного профилактического осмотра, что свидетельствует о низком уровне подготовки медицинского персонала, прежде всего в области профилактики и здорового образа жизни. Были выделены внутренние факторы риска развития большинства хронических неинфекционных заболеваний, связанные с образом жизни среднего медицинского персонала: курение, неправильное питание, гиподинамия, нарушение сна, стресс.

В ходе исследования, по углубленным осмотрам ведущими классами болезней являются болезни органов дыхания, болезни системы кровообращения, заболевание кожи и подкожной клетчатки, заболевание костной - мышечной системы и соединительной ткани и ожирение.

Анализ образа жизни среднего медицинского персонала продемонстрировал наличие вредных привычек у весьма значительного количества опрошенных. Поэтому в систему мероприятий по укреплению и сохранению здоровья медицинского персонала, следует включать устранение внутренних факторов риска. Для повышения и восстановления функциональных резервов, стрессоустойчивости и адаптивных возможностей медицинского персонала необходимо, чтобы медицинский

работник сам активно включился в процесс оздоровления, а для этого порой следует подкорректировать его представление о собственном здоровье.

Важным аспектом здорового образа жизни, безусловно, является физическая активность. К спортивным мероприятиям были приобщены менее половины медицинских сестер, лишь 2 из 17 сотрудниц посещала спортивные залы, секции или бассейн. На вопрос о том, соблюдают ли они режим труда и отдыха, только 12% респондентов ответили утвердительно.

Монотонная, однообразная физическая нагрузка на работе и отсутствие физической активности в свободное время являются высоким фактором риска развития заболеваний у медицинских сестер.

Результаты исследования подтвердили также наличие такой проблемы, как табакокурение среди сестринского персонала. Тот факт, что большинство респондентов не намерены бросать курить, заставляет задуматься о проведении специальных мероприятий, направленных на сокращению числа курильщиков среди медицинских сестер.

Результаты изучения режима питания позволили сделать вывод, что 10 медицинских сестер принимали горячую пищу менее трех раз в день (исключая чай и бутерброды). К рациональному режиму следует отнести 4-5 разовое питание, которое создает равномерную нагрузку на пищеварительную систему и поэтому наиболее физиологично для организма.

Не соблюдали рациональный режим питания 2/3 сестринского персонала. Основными причинами нерегулярного питания называются нехватка времени, неудобный график работы, а также собственная неорганизованность.

В плане гигиены питания обращают на себя внимание два факта: первый - несоблюдение значительным количеством лиц режима питания, второй - углеводистая модель питания, не отвечающая физиологическим потребностям организма человека.

Вышеизложенное демонстрирует нерациональное самосохранительное поведение медицинских работников, что отражает низкий уровень их осведомленности о факторах риска, недостаточность гигиенических знаний, отсутствие необходимых условий и недостаток стимулов для ведения здорового образа жизни.

Таким образом, оценка социально-экономических, социально-гигиенических и социально-психологических факторов дала возможность нарисовать социально-гигиенический «портрет» медицинской сестры, имеющей хроническую патологию. Это медицинская сестра с повышенной массой тела, низкой медицинской активностью, имеющая вредные привычки, невнимательно относящаяся к своему здоровью и не выполняющая назначений врача при заболевании, психологически и физически утомленная, не умеющая отдыхать и неправильно понимающая внутренние (зависящие от самого человека) и внешние (средовые) факторы риска деятельности медицинского персонала.

Заключение

1. Качество и эффективность деятельности медицинских сестер зависят и от их состояния здоровья. По роду своей деятельности медицинские сестры подвергаются воздействию различных неблагоприятных факторов производственной среды и трудового процесса: вынужденная рабочая поза, перенапряжение анализаторных систем, вредные химические вещества и биологические агенты, ионизирующие и неионизирующие излучения, шум, вибрация, канцерогены и другие. Также на здоровье медицинской сестры влияют социально-экономические и социально-гигиенические условия.
2. Состояние здоровья у 41% среднего медицинского персонала санатория удовлетворительное; у 12% - хорошее; у 47% сотрудников имеются хронические заболевания. В структуре выявленных заболеваний первое ранговое место занимают болезни органов дыхания, на втором месте – болезни органов пищеварения на третьем – болезни кожи и подкожной клетчатки, на четвертом -

болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, на пятом – болезни мочеполовой системы. Наибольшая частота имеющих хроническую патологию была выявлена в возрастной группе 32-48 лет.

3. Состояние здоровья медицинских работников во многом зависит не только от условий труда, но и от образа их жизни, удовлетворенности своей работой, уровня материального благополучия. Условия труда и образ жизни средних медицинских работников характеризуется следующими негативными факторами: несоблюдение режима питания, курение. Администрации совместно с профсоюзным комитетом медицинского учреждения необходимо разработать комплексную программу для улучшения состояния здоровья и формирования здорового образа жизни у медицинского персонала.

Список литературы:

1. Азовскова Т.А. О состоянии и динамике профессиональной заболеваемости в Самарской области/ Т.А. Азовскова, Н.В. Вакурова, Г.Ф. Васюкова // Охрана труда и техника безопасности в учреждениях здравоохранения. 2012. № 5. С. 15-21.
2. Антипова И.Н., Волк Ю.В., Мосягина Е.А. Оценка здоровья сестринского персонала и анализ факторов, оказывающих на него влияние // Главная медицинская сестра. 2010. №5. С 65-71.
3. Артамонова Г.В., Перепелица Д.И. Проблема оценки состояния здоровья медицинских работников // Социология медицины. 2007. №1(10). С. 49-51.
4. Бабанов С.А., Ивкина О.Н. Профессиональный туберкулез у медицинских работников: диагностика и профилактика // Главная медицинская сестра. 2010. № 9. С. 69-76.
5. Бабанов С.А., Васюкова Г.Ф. Распространение табакокурения.

КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, АССОЦИИРОВАННЫХ С ГЕЛИКОБАКТЕРОМ

КОНСТАНТИНОВ А.А., ВАСИЛЬЕВ Н.Н., ПОСТНИКОВА А.М., АВВАКУМОВА Н.В.,
ЧИБЫЕВА Л.Г.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

РОССИЯ, ЯКУТСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА, Г. ЯКУТСК

Аннотация. У пациентов коренной национальности в клинической картине преобладали диспепсия, эндоскопически активность воспаления оказалась ниже, а частота атрофических изменений слизистой оболочки желудка значительно выше. У некоренных характерно преобладание болевого синдрома и более тяжелые повреждения слизистой оболочки нижней трети пищевода.

Ключевые слова: эндоскопия, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, функциональная диспепсия.

Abstract. At patients of a radical nationality in a clinical picture prevailed dyspepsia, endoscopic activity of an inflammation was lower, and the frequency of atrophic changes of a mucous membrane of a stomach is much higher. At not radical prevalence of a pain syndrome and heavier injuries of a mucous membrane of the lower third of a gullet is characteristic.

Keywords: Endoscopy, gastroezophageal reflux disease, functional dyspepsia.

Актуальность. Многочисленными исследованиями подтверждено наличие определенной взаимосвязи между Нр-ассоциированными гастродуоденальными заболеваниями и гастроэзофагеальной рефлюксной

болезнью (ГЭРБ) (1,4). ГЭРБ отличается многообразием клинической картины, может быть типичной и атипичной, с характерными клиническими «масками» (коронарная, легочная, отоларингологическая маска и др.). Язвенная болезнь – системное гастроэнтерологическое заболевание с многофакторным патогенезом, а Нр-инфекция является одним из важных местных факторов ее патогенеза и индикатора рецидивов Нр-ассоциированных форм ЯБ (2, 3,5,6).

Цель исследования. Изучение клинико-эндоскопических проявлений верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ГЭРБ, хронический гастрит с функциональной диспепсией и язвенная болезнь желудка и ДПК) в различных этнических группах больных.

Пациенты и методы исследования. Исследовано 413 больных с заболеваниями верхних отделов ЖКТ: ГЭРБ-122, ХГ с функциональной диспепсией 119, ЯБЖ и ЯБ ДПК 172 больных, которые находились на стационарном обследовании и лечении в гастроэнтерологическом отделении Якутской городской клинической больницы за период с 2009 по 2014 годы. В 1-ю группу включили 204 больных коренной национальности (БКН) и 2-ю группу составили 209 больных некоренной национальности (БНКН). Возраст обследованных составлял от 18 до 68 лет, их средний возраст составил 39,75 лет. Соотношение мужчин и женщин было 250 к 163 (1,5:1), из них азиатских мужчин – 108 и женщин – 96, европейцев мужчин – 142 и женщин – 67 человек.

Больным проводился комплекс первичного обследования по общепринятой методике с использованием современных моделей эндоскопов Olympus gif-10, gif-20. Исследование сочеталось с прицельной биопсией. Для определения Нр в слизистой оболочке желудка и степени обсемененности использовали гистологический и иммунологический методы исследования.

Результаты. Наиболее характерными жалобами больных ГЭРБ в обеих группах были изжога (80,9% БКН и 93,3% БНКН), боли в эпигастральной области (77,8% и 84,4% соответственно), отрыжка (49,2% и 71,1%), но во 2-ой группе большее число пациентов предъявляли вышеуказанные жалобы.

Тошнота встречалась у четверти всех больных (28,6% и 26,7%), а прочие проявления ГЭРБ как дисфагия, одинафагия, боли в пищеводе, рвота и ощущение кома за грудиной регистрировались нечасто, при этом икоту вообще никто не отметил.

У больных 1-ой группы ГЭРБ сочеталась с хроническим гастритом чаще, чем во 2-ой группе (77,8% и 42,2% соответственно), в то время как у представителей БНКН в 2,8 раза чаще выявлялась язва ДПК (15,9% и 44,4% соответственно).

Анализ результатов эндоскопического обследования пищевода позволил выделить некоторые особенности, характерные для больных ГЭРБ – эндоскопически негативная ГЭРБ выявлялась практически у трети всех больных (30,2% БКН и 28,9% БНКН), у более половины пациентов обеих групп регистрировалась I степень РЭ – 60,3% и 53,3% соответственно. ГЭРБ II и III степеней встречалась нечасто – 4,8% у БКН и 6,7% у БНКН. Пищевода Барретта и стенозирования среди обследованных больных не было.

При анализе клинических проявлений функциональной диспепсии выявлены 72 больных с постпрандиальным дистресс-синдромом (60,5%) и 49 с синдромом эпигастральной боли (41%). При постпрандиальном дистресс-синдроме у БКН, чаще встречается чувство переполнения - у 99 (83,2%), раннее насыщение у 89 больных (74,8%); среди БНКН у 39 больного (32,7%) чувство переполнения сочеталось с болью в эпигастрии и ранним насыщением - у 51 человек (42,8%). При синдроме эпигастральной боли у БКН - 34 больных (28,6%) боль иногда сопровождалась отрыжкой и вздутием живота, у БНКН - 84 больных преобладала боль в эпигастрии (70,6%) интермиттирующего характера.

Достоверно более выраженная степень обсемененности Нр ($P < 0,05$) выявлена у больных с синдромом эпигастральной боли по сравнению с постпрандиальным дистресс-синдромом. В обеих этнических группах с увеличением степени обсеменения Нр увеличивается частота рецидивирования ЯБ.

Основным клиническим проявлением язвенной болезни у пациентов описываемых групп явился болевой синдром с локализацией в пилородуоденальной области – у 61 лиц БКН (35,5%), у 109 БНКН (63,4%) и в эпигастральной области – соответственно у 111 (64,5%), 63 (36,6%) пациентов. В группе БНКН чаще наблюдалась изжога у - 119 (69,2%). Другие симптомы диспепсии имели место у единичных пациентов.

При сравнительном анализе результатов эндоскопического исследования больных язвенной болезнью БКН и БНКН оказалось, что в I группе значительно чаще, чем у больных II группы выявились язвы тела желудка (38,5% и 21,5% соответственно, $P < 0,05$). Язвы луковицы ДПК были обнаружены у 49,2% - I и у 64,5% больных II группы ($P > 0,05$) и антрального отдела желудка – у 12,3% и 14,0% пациентов соответственно ($P > 0,05$).

Диаметр язвенного дефекта от 5 до 10 мм у 132 (76,7%) больных I группы имели и воспаление гастродуоденальной зоны 2 степени. Язвы размером более 10 мм и воспаление гастродуоденальной зоны 3 степени отмечены 39 (22,7%) больных. Во второй группе диаметр язвенного дефекта от 5 до 10 мм и воспаление гастродуоденальной зоны 2 степени отмечены у 102 (59,3%) больных; диаметр язв более 10 мм и воспаление 3 степени у 70 (40,7%) больных. Размеры язв варьировали от 0,3 до 2,5 см. Гигантские язвы пилоробульбарной зоны (более 2 см) встретились у 3 (1,7) больных.

Согласно эндоскопическому разделу Сиднейской классификации у наблюдаемых больных были выделены следующие формы хронического гастрита и дуоденита: всего в обеих этнических группах у 81% больных был выявлен гастрит и у 66,4% - дуоденит. У БКН чаще обнаруживалась атрофическая форма гастрита – 35,4%, а также эритематозно-экссудативные изменения в желудке – 24,6%, и в ДПК – 44,6% и эрозии – 7,7% и 10,8% соответственно. У БНКН значительно чаще выявлен гиперпластические изменения слизистой оболочки желудка – 24,7%, эритематозно-экссудативные изменения в желудке – 48,4% и в ДПК – 62,4%, а также эрозии – 18,3%.

Несомненный интерес представляют результаты анализа степени обсеменения Нр у больных язвенной болезнью в различных этнических

группах. Низкая степень обсемененности Нр слизистой оболочки антрального отдела желудка была выявлена у 64,6% и у 36,5% ($P<0,001$), умеренная у 23,1% и 45,2% ($P<0,01$) и высокая у 12,3% и 18,3% ($P<0,05$) БКН и БНКН соответственно,

Заключение. В клинике ГЭРБ у пациентов преобладали изжога, боли в эпигастрии и отрыжка, при этом для БНКН характерны более тяжелые повреждения слизистой оболочки нижней трети пищевода.

В клинических проявлениях и течении функциональной диспепсии у БКН, проживающих в условиях Якутии, в отличие от БНКН, преобладал постпрандиальный дистресс-синдром.

Также, клиника ЯБ у БКН в отличие от БНКН, имеет ряд отличительных особенностей: интенсивность болевого синдрома была существенно ниже, преобладали диспепсические расстройства и реже наблюдались желудочные кровотечения.

При эндоскопическом исследовании у БКН активность воспаления оказалась ниже, а частота атрофических изменений слизистой оболочки желудка значительно выше, чем у БНКН.

Список литературы:

1. Аруин Л.И. Helicobacter pylori: каким образом один возбудитель вызывает разные болезни? // Экспер. и клин. гастроэнтерол. – 2004. – №1. – С. 36–41.
2. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Болезни пищевода и желудка. – М. – 2002. – 356 с.
3. Пахарес-Гарсия Х. Гелибактерный гастрит с диспепсией или без диспепсии: морфологическая или клиническая единица? // Российск. журн. гастроэнтерол., гепатол. и колопроктол. – 2002. – №6. – С. 76–81.
4. Циммерман Я.С. Клиническая гастроэнтерология. – М.; GEOTAP-Медиа, 2009. – 416 с.
5. Sontag S.J. Helicobacter pylori infection and reflux esophagitis in children with chronic asthma // J. Chin. Gastroenterol. – 2004. – Vol. 38(1). – P. 3–4.
6. Loffeld R.J.L., van der Hulst R.W.H. Helicobacter pylori and gastroesophageal reflux disease: Association and clinical implications. To treat or not to treat with anti-Hp-therapy // Scand. J Gastroenterol. – 2002. – Vol. 37 (Suppl. 236). – P. 15–18.

ЭНТЕРОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ

КОЧКОРБАЕВА Г.Н., ОГОТОВА М.И., ИВАНОВА О.Н.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. В статье проведен анализ клинического течения энтеровирусной инфекции у детей. На базе Детской городской клинической больницы №2 г. Якутска осмотрено 50 детей с диагнозом Герпетическая ангина. Энтеровирусная инфекция. Всем детям проведены исследования: общий анализ крови и мочи, мазок из зева и носа, анализ кала на энтеровирусную инфекцию. У все детей выявлен энтеровирус. Выявлено что применение противовирусных препаратов в комбинации с цефотаксимом имеет хороший клинический эффект.

Ключевые слова: энтеровирусная инфекция, герпетическая ангина, заболевание, вирус

Abstract. In the article the analysis of the clinical course of enterovirus infection in children is described. At the Children's city clinical hospital №2 of Yakutsk city 50 children with Herpetic angina, Enteroviral infection diagnos are examined. Diagnosis was include: analysis of blood and urine, swab from the throat and nose, feces analysis on enterovirus infection. All children identified enterovirus. Revealed that the use of antiviral drugs in combination with Cefotaxime has a good clinical effect.

Key words: enterovirus infection, herpes angina, disease, virus.

Энтеровирусные инфекции – это группа заболеваний, в основе причин которых лежит несколько разновидностей вирусов. Вызывают заболевание вирусы Коксаки, полиовирусы и ЕСНО (экхо). Эти вирусы имеют в своем строении капсулу и ядро, содержащее РНК (разновидность ДНК). Строение капсулы может очень сильно отличаться, поэтому выделяют так называемые серотипы (разновидности). У полиовирусов выделяют 3 серологических типа. Вирусы группы Коксаки делятся на Коксаки А и Коксаки В. У вирусов Коксаки А выделяют 24 серологических разновидности, у Коксаки В – 6. У вирусов ЕСНО выделяют 34 серологических типа. Заражение происходит несколькими путями. Вирусы

в окружающую среду могут попадать от больного ребенка или от ребенка, который является вирусоносителем [1,2,3].

Механизм передачи может быть воздушно-капельный (при чихании и кашле с капельками слюны от больного ребенка к здоровому) и фекально-оральный при не соблюдении правил личной гигиены. Чаще всего заражение происходит через воду, при употреблении сырой (не кипяченой) воды. Заболевание начинается остро - с повышения температуры тела до 38-39 С. Температура чаще всего держится 3-5 дней, после чего снижается до нормальных цифр. Очень часто температура имеет волнообразное течение: 2-3 дня держится температура, после чего снижается и 2-3 дня находится на нормальных цифрах, затем снова поднимается на 1-2 дня и вновь нормализуется уже окончательно. При поражении слизистой ротоглотки происходит развитие энтеровирусной ангины. Она проявляется повышением температуры тела, общей интоксикацией (слабость, головная боль, сонливость) и наличие везикулярной сыпи в виде пузырьков, заполненных жидкостью, на слизистой ротоглотки и миндалинах. Пузырьки эти лопаются, и на их месте образуются язвочки, заполненные белым налетом. После выздоровления на месте язвочек не остается никаких следов.

Цель исследования. Изучить клинические особенности течения энтеровирусной ангины у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Нами осмотрено 50 детей на базе Детской городской клинической больницы № 2 г.Якутска с клиническим диагнозом: Герпетическая ангина. Энтеровирусная инфекция. Всем детям проведены исследования клинического минимума: общий анализ крови и мочи, мазок из носа и зева. У всех детей взят анализ кала на энтеровирусную инфекцию и выявлен энтеровирус. Вирусологические методы исследований направлены на выделение из клинического материала (кровь, фекалии, ликвор) энтеровирусной инфекции на культурах чувствительных клеток.

Результаты исследования. У 90% обследованных детей выявлено наличие герпетической ангины. У 25% детей отмечался жидкий стул до 5-6 раз в

сутки без патологических примесей. У 15% детей отмечалось наличие мелкоточечной сыпи.

У 90% детей заболевание сопровождалось высокой температурой до 40 градусов. Все обследованные дети лечились до поступления в стационар амбулаторно, получали препараты амоксиклав (21 ребенок), аугментин (15 детей) и сумамед (14 детей). Ни у одного ребенка не отмечено положительной динамики течения энтеровирусной инфекции в результате полученного амбулаторного лечения. Наивысшие цифры температуры (до 40 градусов) отмечались в период высыпания герпетических элементов на мягком небе и проявлениях герпетической ангины.

Изменения в общем анализе крови показали следующую картину: лейкоцитоз свыше $15 \cdot 10^9$ у 60% детей с герпетической ангиной, других изменений в анализе периферической крови не отмечено. В настоящее время в качестве противовирусных средств в основном используются препараты альфа-интерферонов (альфа-2а, альфа-2в), как естественных, так и рекомбинантных. Применяют интерфероны местно и парентерально. Все дети получали препараты интерферонов.

Все дети получали цефатоксим в возрастной дозе 100мг/кг/в сутки, обработка зева производилась раствором мирамистина, детям старше двух лет раствором хлоргексидина 0,2%. Все обследованные дети 100% получали стационарное лечение от 5 до 7 дней.

Выводы:

1. Энтеровирусная инфекция протекает с высокой температурой, жидким стулом и герпетической ангиной.
2. Лечение пероральными препаратами амоксициллина и сумамеда неэффективно.
3. Применение противовирусных препаратов в комбинации с цефотаксимом (100мг/кг/сут) показало высокую эффективность проводимого лечения.

Список литературы:

1. Лукашов А.Н. Роль рекомбинации и эволюции энтеровирусов // Микробиология. — 2005. — №4. — С. 83-89.
2. Амвросьева Т.В., Поклонская Н.В., Богуш З.Ф., Казинец О.Н. и др. Клинико-эпидемиологические особенности и лабораторная диагностика энтеровирусной инфекции в Республике Беларусь // Журнал микробиологии — 2005. — №2. — С. 20-25.
3. Perez C., Pena M.J., Molina L. En ferm infecc // Microbiol. Clin. — 2003 Aug-Sept. — 21 (7). — 340-5.

ПОКАЗАТЕЛИ ПАЛЛЕСТЕЗИОМЕТРИИ У РАБОТНИКОВ, ЗАНЯТЫХ В КОНТАКТЕ С ПРОИЗВОДСТВЕННЫМ ВИБРАЦИОННЫМ ФАКТОРОМ

КУРАШ И.А., РЫБИНА Т.М., КАРДАШ О.Ф.

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ, НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ГИГИЕНЫ

Аннотация. В статье проанализирована вибрационная чувствительность 191 работника машиностроительных предприятий, занятых в условиях воздействия производственного вибрационного фактора. Помимо инверсии вибрационной чувствительности в высокостажированных группах установлено увеличение порогов вибрационной чувствительности.

Ключевые слова: вибрационная чувствительность, донозологическая диагностика, сенсорная полиневропатия.

Abstract. Results of vibration sensitivity examinations of 191 workers with industrial vibration exposure are analyzed. It is marked that the vibration on a workplace leads to increase thresholds of vibration sensitivity in experienced workers.

Key words: vibration sensitivity, preclinical diagnostics, sensory polyneuropathy.

Современные условия производства характеризуются интенсивным внедрением механизированного инструмента (в том числе ручного), оборудования и транспорта, что ведет к постоянному увеличению контингента лиц, подвергающегося воздействию производственного вибрационного фактора (ВФ). Локальная и общая вибрация способствует развитию функциональных изменений периферической нервной системы по типу сенсорной полиневропатии [1,2], одним из проявлений которой может являться нарушение вибрационной чувствительности. Для установления ранних нарушений, связанных с воздействием ВФ, нами было

проведено исследование вибрационной чувствительности в группах, занятых при воздействии ВФ и без него.

Материалы и методы исследования. Обследовано 191 мужчина, работники ОАО «Минский автомобильный завод» и ОАО «Минский завод колесных тягачей» (машиностроительная отрасль). Обследованные лица были разделены на две группы: первая группа (группа клинического наблюдения – ГКН) включала 137 мужчин в возрасте 37 [31; 51] лет, с общим стажем работы 13[8; 28] лет, находящихся в контакте с ВФ; вторая группа (группа сравнения – ГС) – 54 мужчины в возрасте 45,5[30;53] лет, с общим стажем работы - 20,5[8,30] лет без производственного контакта с ВФ. Статистически значимых различий между группами по возрастной ($p=0,5$) и стажевой ($p=0,2$) структуре выявлено не было.

Вибрационная чувствительность изучалась с помощью вибротестера (ВТ-02-1 «Вибротестер-МБН», Россия) в диапазоне частот от 64 до 250 Гц. Данные оценивали в соответствии с методическими рекомендациями производителя.

Статистическую обработку результатов проводили с помощью Statistica 6.0. Абсолютные количественные данные представлены в виде медианы и интерквартильного размаха (Me [25%; 75%]), относительные – в процентном выражении (%). Для сравнения показателей и выборок использовались критерии хи-квадрат, Манна-Уитни; для установления связи проводили корреляционный анализ с расчётом коэффициента Спирмена. Уровень доверительной вероятности $p < 0,05$ расценивали как статистически значимый.

Результаты и их обсуждение. Нарушения вибрационной чувствительности по типу гипестезии встречались у 31,4 % работников ГКН, в то время как в ГС гипестезия была зарегистрирована только у 18,5 % работников ($\chi^2= 4,57$; $p= 0,03$); по типу гиперестезии у 32,8 % ГКН и 24,0 % ГС ($\chi^2= 1,99$; $p= 0,15$); нормостезия была зафиксирована у 35,8 % работников с ВФ и 57,5 % работников без контакта с вибрацией ($\chi^2= 9,58$; $p= 0,002$) (рисунок 1).

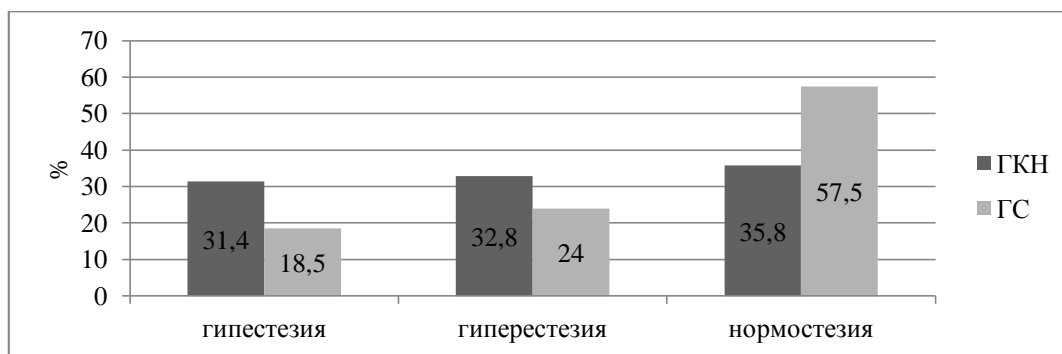


Рисунок 1. Вибрационная чувствительность в группах сравнения

Анализируя изменения вибрационной чувствительности в зависимости от стажа работы с вибрацией в ГКН, можно отметить, что гипестезия наблюдается во всех стажевых группах, однако наибольший удельный вес данных нарушений отмечался в стажевых группах 21-30 лет и более 30 лет и составляет 55,5 % и 66,7 % от общего числа работников данных стажевых групп соответственно. Гиперестезия же напротив чаще отмечается в малостажированных группах (стаж контакта с вибрацией до 10 лет), в высокостажированных группах удельный вес гиперестезии снижается (рисунок 2). Данное явление инверсии вибрационной чувствительности (переход от гиперестезии к гипестезии) объясняется реакцией рецептора на хроническое воздействие вибрационного раздражителя [3].

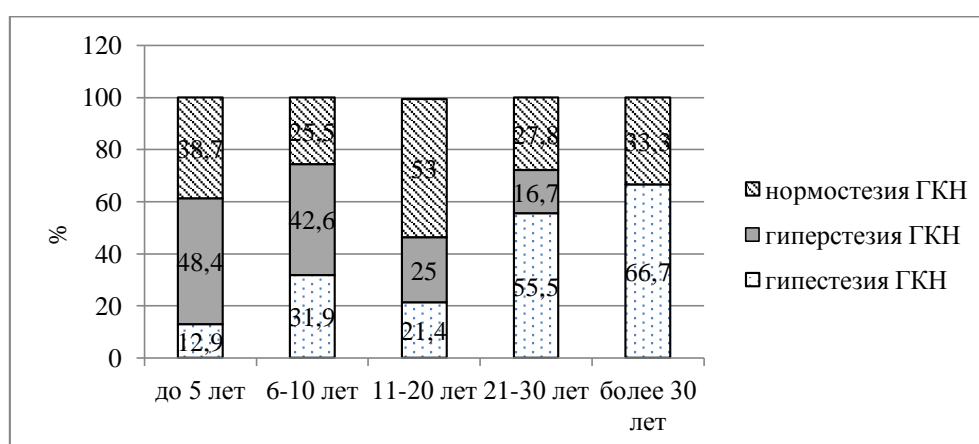


Рисунок 2. Вибрационная чувствительность в группе клинического наблюдения в зависимости от стажа работы с вибрационным фактором

Зарегистрированные уровни порогов вибрационной чувствительности в двух группах представлены в таблице (таблица 1).

Таблица 1 - Уровень порогов вибрационной чувствительности в двух группах исследования, дБ (Ме [25 перцентиль;75 перцентиль])

Частота подачи вибросигнала	ГКН	ГС
64 Гц	1,87[-3,87; 7,5]	1,5[-3,87; 7,87]
125 Гц	6,37[0,75; 12]	5,62[1,5; 9,75]
250 Гц	-1,87[-7,12; 5,62]	-2,06[-6;3]

При проведении корреляционного анализа с расчетом коэффициента Спирмена установлена положительная достоверная корреляция между возрастом и порогоми вибрационной чувствительности на частотах 64, 125 и 250 Гц ($R=0,44$; $p<0,0001$; $R=0,49$; $p<0,0001$ и $R= 0,53$ $p<0,0001$ соответственно), а также между стажем контакта с вибрацией и порогоми вибрационной чувствительности ($R=0,34$; $p=0,00005$; $R=0,35$; $p=0,00004$; $R=0,38$; $p <0,0001$ для частот 64,125 и 250 Гц соответственно).

В группе работников, контактирующих с ВФ, имеются различия в уровнях порогов вибрационной чувствительности в зависимости от стажа контакта с ВФ. Так у работников со стажем контакта до 5 лет на частоте 64 Гц порог вибрационной чувствительности был равен -1,12[-6,37;1,5], на частоте 125 Гц – 2,62[-1,5;8,62 Гц] и 250 Гц - -1,87[-7,12;5,62]; у группы со стажем контакта с ВФ более 5 лет – на частоте 64 Гц равен 3,18[-6,37;1,5], на 125 Гц - 7,31[1,5;12,37] и 250 Гц – 1,12 [-6,37;8,25]. Уровни достоверности в группах $p=0,02$; $p=0,02$; $p=0,006$ для 64,125 и 250Гц соответственно (рисунок 3).

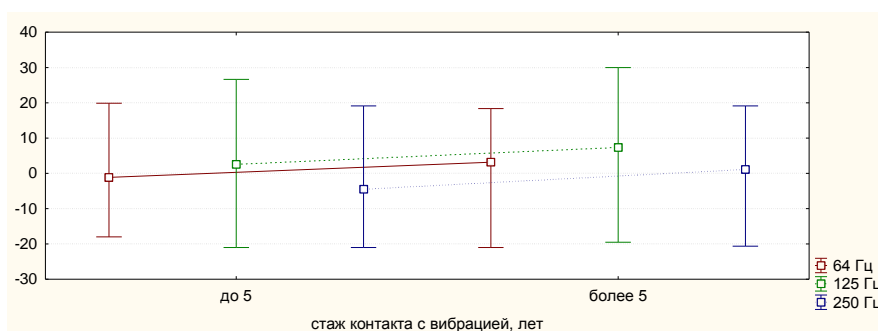


Рисунок 3. Изменение порогов вибрационной чувствительности у работников, контактирующих с вибрацией, до и после 5 лет стажа (Ме (min; max))

Сравнение порогов вибрационной чувствительности в разных возрастных группах ГКН показали, что у работников младше 30 лет пороги вибрационной чувствительности достоверно ниже, чем у группы работников старше 30 лет: для группы до 30 лет на частоте 64 Гц порог вибрационной чувствительности равен $-2,25[-5,25;1,5]$, 125 Гц $-1,12[-4,12;7,87]$, 250 Гц $-6,37[-9,37;8,25]$; для группы старше 30 лет на частоте 64 Гц $3,75 [-3,37; 9]$, 125 Гц $-8,25[2,62; 12,37]$ и 250 Гц $-1,87[-5,62; 8,25]$. Уровни значимости различий в группах $p=0,005$; $p=0,0006$; $p=0,00009$ для 64,125 и 250Гц соответственно (рисунок 4).

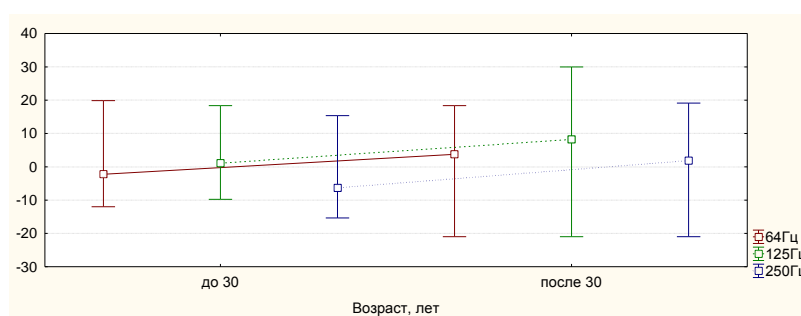


Рисунок 4. Изменение порогов вибрационной чувствительности у работников, контактирующих с вибрацией, в возрасте до и после 30 лет (Me (min; max))

Заключение. Измеренные уровни порогов вибрационной чувствительности не выходили за границы референтных значений, что свидетельствует об отсутствии органических изменений в структурах, обеспечивающих вибрационную чувствительность. Подобные изменения можно трактовать как донозологические признаки и включить работников с возрастом старше 30 лет и стажем контакта с вибрационным фактором более 5 лет в группу риска развития функциональных изменений периферической нервной системы по типу сенсорной полиневропатии.

Список литературы:

1. Артамонова, В.Г. Профессиональные болезни: учеб. В.Г. Артамонова, Н.А. Мухин. – 4-е изд. перераб. и доп. – М: Медицина, 2004. – 480 с.;
2. Суворов, Г.А. Общая вибрация и вибрационная болезнь (гигиенические, медико-биологические и патогенетические механизмы) / Г.А. Суворов, И.А. Старожук, Л.А. Тарасова; под ред. Н.Ф. Измерова. – М.: [б.и.], 2000. – 151 с.;

3. Мисюк, Н.С., Нервные болезни: учебник для мед.ин-тов / Н.С. Мисюк, А.М. Гурленя; – 2-е изд. – Минск: Вышэйш. шк., 1984. –Ч I: Основы топической диагностики. – 207 с.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗНОГО ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

ЛИНЕВА З.Е., РОМАНОВА М.В., ГУЛЯЕВА Н.А.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. Длительная химиотерапия закономерно приводит у значительного большинства (92,0%) больных к развитию дисбактериоза кишечника. Ведущее значение в микробном дисбалансе имеет дефицит бифидобактерий, создающие условия для заселения грибов *Candida*, играющих главенствующую роль в микробных ассоциациях. В связи с этим необходимо в комплексное лечение включать антифунгальные средства. Доказана их высокая терапевтическая эффективность, позволяющая устранить кандидозный дисбактериоз кишечника у больных туберкулезом легких.

Ключевые слова: Туберкулез, химиотерапия, дисбактериоз кишечника, лечение.

Abstract. Prolonged chemotherapy naturally leads a large majority (92.0%) patients in the development of intestinal dysbiosis. Leading role in the microbial imbalance has a deficit of bifidobacteria, creating conditions for the settlement of fungi *Candida*, playing a major role in microbial associations. In this regard, it is necessary to include in the comprehensive treatment of antifungal agents. Proved their high therapeutic efficacy, which can eliminate candida intestinal dysbiosis in patients with pulmonary tuberculosis.

Key words: Tuberculosis, chemotherapy, intestinal dysbiosis, treatment.

Характер воспалительного процесса, его течение и проявление при туберкулезе предусматривают длительность и непрерывность проведения химиотерапии, поэтому, помимо оценки эффективности этиотропной активности химиопрепаратов, приходится учитывать также осложнения, которые могут возникать при воздействии их на макроорганизм.

Под влиянием широкого и длительного применения антибиотиков, химиопрепаратов, являющихся мощным фактором биологической изменчивости микроорганизмов, а также под влиянием воздействия продуктов метаболизма макроорганизма резко усиливаются процессы изменчивости различных биологических свойств вегетирующих бактериальных популяций: изменяется их количественный состав, нарушаются эволюционно сложившиеся взаимоотношения между нормальной микрофлорой и макроорганизмом, разрушаются внутримикробные биоценозы, развиваются дисбактериозы.

Отягощающим фактором местного характера, ведущим к развитию дисбактериоза кишечника, следует отнести поражение слизистой оболочки и последующее снижение барьерной функции эпителия, которое возникает при непосредственном воздействии туберкулостатических препаратов при преимущественно пероральном их применении. Химиопрепараты, повреждая эпителий желудочно-кишечного тракта, создают благоприятные условия для внедрения и развития устойчивых микробов (3).

Известно, что в результате химиотерапии может происходить элиминирование из полости рта облигатной для нее грамположительной флоры и быстрое размножение кишечных палочек и грибов *Candida*. В связи с этим снижаются физиологические барьерные функции микрофлоры полости рта и желудочно-кишечный тракт становится доступным для потенциально патогенных микроорганизмов (2). Дисбаланс микрофлоры приводит к нарушению пищеварения, всасывания, всех видов обмена веществ (1).

Однако, патогенетическая роль дисбиоза кишечника до настоящего времени окончательно не установлена, и не может рассматриваться последствием патологии только желудочно-кишечного тракта. Выяснение и уточнение патогенетического значения дисбактериоза кишечника у больных туберкулезом легких в условиях длительного применения туберкулостатиков является важной задачей в совершенствовании способов коррекции. В комплексной химиотерапии рифампицин применяется в основном перорально и длительно в течение всего

основного курса лечения от 5-8 месяцев. По данным наших исследований у 500 больных с различными клиническими формами легочного туберкулеза, получавших в комплексном лечении рифампицин перорально, отмечаются выраженные дисбиотические нарушения биоценоза с превалированием в микробном пейзаже грибов *Candida* у абсолютного большинства наблюдаемых больных.

Стойкие патологические сдвиги в микроэкологии кишечника наблюдались после 2-3 месяцев химиотерапии, характеризующиеся изменением общего числа типичных кишечных палочек, наличием лактозодефективных эшерихий, появлением гемолитических кишечных палочек, и выраженным дефицитом основных представителей микробного пейзажа – бифидобактерий, и на этом фоне увеличением количества гнилостных, гноеродных, грибковых видов бактерий у большинства наблюдаемых больных.

Дисбактериоз кишечника формируется в первые 2-3 месяца с момента лечения, в результате срыва адаптационных, защитных, компенсаторных механизмов, когда в условиях непрекращающейся химиотерапии, макроорганизм не успевает вырабатывать эффективные защитные механизмы от токсических субстратов, в результате этого развиваются дисбиотические нарушения кишечника, появление в микробном пейзаже грибов рода *Candida* у 58-72 % случаев.

Следует отметить, что при преимущественно пероральном введении туберкулостатических препаратов происходит угнетение жизнедеятельности многих видов микробов. Это освобождает грибы рода *Candida* от сдерживающего их рост антагонистического влияния и способствует беспрепятственному их размножению. У таких больных обычно отмечалось подавление всех показателей иммунитета. Как известно, существует тесная взаимосвязь между состоянием иммунитета и кандидозом, кандидоз может быть как следствием, так и причиной иммунной недостаточности, что способствует генерализации кандидозной инфекции. Приведенные данные дают основание утверждать, что применение иммунокорректоров также, как и антифунгальных средств,

является обязательным в коррекции дисбиотических нарушений у данной категории больных.

Клиническая картина грибковых поражений отличалась полиморфностью проявлений. Чаще всего кандидоз слизистых оболочек начинался с ротовой полости и характеризовался гиперемией слизистой оболочки с появлением серовато-желтого налета на языке, внутренних поверхностях щек, реже миндалин, глотки, появлением афтчек микотических комочков в мокроте. Больные жаловались на анорексию, общую слабость, похудание, периодические боли в животе различного характера и интенсивности, с локализацией преимущественно вокруг пупка, чувство жжения, тяжести в эпигастрии, выраженное вздутие кишечника, частый, кашицеобразный, неоформленный стул со слизью.

В процессе химиотерапии туберкулоstaticами, состояние микробной флоры кишечника продолжало ухудшаться, в ходе лечения нарушение флоры кишечника достигало глубоких изменений биоценоза кишечника, характеризующегося полным отсутствием бифидобактерий, микробной ассоциацией с главенствующей ролью грибов *Candida*, в клинике которого преобладали явления кандидоза, так как при глубоких изменениях состава микрофлоры подавляется деятельность микробов-ассоциантов, приводящее к авитаминозам, нарушению ферментативной активности, что значительно снижает сопротивляемость организма, усугубляет тяжесть дисбиотических нарушений. В этих условиях происходит беспрепятственное размножение и активация грибов рода *Candida*, вследствие чего формируется кандидозная инфекция.

Лечение кандидозного дисбактериоза представляет особую трудность, в связи с этим, терапия должна носить комплексный характер, основными принципами которой должны быть:

1. Включение в комплексную химиотерапию больных туберкулезом легких противогрибковых препаратов.
2. Обязательное проведение неспецифической патогенетической терапии.

3. Назначение иммуномодулирующих препаратов и средств, снижающих микотическую сенсibiliзацию.

Наиболее эффективными средствами лечения кандидозного дисбактериоза являлись следующие средства: нистатин, леворин, амфоглюкамин. Наиболее эффективным средством при лечении кандидоза следует считать леворин, наиболее чувствительного к грибам, нежели нистатин. Нистатин применялся по 500 тыс. ЕД – 3 раза в день или леворин - 500 ЕД – 3 раза в день в течение 14 дней. При отдельных генерализованных формах кандидоза, а также при неэффективности вышеперечисленных противогрибковых препаратов больным назначался амфоглюкамин – 200 – 500 тыс. ЕД 2 раза в день 10-14 дней.

Исходя, из угнетения иммунной защиты при кандидозном дисбактериозе, целесообразно включать в комплексное лечение препараты иммуномодулирующего действия – метилурацил, пентоксил, стимулирующих выработку антител, фагоцитарную активность, лейкопоз, а также средств, стимулирующих показатели Т-лимфоцитов.

Своевременный бактериологический контроль, выявление, профилактика и лечение кандидозного дисбактериоза позволит устранить отягочающее влияние грибов *Candida* на иммунологическую реактивность и клиническое течение, минимизацию побочных реакций у больных туберкулезом легких.

Выводы

1. Длительная химиотерапия закономерно приводит у значительного большинства (92,0%) больных к развитию дисбактериоза кишечника
2. Ведущее значение в микробном дисбалансе имеет дефицит или полное отсутствие бифидобактерий, создающие условия для заселения грибов *Candida*, играющих главенствующую роль в микробных ассоциациях.
3. Отмечена высокая терапевтическая эффективность антифунгальных препаратов патогенетических средств, позволяющих устранить кандидозный дисбактериоз кишечника у больных туберкулезом легких.

Список литературы:

1. Дорофейчук В.Г. Кишечный дисбактериоз и его роль в патогенезе ряда заболеваний на современном этапе у детей: Автореферат дисс...док-ра мед. наук М., 1978.
2. Кашкин К.П., Караев З.О. Иммунная реактивность организма и антибактериальная терапия. – М., 1984.
3. Красноголовец В.Н. Дисбактериоз кишечника. - М. Москва, 1989.
4. Линева З.Е. Дисбактериоз кишечника и методы его коррекции у больных туберкулезом легких. ИД СВФУ, 2012.150с.

СЛУЧАЙ НАСЛЕДСТВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОБМЕНА-ПРОПИОНОВОЙ АЦИДЕМИИ

МАРКОВА С.В.¹, АНДРОСОВА З.П.², СОФРОНОВА Г.И.², ЕФИМОВА Л.Л.²

¹Россия, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

²Россия, РЕСПУБЛИКАНСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1 – НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНЫ

Пропионовая ацидурия (также известна под названиями пропионовая ацидемия, дефицит пропионил-коэнзим А карбоксилазы и кетотическая глицинемия) – это аутосомно-рецессивное нарушение обмена веществ, относится к классу органических разветвленно-цепочечных ацидемий.

Организм человека, больного пропионовой ацидемией не может расщеплять некоторые составляющие белков и некоторые виды жиров. Это отклонение связано с нарушением функциональности фермента РСС. Без действия фермента коэнзим А пропионил карбоксилазы, четыре незаменимых аминокислоты (изолейцин, валин, треонин и метионин), которые содержатся в белках, лишь частично превращаются организмом. Если уровень белков - выше нормы, то в крови накапливается пропионовая кислота. Это в свою очередь, вызывает накопление опасных кислот и токсинов, которые могут привести к повреждению органов.

Пропионовая ацидемия проявляется почти сразу после рождения. Основные симптомы: плохой аппетит, периодические приступы рвоты, обезвоживания организма, ацидоз, мышечная слабость, судороги и общая вялость. Последствия пропионовой ацидемии быстро становятся опасными для жизни.

Больной Н., 2 мес. по карете скорой помощи доставлен в приемно-диагностическое отделение с Дз: Передозировка пантогамом.

Из анамнеза заболевания: 15 мая 2014 года ребенок стал слабым, длительно спал, сосал активно. 16.05.2014г. вызвали «СП», доставлен в ПДО ПЦ РБ№1-НЦМ с Дз: Передозировка Пантогамом. Пантогам назначен неврологом с 2 мая 2014г по ¼ таб. X 1 раз в день, затем с 9 мая увеличение дозы по ¼ таб. X 2 раза в день.

Из анамнеза жизни: Ребенок от 4 беременности. В 2011 году – первая беременность, на сроке 26 недель гибель плода, у матери обнаружен Luis, лечение получала по месту жительства. в 2013 г, родился мальчик с массой тела 4400,0 от оперативных родов, выписан из роддома на 8 сутки, умер на 11 сутки с Дз: Пневмония, 3 беременность – мед. аборт, роды – 3, масса тела при рождении 3460,0, оценка по шкале Апгар 8/8, БЦЖ в роддоме. Выписан на 5 сутки. Наследственность: у матери – тугоухость. У отца от 1 брака ребенок умер в возрасте 1 года.

Ребенок Н. Госпитализирован в онкогематологическое отделение с Дз: Анемия. В тот же день переведен на дальнейшее обследование и лечение в психо-неврологическое отделение №2 с Дз: Дозозависимая реакция на пантогам. Состояние при поступлении оценено как тяжелое, сознание ясное. Неврологический статус: ЧМН без патологии, моторных навыков нет, голову не удерживает. Рефлексов орального автоматизма нет. Присутствует рефлекс Бабинского. Мышечная сила в руках и в ногах по 4 балла. Мышечный тонус на руках повышен по пирамидному типу, на ногах – гипертонус. Сухожильные рефлексы симметричные, живые. Объем активных и пассивных движений в полном объеме. Большой родничок по краю костей. Не срыгивает. Сосет активно. Рвоты нет. Питание усваивает.

Назначен план обследования: НСГ, ЭЭГ, ЭКГ, УЗИ ШОП, кровь на сахар, КОС, электролиты.

Ребенок в сомнолентном состоянии, в крови – лейкопения, анемия, субкомпенсированный метаболический ацидоз.

Осмотрен неврологом. Диагноз: Гипоксически-ишемическая энцефалопатия, тяжелой степени, синдром угнетения. Вирусная инфекция. Кардит? Пневмония?

Вечером переведен в ОАРИТ, состояние оценено как очень тяжелое, на внешние раздражители реагирует вяло.

Сознание сопорозное, перестал сосать, появились судороги. Выставили диагноз: Реализация ВУИ. Вирусный энцефалит. Не исключается наследственная патология ЦНС. Симптоматическая эпилепсия. Исключить генетическое заболевание: болезнь метаболизма с поражением нервной системы Назначена противовирусная (Виролекс) и противосудорожная (Депакин) терапия.

После консультации генетика, назначено обследование на лактат крови, АФП, скрининг мочи на НБО, ДНК.

На КТ легких интерстициальная пневмония полисегментарная (S 6,9 слева, S 6,10 справа).

В крови – лейкоцитопения 1,9 тыс*10⁹/л, агранулоцитоз. В лечении подключен Цефексим 60мг/кг/сут, в/в капельно.

Учитывая тяжесть патологии, отсутствие динамики, прогрессирующую лейкоцитопению.

Совместно с гематологами рекомендована костномозговая пункция №1: Гипоплазия костного мозга, неясного генеза. Агранулоцитоз, анемия. Тромбоцитопения.

Консультирован иммунологом-аллергологом - исключить заболевания крови, ПИД (ТКИН? гипогаммаглобулинемия?), назначена иммунограмма.

Консультирован фтизиатром – данных за локальный специфический процесс нет.

Проведена костномозговая пункция №2: резкое угнетение пролиферации элементов грануло-, мегакариоцитов, проявление гипопластического процесса. Ребенок переведен в онкогематологическое отделение.

Ребенок Н. повторно поступил в ПНОН^{№2} и онкогематологического отделения с улучшением показателей крови.

Дз: Нейтропения. Анемия. Тромбоцитопения. Подострый энцефалит (с поражением подкорковых структур и мозжечка), тяжелое течение. Судорожный синдром. Исключить наследственную болезнь обмена. Полисегментарная двусторонняя пневмония. ДНО. Тугоухость I степени.

Осмотрен хирургом. На ректороманоскопии – Эрозивный проктит до Р-сигмовидного угла. Дз: Эрозивный проктит.

Осмотрен оториноларингологом – Сужение просвета хоан? Опущение мягкого неба.

В динамике состояние оценено как среднетяжелое. По клинике отмечалась положительная динамика, судорог не было, активно сосал, набирал вес, сон-бодрствование соответствовали возрасту, двигательная активность средняя. Через 2 недели вновь ухудшение в состоянии – снижение активности, сонливость, сосал вяло. Состояние ребенка тяжелое.

Получен результат ТМС – выявлено повышение концентрации пропионилкарнитина.

На основании отягощенной родословной (в данном браке у первого ребенка было подобное состояние – сонливость, эпилептические приступы, пневмония, умер в неонатальном периоде в ЦРБ), клинических (с неонатального периода сонливость, вялость, soporозное сознание, перестал сосать, эпилептические приступы, летаргическое состояние), лабораторных (лейкопения, нейтропения, анемия, тромбоцитопения), данных МРТ головного мозга (атрофические изменения головного мозга) и результата ТМС и теста на метилмалоновую кислоту (повышение концентрации пропионилкарнитина, отрицательный тест на метилмалоновую кислоту) выставлен Дз: Наследственная болезнь обмена веществ. Пропионовая ацидемия.

Список литературы:

1. Заваденко А.Н., Дегтярева М.Г., Заваденко Н.Н., Медведев М.И. Неонатальные судороги: особенности клинической диагностики // Детская больница. 2013. №4 (54). С. 41-48.
2. Николаева Е.А. Диагностика наследственных болезней обмена веществ, сопровождающихся нарушением нервно-психического развития детей // Клинико-лабораторный консилиум. 2008 № 1 С.15-20.
3. Фоминых Л.Д., Соловьева Г.В., Вязникова М.Л. и др. Пропионовая ацидурия у ребенка в возрасте 5 месяцев // Педиатрическая фармакология. 2014. Т.11 №1. С.52-54.

СОСТОЯНИЕ ГЕМОСТАЗА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ОБШИРНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

МАТВЕЕВ А.С.^{1,2}, ПОТАПОВ А.Ф.¹, ГОЛУБЕВ А.М.², ИГНАТЬЕВ В.Г.¹, ГАВРИЛЬЕВ С.Н.¹

¹ Россия, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

² Россия, НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ОБЩЕЙ РЕАНИМАТОЛОГИИ ИМ.
В.А. НЕГОВСКОГО РАМН

Аннотация. В статье представлены изменения некоторых компонентов гемостаза в острой стадии обширного ишемического инсульта.

Ключевые слова: обширный ишемический инсульт, гемостаз.

Abstract. Changes of some components of a hemostasis in a sharp stage of an extensive ischemic stroke are presented in article.

Key words: extensive ischemic stroke, hemostasis.

Актуальность. Ишемические нарушения мозгового кровообращения развиваются в условиях активации гемостаза, также имеется их связь со структурными изменениями сосудистого русла [1, 3, 4]. Гемостатический дисбаланс с нарушением микроциркуляции составляет важное звено патогенеза ишемических поражений головного мозга [1, 2]. Состояние гемостаза при обширных поражениях имеют не только трудности прогнозирования разнонаправленных тромбогенных и противосвертывающих тенденций, но и недостаточная эффективность их лекарственной коррекции, что определяет необходимость дальнейшего углубленного изучения системы свертывания крови при инфаркте мозга [2].

Цель исследования. Уточнить патогенетические факторы, лежащие в основе нарушений гемостаза у больных с обширным ишемическим инсультом в остром периоде.

Материал и методы исследования. Обследовано 46 больных в остром периоде обширного ишемического инсульта (ИИ) в возрасте $55,6 \pm 6,2$ лет. Ведущим этиологическим фактором ИИ были атеротромботический и кардиоэмболический варианты по данным Отделения реанимации и интенсивной терапии для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения Регионарного сосудистого центра ГБУ РБ№2-ЦЭМП, Республика Саха (Якутия). Исследование гемостаза проводилась на автоматическом коагулометре ACL 9000, Instrumentation Laboratory (США).

Статистическая обработка результатов исследования проведена с помощью пакета программы BIOSTAT. Результаты представлены в виде $M \pm m$, где M – средняя величина, m – стандартная ошибка среднего.

Результаты исследования. Характерной особенностью коагулограммы у больных с обширным ишемическим инсультом было достоверное повышение всех коагуляционных параметров крови, по сравнению с референтными показателями. Выявленная достоверная тенденция АЧТВ к укорочению на 15% ($46,5 \pm 1,93$, сек) указывает на увеличение факторов свертывания и наличие признаков гиперкоагуляции. Сравнивая фибринолитическую активность мы наблюдали достоверное увеличение на 8% ($4,38 \pm 0,35$ г/л), что соответствует синдрому угнетения фибринолиза. Противосвертывающая система является защитным физиологическим механизмом, степень активности которого зависит от состояния общей реактивности организма. Депрессия противосвертывающей системы у больных с наиболее тяжелым течением заболевания скорее всего, связано со сниженной реактивностью организма. Изменения показателей гемостаза при обширном ишемическом инсульте выражены более грубо, они сложны, существенны и многокомпонентны.

Заключение. Таким образом, методы лабораторного анализа дают возможность глубоко оценить состояние гемокоагуляционного статуса и получить достаточные представления о характере нарушений гемостаза у

больных с обширным ишемическим инсультом, что позволяет своевременно проводить целенаправленную коррекцию гемостазиологических нарушений в острейшем периоде инфаркта мозга.

Список литературы:

1. Момот А.П. Патология гемостаза. Принципы и алгоритмы клинико-лабораторной диагностики. СПб: Формат, 2006. – 2008 с.
2. Современные методы распознавания состояния тромботической активности. Монография /Момот А.П., Цывкина Л.П., Тараненко И.А. и др. Барнаул: Изд. Алт. Ун-та, 2011. – 138 с.
3. Федин А.И., Румянцева С.А. Интенсивная терапия ишемического инсульта. – М.: Медицинская книга, 2004. – 284 с.
4. Скворцова В.И. Лечение острого ишемического инсульта //Лечащий врач, 2004. №7. С.60-65.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЕНТИЛЯТОР-АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

МАТВЕЕВ А.С.^{1,2}, ПОТАПОВ А.Ф.¹, ГОЛУБЕВ А.М.², ИГНАТЬЕВ В.Г.¹, ГАВРИЛЬЕВ С.Н.¹

¹ Россия, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

² Россия, НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ОБЩЕЙ РЕАНИМАТОЛОГИИ ИМ.
В.А. НЕГОВСКОГО РАМН

Аннотация. Представлена статья, посвященная одной из актуальных проблем современной интенсивной терапии – нозокомиальной пневмонии, развивающейся в период проведения искусственной респираторной поддержки (вентиляторассоциированная пневмония – ВАП), у пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК). Проанализирован рост резистентности этиологического фактора к применяемым антибактериальным препаратам.

Ключевые слова: вентиляторассоциированная пневмония, искусственная вентиляция легких.

Abstract. Article devoted to one of actual problems of modern intensive therapy – the nosokomialny pneumonia developing in the period of carrying out artificial respiratory support (ventilyatorassotsiirovanny pneumonia – VAP), at patients with the sharp violations of brain blood circulation (SVBBC) is submitted. Growth of resistance of an etiologicheskyy factor to the applied antibacterial preparations is analysed.

Key words: ventilator-associated pneumonia, artificial ventilation of lungs.

Актуальность. По инициативе ВОЗ и Всемирной Федерации инсульта инсульт объявлен глобальной эпидемией, угрожающей жизни и здоровью населения всего мира [3]. Рост числа цереброваскулярных заболеваний способствовал их выдвигению на второе место среди причин смертности и на первое — среди причин инвалидизации населения [3, 4]. Наиболее драматичная ситуация складывается при геморрагическом инсульте (ГИ), при котором, по данным Регистра Национальной ассоциации по борьбе с инсультом, смертность достигает 93,4 % [6]. Немаловажное значение при этом имеют так называемые, инсульт-индуцированные инфекции, развивающиеся в остром периоде ОНМК [1, 6]. К их числу, в первую очередь, относят вентилятор-ассоциированные пневмонии [1, 2, 4]. Госпитальная пневмония, связанная с искусственной вентиляцией легких, является независимым фактором риска смертельного исхода [5]. Возникновение пневмонии при острых нарушениях мозгового кровообращения (ОНМК) значительно увеличивает смертность среди пациентов [1, 4, 6], а также длительность пребывания в ОРИТ.

Цель исследования. Анализ антибиотикорезистентности возбудителей вентилятор-ассоциированной пневмонии у больных с ОНМК в условиях ОРИТ ОНМК РСЦ.

Материал и методы исследования. Дизайн исследования—одноцентровое, проспективное, типа «случай-контроль». Критерии включения — клинические критерии ВАП R.F. Grossman, оценка по шкале CIPS более 6 баллов. Критерии исключения — тяжелый сепсис, острое повреждение легких. Сроки исследования: 01.01.12 — 01.06.14 гг. Искусственная вентиляция легких (ИВЛ) длительностью более 48 часов проводилась 173 больным. ВАП выявлена у 21 больных с ОНМК (12,1%). Причиной ОНМК были: ишемический инсульт (61,9%), геморрагический инсульт (28,6%) и субарахноидальное кровоотечение (9,5%). Среди больных мужчины составили — 13 человек (61,9%), женщины — 8 (38,1%). Тяжесть состояния больных по шкале APACHE II - $18,6 \pm 4,4$; NIH-24, $7 \pm 10,2$; Glasgow $8,2 \pm 0,6$ баллов. Средняя длительность ИВЛ — $12,8 \pm 2,2$ суток. Умерло 6 больных (28,6%). Забор материала из бронхов проводили путем бронхоскопии. Микробиологическими критериями подтверждения диагноза НП считается

обнаружение возбудителя в бронхоальвеолярной жидкости (БАЛЖ) в диагностическом титре >104 КОЕ/мл. Идентификацию и оценку антибиотикочувствительности осуществляли диско-диффузионным методом. Статистическая обработка материала произведена с помощью программного обеспечения «WHONET 5.6», «Excel 7,0» с вычислением среднего значения (M), ошибка среднего (m), достоверность определяли по t-критерию Стьюдента и уровень значимости различий ($p \leq 0,05$).

Результаты исследования. Клинические признаки ВАП проявлялись в среднем на 6 сутки ($6,3 \pm 0,7$) от начала ИВЛ. Оценка по шкале GRIPS в день начала ИВЛ составила $3,5 \pm 0,2$ балла в первые сутки выявления ВАП ($p < 0,05$). Проведенное исследование выявило, что наиболее частыми возбудителями у больных с тяжелым течением пневмонии были *Pseudomonas aeruginosa* (53,8%), *Klebsiella pneumonia* (21,2%) и *S.aureus* (13,5%). *P.aeruginosa*, *Acinetobacter spp.* на достаточном уровне сохраняют чувствительность к карбапенемным антибиотикам (синегнойная палочка до 65,5% выделяет резистентных штаммов, которые характеризуются как МВЛ-выделяющие). Средняя чувствительность к Амикацину, к которому резистентны, соответственно, 50,0 и 50,0% перечисленных представителей НФГОБ. Количество резистентных к Цефтазидиму штаммов *P. aeruginosa* составляет 32,1%. К остальным препаратам отмечается высокая устойчивость НФГОБ. У *E.coli*, *Klebsiella pneumonia* отмечается 100% резистентность к антибиотикам пенициллинового ряда, имеются фенотипические признаки β -лактамазы расширенного спектра до 81,8% (БЛРС). Сохраняется высокая чувствительность к карбапенемным антибиотикам и удовлетворительная чувствительность к Амикацину. Из 7 изученных штаммов стафилококков метициллинрезистентными (MRSA) явились 3 (42,8%). Ванкомицинрезистентных (VRE) среди стафилококков не зарегистрировано.

Заключение. Таким образом, ВАП имеет полиэтиологический характер с преобладанием грамотрицательных возбудителей: *Pseudomonas aeruginosa* – 53,8%; *Klebsiella pneumonia* – 21,2% и в 13,5% отмечается грамположительная флора *Staphylococcus aureus*. Среди *Pseudomonas aeruginosa* регистрируются суперрезистентные штаммы, продуцирующие

MRL до 45,5%, *Klebsiella pneumonia* БЛРС-продуцентов – 81,8% и MRSA – 42,8%.

Список литературы:

1. Боровик А.В., Руднов В.А. Нозокомиальная пневмония при проведении продленной ИВЛ //Вестник интенсивной терапии. – 1996. - №2 – 3. – с.29 – 33.
2. Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А., Лапшина И.Ю., Гельфанд Е.Б., Белоцерковский Б.З. Нозокомиальная инфекция в интенсивной терапии //Анестезиология и реаниматология. – 1997. - №3. С.4 – 8.
3. Геморрагический инсульт: Практическое руководство /Под ред. В.И. Скворцовой, В.В. Крылова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 160 с.
4. Джюлай Г.С., Погорельцева О.А. Особенности нозокомиальных пневмоний, ассоциированных с инсультом, у лиц пожилого возраста //Профилактическая и клиническая медицина: «Терапевтические проблемы пожилого человека»: Материалы Российской научно-практ. конф. (специальный выпуск). — 2010. — С. 350
5. Нозокомиальная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике (пособие для врачей). /Чучалин А.Г., Синопальников А.И. Страчунский Л.С. и др., Москва, 2005. – 54 с.
6. Погорельцева О.А., Джюлай Г.С., Слюсарь Т.А. Инсульт-индуцированные нозокомиальные пневмонии: теория и практика //Верхневолжский медицинский журн. — 2010. — № 4. — С. 44–48.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

МИХАЙЛОВА Е.П.^{1,2}, САВВИНА Н.В.¹, САВВИНА А.Д.²

¹Россия, Северо-Восточный федеральный университет имени
М.К.Аммосова, Медицинский институт

²Россия, Детская городская больница, г. Якутск

Аннотация. В статье представлены результаты изучения статистических данных об основных показателях соматического здоровья детей и подростков в Республике Саха (Якутия) за пять лет. Установлено, что общая заболеваемость детского населения устойчиво возрастает. Уровень общей заболеваемости у детей 0-14 лет в 2011 году превысил аналогичные показатели по ДВФО и РФ на 3,3% и 15,4% соответственно. Выявлены наиболее проблемные показатели заболеваемости детей по болезням органов дыхания, нервной системы, новообразованиям, болезням пищеварительной системы в республике. Доказана необходимость оптимизации интегрированной системы оказания помощи подросткам в региональных условиях с учетом выявленных особенностей состояния здоровья. Полученные результаты требуют уделить особое внимание вопросам заболеваемости, инвалидности, смертности детей в республике и формирования здоровьесберегающего поведения.

Ключевые слова: заболеваемость, девочки-подростки, репродуктивное здоровье, статистика.

Abstract. The article disclose results of the study statistical data of leading indices reproductive health children's and teenager in Republic Sakha (Yakutia) for five years. It is installed that general morbidity of the children's firm increases. The level of general morbidity of 0-14 aged children in 2011 was higher than same datas of Far East Federal County and Russian Federation has on 3,3% and 15,4% accordingly. Most problem datas of high morbidity of breath organs, nervous system, neoplasm,

digestive system diseases in children of republic is revealed. Necessity of optimization of integrated system of health care to adolescents in regional condition with given health features is proved. Research results are require attention to questions of morbidity, disability, mortality of children in republic and forming of health-saving behavior.

Key words: morbidity, teen age girls, reproductive health, statistics.

Актуальность. Вопросы охраны соматического и репродуктивного здоровья девочек подросткового возраста актуальная проблема современной медицины. В настоящее время не вызывает сомнений, что состояние репродуктивной функции женщины во многом определяется её развитием в детском и подростковом возрасте. Становление половой системы девочек в периоде полового созревания тесно взаимосвязано с физическим развитием[1,3,5].

В Республике Саха (Якутия) проведен ряд исследований, посвященных изучению влияния отдельных социально-гигиенических, медико-биологических и экологических факторов на состояние здоровья, физическое и половое развитие детей[2,4]. Несмотря на это в регионе не достаточно исследований, которые позволили бы дать характеристику современного уровня здоровья детей.

За последние 15 лет в республике наблюдается неблагоприятная демографическая ситуация: повышение общей смертности, снижение естественного прироста населения. Этому способствуют ряд неблагоприятных явлений в РС (Якутия): субэкстремальнымиклимато-географическими и экологическими условиями проживания, низким уровнем социально-экономического статуса, изменением репродуктивного поведения[2].

С этих позиций весьма актуальными являются научные исследования по изучению соматического и репродуктивного здоровья современных девочек, что должно способствовать снижению заболеваемости и сохранению репродуктивного потенциала народа в целом.

Цель исследования: провести анализ общей и гинекологической заболеваемости детей и подростков по данным официальной статистики

для оптимизации интегрированной системы оказания помощи подросткам в региональных условиях.

Пациенты и методы. На основании данных медицинского информационно-аналитического центра Министерства Здравоохранения Республики Саха (Якутия) и Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Республике Саха (Якутия), ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава, нами был проведен анализ показателей соматического и репродуктивного здоровья детей и подростков Республики Саха(Якутия).

При этом первичную и общую заболеваемость как неотъемлемую составляющую часть репродукции здоровья анализировали у всех детей 0-14 лет по статистической форме 12, где нет деления их по половому признаку, а подростков 15-17 лет - в целом в сравнении с детьми и отдельно у мальчиков и девочек в подростковом возрасте.

Репродуктивное здоровье как таковое, оценивали по уровню гинекологической заболеваемости и социально-значимых заболеваний, а также по данным общего числа абортотв.

Результаты. За последние пять лет прослеживается негативная тенденция состояния здоровья детей и подростков в нашей республике. Общая заболеваемость детского населения устойчиво возрастает. Общее число зарегистрированных случаев заболеваний увеличилось за эти годы на 14,9%, в том числе с впервые установленным диагнозом – на 21,4,8%.

Уровень общей заболеваемости у детей 0-14лет (275474,1 на 1000) в 2011 году превысил аналогичные показатели по ДВФО (266673,8 на 1000) и РФ (238788,1 на 1000) на 3,3% и 15,4% соответственно. Среди подросткового населения, также наблюдается прирост показателей заболеваемости: общая заболеваемость возросла за пять лет на 22,8%, первичная – на 37,9% (на 1000 данного населения).

На фоне роста заболеваемости постепенно изменяется ее структура. В общей совокупности зарегистрированных случаев заболеваний

выделяются болезни органов дыхания. Они составляют подавляющую долю (58,8%) в структуре общей заболеваемости у детей (162183,5) и 36,2% у подростков (7415,2). Уровень по данной нозологии превышает российские показатели на 27,3% и данные по ДВФО на 8,6%. Второе место занимают болезни органов пищеварения (2219,11) и составляют 8% от общего числа зарегистрированных случаев заболеваний. Растет также доля болезней нервной системы (+6%), занимают стабильно третье место (1668,2).

Структура заболеваемости у подростков несколько иная. Второе место по числу обращений удерживают болезни глаза и его придаточного аппарата, которые составляли 10,4% в 2011 году (9,4% в 2007 году). Третье место занимают болезни органов пищеварения и составляют 9,8% от общего числа заболеваний у подростков. Вполне возможно, что более неблагоприятные климатические условия Севера России не способствуют сохранению здоровья детей и подростков.

Таким образом, наиболее проблемными в регионе являются показатели повышенной заболеваемости детей 0-14 лет по болезням нервной системы (16638,4 на 1000, прирост 35%), новообразованиям (1391,0 на 1000, прирост 60%), болезням пищеварительной системы (22142,4 на 1000, прирост 54%), кожи и подкожной клетчатки (14706,9 на 1000, прирост 35%). Все это может быть следствием условий образа жизни в республике или обусловлены недостатками в организации службы и качества акушерской, перинатальной и педиатрической помощи детскому населению.

Подростки нашей республики, по сравнению с подростками РФ, чаще болеют болезнями крови (+57,6%), нервной системы (+53%), глаза и его придаточного аппарата (+12%).

Соотношение заболеваемости мальчиков и девочек республики по большинству параметров совпало с аналогичными данными по России. При этом девочки болеют все же на 12% чаще, чем мальчики. Среди мальчиков подросткового возраста преобладали болезни органов дыхания (689,1‰), нервной системы (190,3‰), травмы (183,0‰), болезни органов пищеварения (179,1‰). В ранговой структуре заболеваемости у девочек-подростков на первом месте стоят болезни органов дыхания (779,1‰), на

втором – болезни глаза и его придаточного аппарата (255,3‰), на третьем – болезни органов пищеварения (217‰).

Кроме того, у девочек 3 раза чаще, чем у мальчиков встречаются болезни мочеполовой системы, в 1,7 раза – болезни эндокринной системы, 1,4 раза – болезни глаза. В то же время у девочек почти в два раза меньше травм, болезней кровообращения и в 1,5 раза меньше психических расстройств.

Все выше приведенные данные свидетельствуют о значительной «пораженности» девочек-подростков нашей республики, которые являются объектом данного исследования.

Гинекологическая заболеваемость девочек изучается в основном по данным обращаемости, которая наиболее низкая у девушек младше 17 лет. При этом выявляется лишь 30-50% заболеваний [3]. При выявлении гинекологических заболеваний используется различный объем исследования, что влияет на частоту выявленной патологии. Эти данные свидетельствуют о том, что в части случаев картина распространенности заболеваний женской половой сферы у подростков не отражает реальное положение дел.

Тем не менее, анализ распространенности гинекологических заболеваний в республике, за последние 5 лет, выявил нарастание уровня показателей воспалительных заболеваний женских половых органов, сальпингитов и оофоритов как у детей, так и у подростков. Показатель расстройств менструаций за пять лет увеличился в 1,5 раза у детей и 1,3 раза у подростков.

В структуре выявленной патологии в дошкольном возрасте ведущее место занимают воспалительные заболевания (82,2%), далее – синехии гениталий (14,4%). У детей школьного возраста на первом месте – заболевания мочеполовой системы (91%): из них 52% составляют расстройства менструальной функции и 26% – это болезни эндокринной системы, 17% из общего числа выявленных заболеваний составляют воспалительные заболевания половых органов.

Особую роль в нарушении репродуктивного здоровья у подростков имеют аборты. Несмотря на некоторое снижение, их число у девочек-подростков остается значительным. За пять лет у девочек младше 14 лет общее число абортов остается на прежнем уровне, в возрастной группе 15-19 лет – в 1,9раза ниже, чем в ДВФО.

Естественным следствием ранней сексуальной активности является рост ИППП среди подростков. Последствиями перенесенных инфекций, передающихся половым путем, являются воспалительные заболевания органов малого таза, невынашивание беременности, бесплодие. В структуре ИППП как среди детей, так и подростков на первом месте стоит гонорея, на втором месте – сифилис, на третьем – ВИЧ-инфекция. Беспокоит тот факт, что показатели по ВИЧ-инфекции и гонорее значительно выше, чем аналогичные показатели по ДВФО. В целом, по России, на первом месте по распространенности стоит ВИЧ-инфекция, потом сифилис и гонорея. В то же время, у подростков, уровень социально-значимых заболеваний ниже, чем в ДВФО и РФ.

Заключение. Таким образом, репродуктивное здоровье детей и подростков в республике Саха (Якутия) вызывает тревогу. Среди детей, показатели заболеваемости по болезням органов дыхания, нервной системы, новообразованиям, органам пищеварения на 15-17% выше, чем в России. У подростков выше показатели по болезням крови, нервной системы, глаза и его придаточного аппарата. Все это может быть следствием условий образа жизни в республике или обусловлены недостатками в организации службы и качества акушерской, перинатальной и педиатрической помощи детскому населению.

Количество абортов и социально-значимых заболеваний не превышает уровня среднероссийских показателей. Вызывает обеспокоенность тот факт, что показатели по ВИЧ-инфекции и гонорее значительно выше, чем аналогичные показатели по ДВФО.

В связи с этим возникает необходимость в разработке региональных программ оздоровления подрастающего поколения с учетом выявленных особенностей состояния здоровья популяции в регионе. При этом, на

современном этапе, наиболее важно глубоко изучить вопросы формирования здоровьесберегающего поведения, заболеваемости, инвалидности, смертности у детей в республике. Отсутствие единых методических подходов при исследовании гинекологической заболеваемости, что затрудняет анализ ее составляющих: уровня, динамики и структуры.

Список литературы:

1. Альбицкий В.Ю., Садыкова Т.И., Юсупова А.Н. и др. Репродуктивное здоровье и поведение подростков // Социальные и организационные проблемы педиатрии. Избранные очерки, М.: Изд. Дом «Династия», 2003-С. 174-191.
2. Дуглас Н.И. Резервы оптимизации репродуктивного здоровья женщин Республики Саха (Якутия) // Автореф. дис. ... д-ра мед.наук, Москва, 2011. – 48 с.
3. Коколина В.Ф. Детская и подростковая гинекология // Руководство для врачей, Москва, 2012. – 679с.
4. Наумова А.А. Особенности репродуктивного здоровья девочек г. Якутск // Якутск, 2002. – 135с.
5. Уварова Е.В. Репродуктивное здоровье девочек России в начале 21 века // Акушерство и гинекология, 2006. – Прил. – С.27 - 30.

ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ГБУ РС (Я) РБ №3

НАХОДКИНА Е.Н., КАРПОВА А.Г., ДЬЯЧКОВСКИЙ Н.С.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. Увеличение численности лиц пожилого и старческого возраста, ухудшение их физического и психического здоровья, снижение способности к самообслуживанию, высокий удельный вес одиноких пожилых людей, рост потребности в общественной опеке и связанные с этим проблемы медицинского и социального характера обуславливают необходимость развития геронтологии и гериатрии, подготовки медицинских кадров, усиления гериатрической направленности в деятельности учреждений системы здравоохранения.

Ключевые слова: медицинская сестра, пожилой возраст, сестринская помощь.

Abstract. Increase in the number of elderly and senile deterioration of their physical and mental health, reduced ability to self-service, the high proportion of older persons living alone, the increasing demand for social care and related medical problems and social problems necessitate the development of gerontology and geriatrics, training of health training, strengthening geriatric focus in the activities of the health care system.

Keywords: nurse, elderly, nursing care.

Изучения данной темы продиктована временем и связана с повышением уровня профессионального образования, рациональным использованием высококвалифицированных сестринских кадров, организацией контроля качества сестринского ухода. Это является актуальной проблемой в современном практическом здравоохранении и представляет большую практическую значимость.

Целью научной работы является изучение деятельности медицинской сестры по оказанию специализированной медицинской помощи людям пожилого и старческого возраста в терапевтическом отделении Гериатрического центра Государственного Бюджетного Учреждения Республики Саха (Якутия) «Республиканская больница №3».

Объектом исследования является терапевтическое отделение Гериатрического центра ГБУ РС (Я) «Республиканская больница №3».

Материалы и методы. В работе использованы нормативно-правовые акты РФ и РС (Я), регламентирующие деятельность больницы, распорядительные документы, имеющие отношение к организации работы, статистические отчеты Гериатрического центра. Чтобы узнать мотивацию работы среднего и младшего медицинского персонала и сделать предложения по их оптимизации, проведено анонимное анкетирование работников терапевтического отделения. Анкета для изучения мотиваций сотрудников составлена на базе теорий Абрахама Маслоу и Дэвида Макклелланда, используя реальные факторы мотивации и стимулирования. Данная анкета не является универсальной, рекомендуется модифицировать под собственные нужды. Опросом были охвачены все работники отделения: 8 человек среднего медицинского персонала и 7 человек младшего медицинского персонала.

Результаты и обсуждение. Старение населения – одна из основных проблем, тревожащих в настоящее время почти все без исключения страны мира. Пожилые люди стали отдельной демографической, социальной и медико-биологической категорией, требующей специального подхода к решению своих проблем. Демографическое постарение населения – увеличение прослойки лиц пенсионного возраста в составе населения.

Рост числа лиц пожилого и старческого возраста в общей структуре населения увеличивает потребности населения в различных видах медицинской помощи. Статистические исследования показывают, что параллельно с демографическим постарением населения возрастает необходимость, как в амбулаторной, так и в стационарной помощи.

Так, потребность в госпитализации больных старших возрастных групп почти в 3 раза выше, чем у населения в целом. Следовательно, постарение населения обуславливает увеличение объема медицинской помощи. При ее планировании необходимо учитывать большую среднюю продолжительность стационарного лечения лиц пожилого возраста практически при всех заболеваниях, более тяжелое течение каждого заболевания, наличие нескольких хронических заболеваний, взаимоотношающихся друг друга, также особенности фармакотерапии. Социальная работа с гражданами пожилого и старческого возраста, удовлетворение их жизненных потребностей является одним из основных направлений социальной политики Республики Саха (Якутия).

Увеличение численности лиц пожилого и старческого возраста, ухудшение их физического и психического здоровья, снижение способности к самообслуживанию, высокий удельный вес одиноких пожилых людей, рост потребности в общественной опеке и связанные с этим проблемы медицинского и социального характера обуславливают необходимость развития геронтологии и гериатрии, подготовки медицинских кадров, усиления гериатрической направленности в деятельности учреждений системы здравоохранения.

Значительную роль в оказании квалифицированной медицинской помощи и улучшении качества жизни людей пожилого и старческого возраста, явилось открытие Гериатрического центра в 2000 году в составе Республиканской больницы №3. В Гериатрическом центре работают медицинские сестры разных специальностей: палатные, процедурные медсестры, лаборанты медицинские сестры диагностической службы, прошедшие сертификационные циклы подготовки по гериатрии и геронтологии.

Изучение квалификации и сертификации медицинских сестер терапевтического отделения Гериатрического центра показало, что в изучаемый период (2010 – 2012гг) повысилось количество сотрудников, имеющих высшую квалификационную категорию.

Анализ возрастного состава за 3 года показал, что коллектив опытный и в исследуемый момент средний возраст составляет 43 года.

Проведен анализ стажа медицинских сестер и младшего медицинского персонала терапевтического отделения Гериатрического центра.

Мотивация персонала – очень тонкая и сложная работа, требующая от руководителя большого объема соответствующих знаний и навыков.

Для управления персоналом необходимо знать потребности трудовых кадров и взаимоотношение внутри коллектива. Для этого проведено исследование мотиваций работы младшего и среднего медицинского персонала:

- текучесть кадров составляет - 17 %;
- из среднего медицинского персонала работают 10 лет и более – 75%;
из младшего медицинского персонала больше 10 лет работают - 72%;
- материальная мотивация – заработную плату считает низкой весь младший и средний медицинский персонал 100%;
- социальными гарантиями никто из персонала 100% неудовлетворен;
- удовлетворенность руководством и коллективом у большинства сотрудников уменьшает напряженность в связи с неудовлетворением материальной мотивации труда;
- никто из сотрудников, участвовавших в анкетировании, не выделяет нематериальное стимулирование как эффективный способ для повышения качества работы;
- недовольство заработной платой, социальными гарантиями служит утечкой среди среднего медицинского персонала.

В заключении мы выяснили: если знать, что движет конкретным человеком, что побуждает его совершать те или иные действия, то есть, осознавая мотивации его деятельности, можно таким образом построить работу, чтобы без использования каких бы то ни было методов принуждения, работник будет сам стремиться к тому, чтобы выполнить необходимую работу как можно более результативно и качественно.

Таким образом, зная, что побуждает человека к деятельности (помимо материальных стимулов), можно построить эффективную систему управления конкретным человеком, в том числе и в области здравоохранения.

Организационное управление персоналом является важным звеном в деятельности любого предприятия. Для того, чтобы выжить и адекватно реагировать на изменения рыночных условий, повысить устойчивость адаптационную способность персонала, обеспечить высокое качество предоставляемых услуг, предприятие должно целенаправленно проводить организационные изменения, в том числе и в управлении ресурсами. отличие от классической модели управления, современный взгляд на менеджмент считает, что организация – это открытая система, успех которой зависит от того, насколько удачно фирма «вписывается» во внешнюю среду и приспосабливается к ее изменениям. Организации должно быть присуще постоянное обновление, приспособление к внешним факторам, при этом ставка делается на самореализующегося человека. Отсюда необходимость внимания к таким факторам, как организационная культура, различные формы демократизации управления. Считается необходимым признание социальной ответственности как перед обществом в целом, так и перед отдельными людьми, работающими в организации.

В настоящее время старшая медсестра терапевтического отделения Гериатрического центра проводит большую работу по сохранению кадрового потенциала среднего и младшего персонала в отделении, проводит подготовку к аттестации и сертификации.

Также старшая медсестра отвечает за порядок в отделении, соблюдение санитарно-эпидемического режима, правильное распределение медикаментов, перевязочного материала, инструментария, мягкого твердого инвентаря, за проведение профилактических мероприятий и санитарно-просветительной работы среди пациентов и посетителей, а порядок передачи дежурств медицинскими сестрами и младшим медицинским персоналом.

Все это говорит о большой нагрузке и разноплановости работы старшей медицинской сестры отделения.

Таким образом, классические теории в области управления персоналом, включающие принцип единоначалия основаны на следующих положениях:

1. Труд для большинства индивидов не приносит удовлетворения (вознаграждение для них имеет большую значимость, чем процесс работы).
2. Сотрудников, которые хотят или могут делать работу, требующую инициативы, творчества, самостоятельности, самоконтроля, весьма немного.
3. Главная задача руководителя – это строгий контроль наблюдение за подчиненными.

Огромное внимание должно уделяться структуризации методов и систем кадрового отбора, размещению, комплектации, оптимизации, обучению и выдвижению кадровой составляющей организации.

Каждый человек имеет потребности в росте (признание, продвижение) и потребности в устранении трудностей. Участие человека в работе, обусловлено не только его потребностями, возможностями и квалификацией, но и мотивацией (побуждение).

Мотивацией труда понимают любые внешние блага, подталкивающие человека к продуктивной работе. Современные теории мотивации подразделяются на две категории – содержательные и процессуальные. Содержательные теории основываются на том, что существуют внутренние побуждения (потребности), которые заставляют человека действовать. В процессуальных теориях мотивации поведение личности определяется не только потребностями, но и факторами внешней среды.

С точки зрения характера действий, применяемых по отношению к работнику организации, мотивация может быть: положительной и отрицательной.

К основным методам положительной мотивации относятся: материальное поощрение в виде персональных надбавок к окладам и премии, повышение авторитета работника и доверия к нему в коллективе, поручение особо важной работы и.т.д.

Отрицательная мотивация предполагает, прежде всего: материальные взыскания, снижение социального статуса в коллективе, психологическую изоляцию работника, создание атмосферы нетерпимости, понижение в должности.

По способу удовлетворения потребностей, мотивацию подразделяют: на материальную – направлена на удовлетворение потребностей через оплату труда; трудовую – удовлетворяет потребности работника через достижение результатов его труда; и статусную – направлена на удовлетворение потребностей посредством получения статуса более высокого уровня (продвижение по службе, признание лидерства).

По характеру направленности методов управления, можно выделить:

1. Экономическая мотивация – мотивация, устанавливающая непосредственную зависимость материальной обеспеченности человека от результатов его труда.
2. Социальная мотивация – направлена на улучшение условий труда, отдыха членов трудового коллектива, на повышение социальной активности работников.
3. Психологическая мотивация – базируется на глубоком познании законов поведения человека, основанных на структуре его личности, скрытой от непосредственного наблюдения.
4. Организационная мотивация – базируется на отношениях власти и подчинения, регулирует поведение работника на основе изменения его чувства удовлетворенности работой.

Таким образом, при управлении сотрудниками, руководство должно оценивать непосредственную зависимость материальной обеспеченности человека от результатов его труда. Для повышения социальной активности работников необходимо проведение мероприятий, направленных на

улучшение условий труда и отдыха членов трудового коллектива и их семей. Управление кадрами базируется на глубоком познании законов поведения человека, основанных на структуре его личности, отношении к власти и подчинению.

Заключение

1. Анализ социально – демографической ситуации в Республике Саха (Якутия) за последние годы показывает, что в республике, как и в России в целом, отмечается устойчивая тенденция к увеличению численности лиц пожилого возраста: если в 2010 году контингент старше 60 лет включал 75,6 тысяч человек или 8,0% от общего числа населения, то в 2012 году составила 77,8 тысяч человек от общего числа населения или 8,2% населения. В частности, старение населения республики оказалось обусловленным длительным спадом рождаемости при сохранении высокой смертности граждан трудоспособного возраста.
2. Сравнительный анализ деятельности терапевтического отделения Гериатрического центра ГБУ РС (Я) РБ №3 показывает, что в период с 2010 и 2012 годы количество пациентов, выписанных с улучшением состояния здоровья из года в год увеличивается: 2010г - 800 человек (89,9%); 2011г – 591 человек (94,4%) 2012г - 836 человек (94,1%)
3. Проведенный анализ организации сестринской деятельности в терапевтическом отделении Гериатрического центра, выявил, что нагрузка медицинских сестер очень большая за счет специфики работы с людьми пожилого и старческого возраста, и превышает норматив рабочего времени на 3 часа 55 минут на один пост.
4. В результате проведенного анкетирования с целью исследования мотиваций работы персонала выявлено, что 100 % респондентов считают, что низкая заработная плата является существенной причиной снижения моральной удовлетворенности своей работой и падения престижа профессии в целом.

Список литературы:

1. Валовой Д.В. История менеджмента . – Москва. -2004. – 326 с.
2. Введенская Е.С. Повозрастные аспекты заболеваемости пожилых // Научн.-практич.конф. Тез.докл. – М.: Ньюдиамед, 1996. – С.143
3. Выступление Генерального секретаря ООН Кофи Аннана на Второй Всемирной Ассамблеи по проблемам старения. // ООН в России, 2(21) март-апрель 2002.
4. Вялков А.П. О мерах по улучшению сестринского дела в Российской Федерации // Сестринское дело.- 1998. - №2. – 3 -5 сс.
5. Вялых Т.И. Организация стационарной помощи пожилым // СБ.стат.и тез.докл. Междун.семин. – Ульяновск: МЗ РФ, 1997. – С 25 -226.

ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИНТЕРФЕРОНА - ГАММА В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ЭКССУДАТИВНОГО ПЛЕВРИТА

МОРДОВСКАЯ Л.И., ГУРЬЕВА О.И.

РОССИЯ, НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР "ФТИЗИАТРИЯ" МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

Аннотация. В исследование включили 25 пациентов с установленными диагнозами: 15 подростков с экссудативным плевритом туберкулезной этиологии и 10 больных с нетуберкулезной природой плеврита. Иммунологическое исследование включало в себя определение концентрации ИФН- γ в плевральном экссудате с помощью иммуноферментной тест-системы «Тубинферон» до специфической антибактериальной терапии. Полученные результаты свидетельствуют, что высокая концентрация интерферона- γ в плевральной жидкости (более 50 пг/мл) у больных активным экссудативным плевритом может служить надежным диагностическим признаком туберкулезной этиологии заболевания.

Ключевые слова: подростки, экссудативный плеврит, туберкулез, интерферон-гамма.

Abstract. 25 patients with established diagnoses were included to the study, of them 15 adolescents with pleural effusion caused by tuberculosis, and 10 patients with non-tuberculous pleurisy. Immunological study included determining interferon-gamma (IFN-gamma) concentration in pleural fluid using «Tubinferon» enzyme immunoassay before antibacterial therapy. The study results showed that in patients with active pleural effusion, higher levels of IFN-gamma in pleural fluid (more than 50 pg/mL) can be a reliable diagnostic sign for tuberculous origin of a disease.

Key words: adolescent, pleural effusion, tuberculosis, intergeron-gamma.

Актуальность. Причины накопления жидкости в плевральной полости различны по генезу и механизмам, что обуславливает признаваемые

большинством российских и зарубежных авторов трудности дифференциальной диагностики этой патологии. Туберкулез является одной из наиболее частых причин экссудативного плеврита. Туберкулезный плеврит представляет собой воспаление плевры, обусловленное микобактериями туберкулеза (МБТ). Составляя 6-8% среди легочных форм туберкулеза, плеврит наиболее часто встречается в детском, подростковом и молодом возрасте. В этих возрастных группах на долю туберкулезной этиологии приходится от 50 до 90% всех экссудативных плевритов. Туберкулезный плеврит может протекать как в виде самостоятельной клинической формы туберкулеза, так и быть осложнением.

В пубертатном возрасте развитие туберкулезный плеврита происходит особенно часто, что обусловлено повышенной аллергической реактивностью организма в целом и высокой чувствительностью плевральных оболочек к туберкулезной инфекции в период гормональной перестройки организма.

Очевидна чрезвычайная актуальность своевременной диагностики и дифференциальной диагностики туберкулезного плеврита, в первую очередь быстрого определения этиологии плеврита.

В связи с недостаточной информативностью традиционного микробиологического исследования для этиологической диагностики экссудативного плеврита обсуждается диагностическая значимость использования молекулярных и иммунологических методов исследования плеврального экссудата, в том числе определение содержания интерферона-гамма (ИФН- γ).

Цель исследования – определить концентрацию ИФН- γ в плевральном экссудате для дифференциальной диагностики туберкулезного плеврита.

Пациенты и методы. Обследованы 25 больных подростков с экссудативным плевритом в возрасте от 14-17 лет. Из них 17 мальчиков и 8 девочек.

Комплекс обследования включал традиционные методы: исследование мокроты и плевральной жидкости методом люминесцентной микроскопии

с определением кислотоустойчивых микобактерий и методом культурального исследования для обнаружения МБТ; исследование плевральной жидкости на клеточный состав; полипозиционное рентгенологическое обследование и компьютерную томографию органов грудной клетки.

Образцы плевральной жидкости были получены при трансторакальной пункции.

Концентрацию ИФН- γ в плевральном экссудате исследовали с помощью иммуноферментной тест-системы «Тубинферон» ООО фирмы «МонА», г. Москва. Для определения концентрации ИФН- γ в исследуемых образцах строили калибровочную кривую на основании измерения оптической плотности при 450 нм в лунках стандартного ИФН- γ с двукратным разведением от 280 пг/мл до 8,75 пг/мл. Чувствительность анализа – 10 пг/мл.

Результаты и обсуждение. При комплексном обследовании и клиническом наблюдении у 15 пациентов был диагностирован экссудативный плеврит туберкулезной этиологии (1-я группа); у 10 больных установлена нетуберкулезная природа плеврита (2-я группа).

Всего у 12 (80%) из 15 больных 1-й группы туберкулезная этиология плеврита была доказана на основании рентгенологических или микробиологических результатов исследования. При рентгенологическом исследовании, включая компьютерную томографию, у 10 (67%) пациентов обнаружен туберкулезный процесс в паренхиме легких. У 9 (60%) больных были обнаружены МБТ или КУМ при люминесцентной микроскопии или методом посева: в мокроте – у 6 человек; в плевральной жидкости – у 3 человек. У 3 (20%) человек 1-й группы туберкулезный характер плеврита диагностирован на основании клинической картины, анамнеза заболевания, лимфоцитарного характера экссудата.

Во 2-ю группу больных (нетуберкулезная этиология плеврита) вошли 10 пациентов с парапневмоническим плевритом.

Концентрации ИФН- γ в плевральном экссудате у больных туберкулезным плевритом распределились в диапазоне от 50 до 340 пг/мл. Средние значения ИФН- γ у больных туберкулезным плевритом составили $140,9 \pm 24,2$ пг/мл.

Концентрации ИФН- γ в плевральном экссудате у больных нетуберкулезным плевритом варьировали от 0 до 50 пг/мл, в среднем составив $20,8 \pm 4,9$ пг/мл. Различия между концентрацией ИФН- γ при туберкулезном плеврите и нетуберкулезной этиологии достоверны ($p < 0,001$).

Несмотря на небольшое число исследований, полученные данные подтверждают эффективность определения уровня ИФН- γ в плевральной жидкости для дифференциальной диагностики экссудативного плеврита туберкулезной этиологии.

Заключение. Высокая концентрация интерферона- γ в плевральной жидкости (более 50 пг/мл) у больных активным экссудативным плевритом может служить надежным диагностическим признаком туберкулезной этиологии заболевания. Определение уровня ИФН- γ в плевральной жидкости может эффективно использоваться на ранних стадиях диагностики этиологии экссудативного плеврита для своевременного применения специфической противотуберкулезной химиотерапии.

ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОГЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПО ГИПЕРАКТИВНОМУ ТИПУ У ДЕТЕЙ С ЭНУРЕЗОМ

МУНХАЛОВА Я.А., ЯКОВЛЕВА А.С.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М.К.
АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. Было изучены этиология, возрастная распространенность и социальные факторы возникновения энуреза у детей с гиперактивным мочевым пузырем. Обследованы 50 детей с ночным энурезом, проведено анкетирование 27 родителей и детей, страдающих ночным недержанием мочи. Дети были в возрасте от 5 до 18 лет, мальчики составили 83,3 %, девочки 16,4 %. Моносимптомный ночной энурез отмечался у 92,6%, клинически он характеризовался тем, что начинался с рождения, отсутствовало дневное недержание мочи, отмечались нормальная частота мочеиспусканий и ток мочи, нормальный анализ мочи, не было патологии ЦНС, с ночной полиурией у 80% или без нее у 20%, наличие нарушений пробуждения и наличие дисфункции мочевого пузыря. По данным анкетирования были выявлены причины возникновения вторичного энуреза и сравнение социально-психологических проблем у детей с первичным и вторичным ночным энурезом.

Ключевые слова. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря, энурез, дети.

Abstract. It was studied the etiology, age-related prevalence and social factors in the occurrence of enuresis in children with overactive bladder. Examined 50 children with nocturnal enuresis, conducted a survey of 27 parents and children suffering from nocturnal enuresis. The children ranged in age from 5 to 18 years, the boys made 83.3 %, girls of 16.4 %. Monosymptomatic nocturnal enuresis was reported in 92,6%, clinically it is characterized by the fact that began at birth, there was no daytime incontinence was noted normal frequency of urination and the flow of urine, normal urine analysis, no pathology of the Central nervous system that night polyuria 80% or without 20%, any violations of the revival and the presence of bladder dysfunction. According to the survey identified the causes of secondary enuresis and comparison of

socio-psychological problems in children with primary and secondary nocturnal enuresis.

Key words. Neurogenic dysfunction of the bladder, enuresis, children.

Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря у детей встречается значительно чаще, чем принято считать. По результатам многоцентрового исследования, проведенного экспертами Международного общества по проблеме недержания мочи у детей (International Children's Continence Society – ICCS) в странах Северной Европы, эти нарушения наблюдаются у 17% детей 5-12 лет. Среди нефрологических и урологических больных эта цифра достигает 50-60%.

В ряде исследований показано нарушение общего энергетического обмена при различных нефроурологических заболеваниях у детей. Установлено, что митохондриальные дисфункции оказывают заметное влияние на формирование, клинические проявления и динамику расстройств мочеиспускания. Также некоторыми авторами показана высокую эффективность энерготропной метаболитной терапии с применением препарата карнитина при лечении нейрогенных дисфункций мочевого пузыря. Высокая эффективность данных препаратов в монотерапии нейрогенной дисфункции мочевого пузыря указывает на нарушения со стороны карнитиновой системы при данной патологии.

Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря по гиперактивному типу или, так называемый, гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП) клинически проявляется полным или неполным синдромом императивного мочеиспускания (поллакиурия, императивные позывы, императивное недержание мочи и никтурия). В большинстве наблюдений детских урологов гиперактивный мочевой пузырь клинически проявляется не только ургентным синдромом, но и эпизодами ночного энуреза, сопровождается и сокращением возрастной емкости пузыря и никтурией.

Наиболее актуальной социальной проблемой является лечение энуреза. По данным разных авторов, распространенность заболевания у 5-летних детей составляет в среднем 15-20%, затем частота его существенно снижается (в среднем на 15% в год), но в 2% случаев энурез сохраняется даже у взрослых.

У мальчиков он встречается почти в 2 раза чаще, чем у девочек. По нашим данным частота энурезов у детей в г. Якутске составляет 12 %.

Цель исследования. Изучение этиологии, возрастной распространенности и социальных факторов возникновения энуреза у детей с ГАМП.

Материалы и методы. Клиническое исследование проводилось путем углубленного медицинского осмотра, анкетирования, выкопировкой медицинской документации, забором материала для клинко-лабораторного исследования. Было проанализировано 50 историй болезни детей с ночным энурезом (НЭ), проходивших обследование в Детской городской больнице, консультативной поликлинике педиатрического центра РБ №1-НЦМ в 2011-2012 гг. Проведено анкетирование 27 родителей и детей, страдающих ночным недержанием мочи (ННМ). Дети были в возрасте от 5 до 18 лет, мальчики составили 83,3 %, девочки 16,4 %.

В исследование были включены дети с ночным недержанием мочи (ННМ), подходившие под международные критерии энуреза (МКБ-10):

1. Возраст не менее 5 лет.
2. Непроизвольное мочеиспускание мочи с частотой не реже 2 раз в месяц у детей до 7 лет и не реже 1 раза в месяц старше 7 лет.
3. Энурез не является прямым следствием анатомических аномалий мочевых путей, эпилептических припадков, неврологических расстройств.
4. Отсутствие психического расстройства, которое отвечало бы другим категориям МКБ-10.
5. Продолжительность эпизодов произвольного мочеиспускания должно отмечаться не менее 3 месяцев.

У всех детей проводилось следующее обследование: общий анализ мочи, посев мочи, суточный ритм спонтанных мочеиспусканий, УЗИ почек и мочевого пузыря, консультация невролога, психолога, отоларинголога.

Результаты исследования: Возрастная распространенность ночного энуреза выглядела следующим образом: 5-6 лет – 29,6%, 7-9 лет – 11,1%, 10-12 лет – 11,1%, 13-15 лет – 7,4%, 16-18 лет – 37%.

Первичный НЭ регистрировался у 70,4% детей, т.е. ННМ регистрировалось с рождения и не было «сухих ночей». Вторичный НЭ регистрировался у 29,6%, который возникал после воздействия какого-либо провоцирующего фактора.

Моносимптомный НЭ отмечался у 92,6%, клинически он характеризовался тем, что начинался с рождения, отсутствовало дневное недержание мочи, отмечались нормальные частота мочеиспусканий и ток мочи, нормальный анализ мочи, не было патологии ЦНС, с ночной полиурией у 80% или без нее у 20%, наличие нарушений пробуждения и наличие дисфункции мочевого пузыря.

Нарушение биоритма сна: у 14,8% детей отмечалось нарушение засыпания, у 44,4% - глубокий сон, у 11,1% - сомнабулизм, у 29,6% - затруднение пробуждения.

Синдром апное во сне в виде храпа отмечался у 7,4% детей, причем отмечалось исчезновение апное во сне после аденотомии.

Дисфункции мочевого пузыря отмечались у 95% больных ночным энурезом, которые во всех случаях имели гиперрефлекторную дисфункцию мочевого пузыря.

Семейная предрасположенность: у 25,9% детей наследственность по НЭ не была отягощена, у 18,5% детей оба родителя страдали ночным энурезом и у 55,6% детей один из родителей страдал энурезом.

Социально-психологические проблемы: 51,9 % детей с ночным энурезом не осознают свой дефект, 3,7% активно сопротивляются лечению, 44,4 % детей переживают свое заболевание.

По данным анкетирования были выявлены причины возникновения вторичного энуреза и сравнение социально-психологических проблем у детей с первичным и вторичным НЭ.

Первичный энурез: рождение второго ребенка – 5,3%, переезд на другую квартиру – 5,3%, ссоры между родителями - 3,7%, развод родителей – 6,3%, посещение детского сада – 2,5%, школьные проблемы - 5,1%.

Вторичный энурез: рождение второго ребенка - 25%, переезд на другую квартиру – 12,5%, ссоры между родителями - 50%, развод родителей – 37,5%, посещение детского сада – 12,5%, школьные проблемы – 62,5%

Заключение. Таким образом, энурез является не только медицинской, но и социальной проблемой. Проведение адекватной диагностики и своевременного лечения детей с данной патологией дает возможность улучшить качество их жизни. В лечении моносимптомного ночного энуреза самым важным является диагностика его причины, что в дальнейшем определяет успех применения медикаментозной и немедикаментозной терапии. В дальнейшем планируется изучение эффективности энерготропной терапии у детей и подростков с ГАМП.

Список литературы:

1. Материалы (презентация) Российского симпозиума с международным участием «Диагностика и лечение детей с расстройствами мочеиспускания» // Москва, - 2011. – 154 с.
2. Мунхалова Я.А., Горохова А.В. Актуальность проблемы диагностики и лечения энуреза у детей. // Сб. статей 1 педиатрического форума «Инновационные технологии в педиатрии: достижения и перспективы». 8-10 декабря 2011 г., Якутск - С. 250-257
3. Berul C., Murphy J. Nocturnal enuresis secondary to heart block: report of cure by cardiac pacemaker implantation.//Pediatrics, 1993. – v. 92. – pp. 284-285.
4. Butler R.J., Holland P., Gasson S et al. Exploring potential mechanisms in alarm treatment for primary nocturnal enuresis // Scand. J. Urol. Nephrol. – 2007; - pp. 41-407.
5. Ozden G., Ozdal L., Altinova S. et al. Prevalence and associated factors of enuresis in turchiech children.//International Brasil Journal of Urology, 2007. – v. 33. – pp. 216-222.

СТРУКТУРА ВПС У НОВОРОЖДЕННЫХ РС (Я) ПО ДАННЫМ ГБУ РС (Я) «РБ№1 НЦМ»

НЕЛУНОВА Т.И., ЧАСНЫК В. Г., БУРЦЕВА Т.Е., СОН Е.Д.

РОССИЯ, РЕСПУБЛИКАНСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1 – НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНЫ,
Г. ЯКУТСК

Аннотация. В статье представлен анализ структуры врожденных пороков сердца (ВПС) среди новорожденных, родившихся живыми в РС (Я) за период 2011-2013 годы. Проведен анализ по нозологическим формам ВПС, в том числе септальных дефектов и их сочетаний; аномалий развития крупных сосудов; сложных, комбинированных форм ВПС. Представлены данные распределения ВПС по полу, национальному составу, социально-территориальному зонированию. Представлены выводы по структуре ВПС у новорожденных в РС (Я) за период 2011-2013 годы.

Ключевые слова: врожденные пороки сердца, септальные дефекты, аномалии развития крупных сосудов, сложные врожденные пороки сердца, структура врожденных пороков сердца в РС (Я), социально-территориальное зонирование.

Актуальность исследования. На сегодняшний день в структуре детской заболеваемости, инвалидности и младенческой смертности все большее значение имеют врожденные пороки развития, (ВПР), которые встречаются у 4,0-6,0% новорожденных, а их вклад в структуру гибели детей на первом году жизни составляет более 20,0%. [1,4] В структуре врожденных пороков развития врожденные пороки сердца (ВПС) и крупных сосудов занимают одно из первых мест (22% от всех ВПР) и их частота рождаемости во всех странах мира составляет 8-14 случаев на 1000 новорожденных. [2]. В 40% случаев ВПС являются причиной перинатальных потерь и в 60% смертей на первом году жизни. [5]. Исследования, проведенные в США и Великобритании, показали, что при естественном течении ВПС к концу 1-го года погибает более 70% детей, в Северной Америке данная патология является причиной смерти 37% младенцев, а в Западной Европе – 45%. [3].

Рождаемость детей с пороками сердца составляет в Российской Федерации от 3,2 до 8,0 на 1000 новорожденных и имеет тенденцию к росту [6]. Республика Саха (Якутия) (РС (Я)) стабильно входит в состав немногих регионов России, в которых сохраняется естественный прирост населения. В динамике, за три года, в РС (Я) показатель рождаемости повысился на 4,8%. /по данным Территориального органа федеральной службы государственной статистики (ТО ФСГС). В структуре **младенческой смертности** в течение ряда лет ВПР занимают второе место после «заболеваний, характерных для периода новорожденности». В 2012 году, в республике, в связи с переходом на выхаживание новорожденных с экстремально низкой массой тела по критериям ВОЗ отмечается рост коэффициента младенческой смертности в сравнении с 2010г. в 1,4 раза – 9,9 на 1000 родившихся (2011г. – 6,3; 2010г.- 7,2). В 2012 году, в связи с переходом на критерии регистрации родов по рекомендации ВОЗ с 22 недель беременности, показатель **перинатальной смертности** по данным ЛПУ в сравнении с 2010г. вырос в 1,6 раза и составил 13,7 на 1000 родившихся живыми и мертвыми (2011г.- 8,6; 2010г. – 8,4). В структуре причин перинатальной смертности существенно повысился удельный вес врожденных аномалий развития – в 1,5 раза: 2012г.- 23,9% (56 случаев), 2011г.- 15,7% (22 случая), 2010г.- 16,3% (22 случая). Ведущими в структуре врожденных пороков развития являются множественные пороки развития (33,9%), пороки сердца и центральной нервной системы (по 21,4%). Основными причинами выхода детей на инвалидность являются ВПР, из которых 48,3% составляют аномалии системы кровообращения. /Доклад министра ЗО о состоянии здоровья населения РС (Я); 2012/. На данный момент отсутствует единый полный мониторинг ВПС по РС (Я) по нозологическим формам, т.к. выпадает информация о других нозологических формах и анатомических вариантах ВПС. Тогда как первичная заболеваемость ВПР органов кровообращения детского возраста, в основном формируется заболеваемостью ВПС у новорожденных. Таким образом, рост заболеваемости у новорожденных детей ВПС; существенный вклад ВПС в формировании перинатальной и младенческой смертности, и инвалидизации у детей; недостаточные данные по распространенности, частоте и структуре ВПС у новорожденных в

РС (Я) послужили основанием для проведения изучения частоты и структуры ВПС и крупных сосудов у новорожденных детей в РС (Я)

Цель работы: изучить структуру и распространенность врожденных пороков сердца (ВПС) и крупных сосудов у новорожденных в РС (Я) за 2011-2013 годы.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе Перинатального Центра ГБУ РС (Я) РБ№1 НЦМ среди живорожденных новорожденных: отделения патологии новорожденных (ОПН), отделения выхаживания недоношенных (ОВН), инфекционного отделения новорожденных (ИОН). ВПС регистрировались согласно номенклатурным рубрикам Q20-Q28 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр) (МКБ10). В качестве первичной документации использованы: стационарные журналы (форма №010у пр. МЗ СССР 04.10.1980 №1030); статистические карты стационарного больного (форма №066/у-02 пр.МЗ РФ 30.12.2002 №413). Нозологические диагнозы ВПС подтверждены данными эхокардиографии с доплерографией сердца и сосудов (ЭХО-КГ с ДГ), электрокардиограмм (ЭКГ), рентгенограмм, компьютерных томограмм в ангиорежиме, ангиографических исследований. Показатель частоты рассчитывался на 1.000, родившихся живыми. Для удобства анализа распространенности ВПС по территории РС (Я) применялся принцип социально-территориального зонирования /Тырылгин М.А., 2005/ [8] с некоторыми поправками по Анабарскому и Нюрбинскому районам, которые из зоны арктических и сельских районов переклассифицированы в зону смешанных районов.

Результаты и обсуждение. Анализ структуры ВПС по данным Перинатального центра ГБУ РС (Я) РБ№1 НЦМ) показал следующие результаты. По нашим данным, за период 2011-2013 годы всего зарегистрировано 899 случаев ВПС, среди новорожденных, родившихся живыми и находившихся на обследовании, лечении, а так же на 2 этапе выхаживания по поводу недоношенности в профильных отделениях. Всего обработано: в ОПН 433, в ОВН 266, в ОИН 200 статистических карт. Вся доля

группы септальных дефектов (533) и группы септальных дефектов в сочетании с ФАП и КСЛС (206) составила 82,20% от всех ВПС (899), занимая основную часть всех выявленных ВПС. Доля ВПР крупных сосудов (изолированный ФАП, Ко Ао, АДЛВ, стеноз ЛА) составила 8,90% от всех выявленных случаев ВПС (80), из них однозначно преобладают ВПР крупных артерий –90%/72 случая. Сложные, комбинированные ВПС составили 4,67% (46) от всего количества выявленных ВПС. В структуре сложных ВПС наиболее часто встречались тетрада Фалло- 21,74%(10) и АВК- 21,74%(10). На втором месте: атрезия клапана ЛА -15,22% (7), на третьем месте -ТМС 8,70% (4), аномалия Эбштейна- 8,70%(4), ТАДЛВ- 6,52% (3), на четвертом ДОМС от ПЖ - 4,35% (2), остальные пороки: по 1(по 2,17%). Летальность составила 1,22% (11 случаев) от общего количества детей с ВПС (899) и формировалась за счет обструктивных поражений аорты и сложных пороков. В структуре ВПС имелось некоторое преобладание мальчиков: 476/52,94% от всех случаев ВПС. По национальному составу: якуты составили 72,08% (648 новорожденных), русские 16,70% (150), эвенки 4.89% (44), эвены 1,33% (12), юкагиры, долганы, чукчи по 0,11% (по 1), другие 4,67% (42). Всего коренные малочисленные народы Севера составили 6,56% (59 новорожденных) от всех выявленных случаев ВПС. По распределению ВПС среди новорожденных по социально-территориальным зонам республики, основное место занял город Якутск (409 случаев/ частота 0,41 на 1.000 новорожденных/ что составило 45,49% от всех случаев ВПС-899). На втором месте по частоте ВПС у новорожденных встречалась сельскохозяйственная зона (252 случая/ частота 0,25/ 28,03%). На третьем месте по частоте ВПС встречалась смешанная зона (126 случаев/ частота 0,13/ 28,03%), далее арктическая и промышленная зоны. Среди городского населения выявлено 475 случаев ВПС у новорожденных, из них в структуре ВПС значительно преобладает г Якутск (столица республики) - 409 случаев ВПС (86,11%). Среди сельского населения всего выявлено 424 случаев ВПС у новорожденных, из них на первом месте районы из сельскохозяйственной зоны Центральной Якутии. В категории «город/село»: соотношение города/села составило 1,12, среди новорожденных, родившихся живыми.

Выводы. 1. За период 2011-2013 годы, среди всех выявленных случаев ВПС (899) **вся доля группы септальных дефектов (533) и группы септальных дефектов в сочетании с ФАП и КСЛС (206)** составила 82,20% от всех ВПС (899), занимая основную часть всех выявленных ВПС. Доля ВПР **крупных сосудов** (изолированный ФАП, Ко Ао, АДЛВ, стеноз ЛА) составила 8,90% от всех выявленных случаев ВПС (80), из них однозначно преобладают ВПР крупных артерий –90%/72 случая. **Сложные ВПС** составили 4,67% (46) от всего количества выявленных ВПС. 2. За период 2011 по 2013 годы летальность составила 1,22% (11 случаев) от общего количества детей с ВПС (899) и формировалась за счет обструктивных поражений аорты и сложных пороков. 3. В структуре ВПС имеется некоторое преобладание мальчиков: 476/52,94% от всех случаев ВПС. 4. По национальному составу: якуты составили 72,08% (648 новорожденных), русские 16,70% (150), коренные малочисленные народы Севера составили 6,56% (59) другие 4,67% (42). Выявлено абсолютное преобладание детей якутов с ВПС: 72,08% (648). 5. По распределению ВПС среди новорожденных по социально-территориальным зонам республики, основное место занял город Якутск (409 случаев/ частота 0,41 на 1.000 новорожденных/ что составило 45,49% от всех случаев ВПС-899). На втором месте по частоте ВПС у новорожденных встречалась сельскохозяйственная зона (252 случая/ частота 0,25/ 28,03%). На третьем месте по частоте ВПС встречалась смешанная зона (126 случаев/ частота 0,13/ 28,03%), далее арктическая и промышленная зоны. 6. Среди городского населения выявлено 475 случаев ВПС у новорожденных, из них в структуре ВПС значительно преобладает г Якутск (столица республики) - 409 случаев ВПС (86,11%). Среди сельского населения всего выявлено 424 случаев ВПС у новорожденных, из них на первом месте районы из сельскохозяйственной зоны Центральной Якутии. В категории «город/село»: соотношение города/села составило 1,12, среди новорожденных, родившихся живыми.

Список литературы:

1. Боганцев С. В. Анализ структуры врождённых пороков сердца у детей / С. В. Боганцев // Омский научный вестник. – 2006. – №3. – С. 196-200.

2. Земинская Д. И. Детская инвалидность / Д. И. Земинская, Л. С. Балаева. -М.: Мед., 2001. –С. 34-47.
3. Ляпин В. А. Социально-значимая патология детского населения промышленного центра Западной Сибири / В. А. Ляпин// Сибирь-Восток. – 2005. –№ 3. –С. 9-11.
4. МагомедоваШ. М. Эпидемиология ВПС у детей в различных климато-географических зонах Республики Дагестан: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед.наук: спец. 14. 02. 02 «Эпидемиология» / МагомедоваШ. М. – Махачкала, 2006. – С.48.
5. Моисеенко Р. А. Современные проблемы и задачи детской кардио-ревматической службыУкраины / Р. А. Моисеенко, А. П. Волосовец /Материалы конференции «Актуальные вопросы детской кардио-ревматологии». – Евпатория, 2006. – С. 27-28.
6. Мутафьян О.А. Пороки и малые аномалии сердца у детей и подростков / О.А. Мутафьян. - СПб.: СПбМАПО, 2005. – С.479.

СИНДРОМ КАРТАГЕНЕРА У ДЕТЕЙ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

НИКОЛАЕВА Л.Е., ИВАНОВА О.Н.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

РОССИЯ, РЕСПУБЛИКАНСКАЯ БОЛЬНИЦА №1 – НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНЫ,
Г. ЯКУТСК

Аннотация. Данная статья посвящена случаям редкой врожденной патологии у детей, отмеченным в Республике Саха (Якутия) за последние 5 лет. Подробно рассмотрено клиническое течение синдрома, вопросам диагностики и лечения.

Диагноз ставится на основании клинических и рентгенологических данных, выявляющих обратное расположение легких, сочетающееся с правосторонним расположением сердца, временами с обратным расположением органов брюшной полости, наличие признаков хронического бронхолегочного процесса, гнойного синусита, отита с тяжелым течением и частыми обострениями. При бронхоскопии и бронхографии выявляется трехдолевое строение легкого справа и двухдолевое слева. Основным методом лечения является консервативная терапия, направленная на ликвидацию или уменьшение активности воспалительного процесса в бронхах и легких, улучшение вентиляционной и дренажной функций.

Антибактериальную терапию проводят с учетом чувствительности микрофлоры, выделяемой из мокроты или бронхиального содержимого в период обострения и сохранения активности воспалительного процесса. Курс лечения, обычно, удлиненный (2-4 недели) с применением максимальных доз антибиотиков, комбинации методов их введения: внутримышечно, после перорально и эндобронхиально (при бронхоскопии). В статье приведены два клинических случая детей с синдромом Картагенера. Статья может представлять интерес для педиатров, пульмонологов.

Ключевые слова: синдром, врожденная патология, праворасположенное левосформированное сердце, бронхолегочный процесс, бронхоскопия, электрокардиография, вибрационный массаж.

Abstract. This article is devoted to the cases of rare congenital pathology at children noted in the Republic of Sakha (Yakutia) over the last 5 years. The clinical current of a syndrome, to questions of diagnostics and treatment is in detail considered.

The diagnosis is made on the basis of the clinical and radiological data revealing the return arrangement of lungs which is combined with a right-hand arrangement of heart, times with the return arrangement of abdominal organs, existence of signs of chronic bronkholegochny process, purulent sinusitis, otitis with a heavy current and frequent aggravations. At a bronkhoskopiya and a bronchography the three-share structure of a lung on the right and two-share comes to light at the left. The main method of treatment is the conservative therapy directed on elimination or reduction of activity of inflammatory process in bronchial tubes and lungs, improvement of ventilating and drainage functions.

Antibacterial therapy is carried out taking into account sensitivity of the microflora allocated from a phlegm or bronchial contents in the period of an aggravation and preservation of activity of inflammatory process. The course of treatment which is, usually, extended (2-4 weeks) with application of the maximum doses of antibiotics, combinations of methods of their introduction: intramuscularly, after orally and endobronkhialno (at a bronkhoskopiya). Two clinical cases of children with Kartagener's syndrome are given in article. Article can be of interest to pediatricians, pulmonologists.

Key words: a syndrome, congenital pathology, the right located left created heart, bronkholegochny process, a bronkhoskopiya, an electrocardiography, vibration massage.

Введение. Синдром Картагенера - врожденный комбинированный порок, характеризующийся триадой симптомов: обратное расположение легких, хронический бронхо-легочный процесс и болезнь придаточных носовых пазух (гипоплазия или хронический синусит). Симптомокомплекс обратного расположения легких почти постоянно сочетается с правосторонним расположением сердца, временами и обратным расположением органов брюшной полости (*situs viscerum inversus*). Обратное расположение внутренних органов нередко сочетается с нарушением мукоцилиарного клиренса, обусловленного врожденным нарушением двигательной

функции реснитчатого эпителия дыхательных путей. Нередкие респираторные заболевания, рецидивирующие бронхиты, пневмонии с I-х месяцев жизни. Раннее создание хронического бронхита и (или) пневмонии с быстрым развитием бронхоэктазов, гнойного эндобронхита и признаков бронхоэктатической патологии (отставание в физическом развитии, признаки отравления, кашель с выделением гнойной мокроты, нередкие обострения, деформации концевых фаланг пальцев в виде барабанных палочек, ногтей в виде часовых стекол). Перкуторно и аускультативно определяется правостороннее расположение сердца. В легких, по большей части в нижних отделах, в основном справа, выслушиваются разнокалиберные мокрые и сухие хрипы. Периоды обострения сопровождаются повышением температуры тела, ухудшением общего состояния, нарастанием признаков отравления, увеличением и распространенностью физикальных изменений в легких. Носовое дыхание затруднено, возникают гнойные выделения из носа. Часто наблюдаются хронический или рецидивирующий гнойный синусит, отит, полипоз слизистой оболочки носа и верхнечелюстных (гайморовых) пазух.

Диагноз ставится на основании клинических и рентгенологических данных, выявляющих обратное расположение легких, сочетающееся с правосторонним расположением сердца, временами с обратным расположением органов брюшной полости, наличие признаков хронического бронхолегочного процесса, гнойного синусита, отита с тяжелым течением и частыми обострениями. При бронхоскопии и бронхографии выявляется трехдолевое строение легкого справа и двухдолевое слева [1,2,3].

Для диагностики нарушения функции реснитчатого эпителия требуется электронно-микроскопическое исследование мазка слизи, биоптата из трахеи, бронхов (при бронхоскопии) или биоптата слизистой оболочки носа. Микроскопическое исследование соскоба со слизистой оболочки носа (выше передней носовой раковины) может служить только предварительным скринирующим методом. Дополнительным клиническим подтверждением наличия симптомокомплекса неподвижных ресничек у взрослых мужчин может служить бесплодие.

Прогноз зависит от характера, распространенности бронхолегочного процесса, частоты обострений, тяжести течения заболевания. При правильном систематическом лечении и регулярном проведении реабилитационных мероприятий прогноз сравнительно благоприятный.

Основным методом лечения является консервативная терапия, направленная на ликвидацию или уменьшение активности воспалительного процесса в бронхах и легких, улучшение вентиляционной и дренажной функций.

Антибактериальную терапию проводят с учетом чувствительности микрофлоры, выделяемой из мокроты или бронхиального содержимого в период обострения и сохранения активности воспалительного процесса. Курс лечения, обычно, удлиненный (2-4 недели) с применением максимальных доз антибиотиков, комбинации методов их введения: внутримышечно, после перорально и эндобронхиально (при бронхоскопии).

Достижение терапевтического эффекта вероятно лишь при сочетании антибактериальной терапии с мероприятиями, направленными на улучшение дренажной функции бронхов, разжижение мокроты, улучшение ее выделения. Методы физической реабилитации (ЛФК, дренаж, массаж и др.) в сочетании с применением муколитических препаратов обязаны проводиться регулярно, независимо от периода заболевания. Показана к тому же бронхоскопическая санация с местным введением антибиотиков и муколитиков, в особенности при гнойном эндобронхите и бронхоэктазах.

Рекомендуется использование средств, повышающих общую реактивность организма ребенка и местный иммунитет, предупреждающих повторные респираторные заболевания (бронхомунал, тимоген, бронховаксон, витамины и др.); по показаниям — введение плазмы, иммуноглобулинов. За последние 5 лет в Республике Саха (Якутия) отмечены два случая синдрома Картагенера.

Цель исследования: показать клиническое наблюдение типичного течения синдрома Картагенера у девочки 9 лет и нетипичного течения синдрома Картагенера у мальчика 15 лет.

Результаты исследования. Девочка впервые заболела в два месяца двусторонней пневмонией. После этого девочка часто болела ОРВИ, пневмониями, бронхитами. Неоднократно лечилась амбулаторно и стационарно. В 1996 году появилась подозрение на декстрапозицию сердца. Девочка была отправлена в г.Якутск Национальный центр медицины. Девочка от 1 беременности, 1 родов в срок. Беременность протекала в 1 половине – токсикоз, во 2 половине-нефропатия. Масса при рождении 3кг 200гр. При осмотре: отстает в физическом развитии, пониженного питания. Психомоторное развитие соответствует возрасту. Из семейного анамнеза: в семье 3 детей, брат 3,5 года здоров, сестра 2,5 года здорова. В результате обследования в Национальном центре медицины проведены следующие исследования: ЭКГ, ЭХО-ЭКГ, консультация врача-генетика, рентгенография грудной клетки, рентгенография придаточных пазух носа. Результаты исследований приведены ниже:

Заключение ЭК: левосформированное правосформированное сердце. Ритм синусовый. ЧСС 98 ударов в минуту. Вертикальное положение сердца.

Заключение Эхо-ЭКГ и доплерографическое исследование: Левосформированное праворасположенное сердце, полостная система сердца не расширена, общая сократительная способность миокарда левого желудочка удовлетворительная. ФВ -68%.

Рентгенография грудной клетки в двух проекциях: отмечается декстракардия. Газовый пузырь расположен слева. Легочный рисунок усилен, деформирован с обеих сторон, с преимущественным поражением средней доли и язычковых сегментов. Синусы свободные. Корни не структурированы. Стенки бронхов утолщены. Рентгенография придаточных пазух носа: лобные пазухи не сформированы. Носовые перегородки по средней линии, носовые ходы сужены. Верхнечелюстные пазухи с пристеночными наслоениями, с четкими контурами с горизонтальным

уровнем жидкости в левой пазухе. Заключение: двусторонний хронический гайморит.

На основании проведенных исследований поставлен диагноз: Синдром Картагенера. Обоснованием диагноза послужили двусторонний хронический гайморит, правостороннее левосформированное сердце и наличие хронического бронхолегочного процесса. Диагноз был подтвержден заключением врача-генетика: фенотип пробанда правильного пропорционального телосложения, пониженного питания. Кожные покровы бледные. Голова долихоцефалической формы, миндалевидная форма глаз с голубыми склерами. Рот приоткрыт, дыхание через нос затруднено. В сердце тоны ритмичные, ясные справа, в легких масса влажных и сухих хрипов. НПО по женскому типу. Заключение: синдром Картагенера. Девочка получала лечение: два раза в год антибактериальная терапия, бронхоскопия. Курсами в течение года отхаркивающие препараты, витаминотерапия, капли в нос, физиотерапия, вибрационный массаж постоянно. В 2012 году девочка переведена на амбулаторное наблюдение участковому терапевту по месту жительства. Второй клинический случай синдрома Картагенера выявлен в Республике Саха (Якутия) в 2014 году.

Ребенок Е, 15 лет впервые обратился участковому педиатру по месту жительства п. Мохсоголлох с жалобами на кашель и температуру до 38 градусов в ноябре 2013. Участковым педиатром был поставлен диагноз Бронхопневмония и ребенок был направлен на лечение в стационар улусной больницы. С 17.01. по 22.01.14г. стационарное обследование и лечение в Мохсоголлохской участковой больнице с диагнозом: внебольничная бронхопневмония слева, средней степени тяжести. Направлен на стационарное дообследование и лечение в пульмонологическое отделение ПЦ. Поступает впервые в плановом порядке. Диагноз направившего учреждения: внебольничная бронхопневмония слева. Диагноз при поступлении: внебольничная левосторонняя бронхопневмония. Клинический диагноз: Острый бронхит затяжное течение, состояние после перенесенной правосторонней пневмонии. Транспозиция внутренних органов. Из данных анамнеза жизни:

аллергические заболевания, наследственные болезни, туберкулез, гепатиты, психические и венерические заболевания у родственников родители отрицают. Наличие в роду выкидышей и мертворожденности, нежизнеспособности детей, врожденных уродств, необычного течения заболеваний также отрицают. Родословная семьи относительно благоприятная.

На момент осмотра положение ребенка активное. Конституциональный тип нормостенический. В таблице 1 представлены центильные показатели физического развития данного ребенка.

Таблица 1 - Центильные показатели

Пол, возраст.	Длина тела	Масса тела
Мальчик 15 лет	155см (I коридор) 3%	45кг (II коридор) 10%

При осмотре: Сознание ясное, реакция на окружающих адекватная. Хорошо спит, без пробуждений ночью. Психическое развитие соответствует возрасту.

При осмотре кожи, волос, подкожно-жировой клетчатки: кожа тонкая, гладкая, бледная, чистая, влажность умеренная, эластичная, теплая.

Волосы, пальцы, ногти: волосы блестящие, здоровые, пальцы и ногти обычной формы. Подкожно-жировая клетчатка: развита умеренно, равномерно распределена, отеков, пастозности нет, тургор тканей удовлетворительный. Ребенок средней упитанности.

При осмотре опорно-двигательной системы: череп симметричный, размер и форма головы пропорциональны телу.

Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная, резистентность нормальная. Местных выпячиваний и западений не наблюдается. Ход ребер - косой, межреберные промежутки не расширенные. Эпигастральный угол прямой.

Позвоночник: имеются физиологические изгибы: шейный лордоз, грудной кифоз и поясничный лордоз. Углы лопатки и плечи не симметричны. Имеется сколиоз. Конечности: симметричные, деформаций нет.

Суставы: болезненность при пальпации отсутствует. Воспалительных изменений в суставах нет, объем движений в суставах и позвоночнике в норме.

Мышцы: развиты хорошо, тонус нормальный, безболезненные при пальпации и при движении. Объем движений: активные и пассивные движения не ограничены. Сила мышц соответствует возрасту.

При осмотре органов дыхания выявлены следующие особенности: Носовое дыхание сохранено, нос не заложен. Заложенность бывает в ночное время. ЧДД: 36 в минуту. Обе половины грудной клетки принимают участие в акте дыхания. Цианоза нет.

Форма грудной клетки цилиндрическая, деформации, асимметрии, искривлений грудной части позвоночника, западения и выпячивания над- и подключичных ямок нет. При пальпации грудная клетка безболезненна. Межреберные промежутки не расширены. Голосовое дрожание не усилено. При сравнительной перкуссии определяется ясный легочный звук во всех полях.

При осмотре сердечно-сосудистой системы. Губы розовой окраски, умеренно влажные. В области носогубного треугольника цианоз не отмечается. Сердце находится с правой стороны грудной клетки. При осмотре сердечной области: сердечного горба нет. Верхушечный толчок пальпируется в пятом межреберье на 1 см снаружи от среднеключичной линии. Высота и сила верхушечного толчка умеренные.

При аускультации сердца выслушиваются звучные ритмичные тоны во всех точках аускультации. Побочных шумов нет.

Видимой пульсации сосудов шеи, височных артерий не определяется. Пульс лучевой артерии ритмичный, среднего напряжения, частота 87 в минуту, синхронный на обеих руках. АД 90/60 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные.

Ребенку выставлен **предварительный диагноз**: Внебольничная левосторонняя бронхопневмония средней степени тяжести.

Сопутствующий диагноз: Зеркальное отражение внутренних органов. **Больному были проведены следующие исследования**: Лабораторные методы исследования: общий анализ крови; общий анализ мочи; биохимический анализ крови; электрокардиография, ультразвуковое исследование сердца, спирография, компьютерная томография легких.

Общий анализ крови: Патологических изменений в общем анализе крови не выявлено. В общем анализе патологических изменений не было.

Заключение: левосформированное праворасположенное сердце. Ритм синусовый с ЧСС 81. Нормальное положение ЭКГ.

По ультразвуковому исследованию сердца представлено следующее заключение: Праворасположенное левосформированное сердце. На ТК регургитация 1 степени. Сепарация листков перикарда. Дополнительная трабекула в полости МК. Полость сердца не расширена. РВ-72,0%.

Функция легких: Заключение-ПО СПГ отчетливых признаков наличия нарушений бронхиальной проходимости не выявлено. ЖЕЛ в пределах нормы.

Клинический диагноз: Синдром Картагенера. Острый бронхит затяжное течение, состояние после перенесенной правосторонней пневмонии. Транспозиция внутренних органов.

Обоснование клинического диагноза: Диагноз поставлен на основании - жалоб на кашель с трудно отхаркиваемой мокротой, анамнеза болезни. Ребенку назначены препараты в возрастной дозе: тевакомб, флуифорт, сумамед, амоксиклав, амброксол, ингаляции с пульмикортом при ухудшении состояния.

Таким образом, существуют различные варианты течения синдрома Картагенера.

Выводы:

1. Синдром Картагенера является редкой врожденной патологией у детей.
2. Существуют различные варианты течения синдрома Картагенера
3. Возраст при котором ставится клинический диагноз синдром Картагенера у детей может быть разным.
4. Благоприятное течение синдрома Картагенера у детей возможно при постоянном наблюдении и лечении.

Список литературы:

1. Kartagener M. Situs viscerum inversus und Polyposis nasi in einem aile familiaerer Bronchiektasien /Horlacher A// - Beitr. Klin. Tuberk. - 87: 331-333. - 1936.
2. Kartagener M. Bronchiectasis with situs inversus./ Stucki P// Arch. Pediat. - 79: 193-207. - 1962.
3. Siewert AK. Uber einen Fall von Bronchiectasie bei einem Patienten mit Situs inversus viscerum. //Berl. Klin. Wochr. - 41: 139-141. - 1904.

КЛИНИКА МУКОВИСЦИДОЗА У ДЕТЕЙ ПО МАТЕРИАЛАМ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ЦЕНТРА НЦМ

НИКОЛАЕВА Л.Е.², ХАНДЫ М. В.¹, ИВАНОВА Н.А.¹

¹Россия, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

²Россия, РЕСПУБЛИКАНСКАЯ БОЛЬНИЦА №1 – НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНЫ,
г. ЯКУТСК

Аннотация. Частота муковисцидоза в Республике Саха (Якутия) по данным МГЦ НЦМ составляет 1:18000 новорожденных. Под наблюдением находилось 4 ребенка. Заболевание имеет тяжелое, осложненное течение.

Ключевые слова. Муковисцидоз, частота, дети, клиника.

Abstract. Frequency of Cystic fibrosis in The Republic of Sakha Yakutia according Medical Genetic Center is 1:18000 newborns. Under the supervision of the 4 children with Cystic fibrosis. This disease is severe and complicated course.

Key words: cystic fibrosis, frequency, children, clinical signs.

Актуальность. Муковисцидоз (МВ) является наиболее распространенным аутосомно-рецессивным наследственным заболеванием. Частота МВ по разным данным колеблется от 1 : 2500 новорожденных в европейских странах, до 1 : 350 000 - в Японии [4,6]. По данным медико-генетического научного центра частота МВ в России составляет 1 : 10 000 – 12 000 родившихся живыми [2,3]. В МГК РС (Я) НЦМ с 2006 года проводится скрининг новорожденных на выявление МВ и при обследовании 192670 детей русской национальности данный показатель составляет 1 : 18 000 новорожденных. Классический МВ характеризуется прогрессирующим

бронхолегочных изменений, панкреатической дисфункцией, увеличением хлоридов пота и мужским бесплодием[1,2,5].

Цель работы. Изучение клинических проявлений муковисцидоза у детей по материалам пульмонологического отделения Педиатрического Центра.

Материалы и методы Проведен ретроспективный анализ 4 пациентов, наблюдавшихся в пульмонологическом отделении Педиатрического центра НЦМ до 8 лет. Мальчик - 1, девочек -3. Возраст – 7 лет, 10 мес., 9 мес. и 2 мес., все дети русские по национальности. 2 детей живут в Якутске, 2 – в Томпонском и Ленском улусах. Возраст матерей: 23 года -1, от 30 до 35 – 3, вредные привычки не имеют. Беременность протекала с токсикозом 1 половины – у 1, 2 половины– у 3. Срочные роды – у 4, оперативные – у 2. Оценка по Апгар – 7/8- 8/9. Масса при рождении – от 2820,0 – до 3920,0, длина тела – от 48 до 54 см. На естественном вскармливании находился -1, на искусственном -3.

Всем детям проводился комплекс клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования: рентгенография органов грудной клетки; КТ легких и внутренних органов; спирография; УЗИ внутренних органов, ЭКГ; определение хлоридов в поте; ДНК - диагностика.

Результаты исследований. Первые признаки заболевания (частый кашель с трудноотделяемой мокротой, дисфункция кишечника, частый жирный, жидкий зловонный стул, плохие весовые прибавки) появились в периоде новорожденности – у 2, во втором полугодии жизни – у 2. С 4-6 месячного возраста на фоне ОРЗ наблюдалось поражение бронхолегочной системы. У всех детей имеет место смешанная форма муковисцидоза. Среди осложнений следует выделить формирующееся хроническое легочное сердце у одного пациента, желчнокаменную болезнь –у 1, цирроз печени, портальную гипертензию – у 1. У больных уровень хлоридов пота составляет 89 – 123 мэкв/л. При анализе наследственной отягощенности только в 1 семье отмечались ранние детские смерти. При проведении ДНК-диагностики выявлена мутация delF508 у 1 пациента.

2 детей с тяжелым течением МВ госпитализировались в отделение ежеквартально. Жалобы при поступлении на низкую прибавку массы тела отмечали у 2 детей, кашель с трудноотделяемой гнойной мокротой на фоне нормальной температуры тела – у 4, одышку при физической нагрузке – у 4, обильный частый, жидкий стул – 4, у 1 пациента – боли в области грудной клетки. Состояние 2детей при поступлении расценено как тяжелое по основному заболеванию, 2 – средней степени тяжести. При осмотре у 1 ребенка выявлена «килевидная» грудная клетка, у 3 - деформация концевых фаланг по типу «барабанных палочек» и ногтей пластинок по типу «часовых стекол», у 2 - акроцианоз, землистый оттенок кожных покровов, снижение тургора тканей, у 1 - одышка смешанного характера при нагрузке. При оценке показателей физического развития у 2 детей выявлен дефицит массы тела, который составил более 20%, длины тела от 6 - 12 см., у 2 пациентов показатели физического развития были нормальными. У всех больных, преимущественно в нижних отделах легких, выслушивались разнокалиберные влажные хрипы, тахикардия отмечена у 2 детей. У всех детей отмечался неустойчивый, обильный, жирный стул, до 4-5 раз в день, который стал у 2 регулярным, оформленным на фоне приема ферментных препаратов. У 2 детей диагностирована хроническая синегнойная инфекция легких, компьютерная томография выявила фиброзные изменения легких. На электрокардиограмме и при ультразвуковом исследовании внутренних органов выявлены перегрузка правых отделов сердца (2), признаки цирроза печени (1) и желчнокаменной болезни (1). На КТ органов брюшной полости у 2 больных отмечена атрофия поджелудочной железы.

В качестве иллюстрации приводим выписку из истории болезни ребенка В., 16 лет, поступившего в пульмонологическое отделение впервые в 7 лет с жалобами на навязчивый кашель с трудно отделяемой, вязкой мокротой, одышку в покое. Родился от 1 беременности, протекавшей на фоне токсикоза, анемии, своевременных родов, с массой 3300 г, длиной 57 см. На естественном вскармливании находился до 4 мес., развивался по возрасту. Впервые заболел в 8 месяцев, с диагнозом ОРВИ лечился в детском отделении районной больницы. В 11 месяцев с диагнозом

пневмония в течение двух месяцев лечился в стационаре, но состояние не улучшалось. Был заподозрен муковисцидоз. В возрасте 1 года 3 месяцев был обследован в больнице г. Чита. На основании данных клиники – дефицит веса, постоянный кашель с трудно отделяемой мокротой, одышка, постоянные, влажные хрипы в легких, большой объем живота, запоры; дополнительных методов исследования – копрограмма, повышенное содержание хлоридов пота, R-граммы, УЗИ органов брюшной полости, эндоскопическая картина (двусторонний гнойный эндобронхит) диагноз был подтвержден. В последующем отмечались частые обострения, лечился амбулаторно, в специализированное отделение не направлялся. В феврале 2002 г. по поводу обострения был госпитализирован в детское отделение по месту жительства, а затем переведен для дальнейшего лечения в Педиатрический центр 19.03.02. При поступлении состояние тяжелое. Положение вынужденное – сидит, опираясь на руки. Отстает в физическом развитии - рост-110,5 см, Вес-18,300 кг. «Кукольное» лицо. Кожные покровы бледные, выраженная сосудистая сеть на груди и животе. Акроцианоз. Деформация концевых фаланг пальцев рук и ног в виде «барабанных палочек», ногтевых пластинок в виде «часовых стекол». В легких дыхание жесткое, в нижних отделах ослабленное, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы преимущественно справа в проекции средней и нижней долей, слева в проекции S₈₋₉₋₁₀. Тоны сердца ритмичные, пульс до 120 в мин. Живот увеличен в размерах, вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см, край острый, эластичной консистенции. Селезенка не пальпируется. Стул 1-3 раза в сутки, оформленный. В ОАК лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ. В ОАМ - микрогематурия, в биохимическом анализе крови – небольшое повышение уровня трансаминаз, маркеры гепатита - отрицательные. Копрограмма – нейтральные жиры, бактерии и много слизи. На рентгенограммах органов грудной клетки – признаки деформирующего бронхита с обструктивным синдромом. На рентгенограмме придаточных пазух носа – признаки двустороннего синусита. ЭКГ - резко выраженная синусовая тахикардия с ЧСС - 128 в мин. УЗИ органов брюшной полости - гепатомегалия с диффузными изменениями паренхимы, уплотнение стенки желчного пузыря. Хлориды

пота - 89,47 мэкв/л. Бактериальный посев мокроты - выделена микрофлора *Pseudomonasaeruginosa* – массивно. При проведении ДНК-диагностики выявлена мутация delF508.

На фоне проводимой комплексной терапии (в соответствии с методическими рекомендациями Российского центра муковисцидоза) состояние мальчика значительно улучшилось. Кашель стал мягче, мокрота отходит лучше. Увеличилась двигательная активность (бег по коридору), одышка адекватна физической нагрузке. Живот уменьшился в размерах. Стул ежедневно оформленный. Улучшились показатели анализов крови, кардиограммы. Выписан в удовлетворительном состоянии, направлен в Республиканский центр муковисцидоза (г. Москва), где диагноз был подтвержден. При обследовании выявлен цирроз печени, портальная гипертензия. Проведена коррекция лечения. Ежеквартально поступает в пульмонологическое отделение для проведения курсов терапии и контрольного обследования. При бактериологическом исследовании мокроты выделяется *Pseudomonasaeruginosa*, *Staphylococcus aureus* и *Candida albicans*. Уровень панкреатической эластазы составляет 69,73 мкг/г. При исследовании функции внешнего дыхания отмечаются нарушения смешанного характера. ЭКГ - неполная блокада правой ножки пучка Гиса. По данным ЭхоКГ имеются признаки нагрузки на правые отделы сердца (повышение расчетного систолического давления в легочной артерии - 29 мм рт.ст.), фракция выброса сохранена. УЗИ органов брюшной полости - эхопризнаки цирроза печени с портальной гипертензией. Диффузные изменения поджелудочной железы, почек. Фиброгастродуоденоскопия - выраженный катаральный эзофагит абдоминального отдела, варикозное расширение вен пищевода.

Таким образом, клиническая картина МВ проявляется в периоде новорожденности, характеризуется прогрессирующим бронхолегочным процессом, приводящим к формированию пневмосклероза и тяжелой дыхательной недостаточности; панкреатической дисфункцией; повышением хлоридов в поте. Состояние больных усугубляется частыми респираторными заболеваниями и присоединением гнойной инфекции.

Список литературы:

1. Болезни органов дыхания у детей / Рачинский С.В, Таточенко В.К. – М., 1987. – 496 с.
2. Врожденные и наследственные заболевания у детей / Вельтищев Ю.Е., Каганов С.Ю., Таль В. – М.: Медицина, 1986. – С. 9 – 12.
3. Детская гастроэнтерология: руководство/ Т.Г Авдеева, Ю.В Рябухин, Л.П Парменова, Н. Ю Крутикова, Л. А Жлобницкая. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2011. – 192с.
4. Early pulmonary inflammation in infants with cystic fibrosis / Khan TZ, Wagener JS, Bost T, Martinez J, Accurso FJ, Riches DWH. Am J RespirCrit Care// Med 1995; 151: 1075–1082.
5. Наследственные факторы при болезнях органов дыхания / Дидковский Н.А., Жаров М.А// Пульмонология –№4. – 2005. – С. 53-60.
6. The epidemiology of cystic fibrosis / Lewis PA. In: Hodson ME, Geddes D, eds. Cystic Fibrosis. - London, Chapman and Hall, 1995; pp. 1–13.

РАННИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ТУБЕРОЗНОГО СКЛЕРОЗА У ДЕТЕЙ

ОЖЕГОВ П.С., ПШЕННИКОВА Г.М.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М.К.
АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. Статья посвящена редкому наследственному заболеванию из группы факоматозов с аутосомно-доминантным типом наследования — болезни Бурневилля-Прингла. Рассмотрены вопросы распространенности заболевания, вариабельности клинической картины, своевременности постановки клинического диагноза. Представлены результаты обследования детей с туберозным склерозом.

Ключевые слова: болезнь Бурневилля-Прингла; туберозный склероз; клинические проявления

Abstract. The article is devoted to a rare hereditary disease from the group of phakomatoses with autosomal-dominant type of inheritance of the disease Bourneville-Pringle. Questions of prevalence of the disease, the variability of the clinical picture, the timeliness of the clinical diagnosis. Results of survey of children with tuberose sclerosis.

Key words: Bourneville-Pringle disease; tuberose sclerosis; clinical manifestations

Актуальность. Болезнь Бурневилля—Прингла (син.: туберозный склероз) — является редким генетическим заболеванием, характеризующимся полисистемностью поражения, обусловленным появлением множественных доброкачественных опухолей по всему организму.

Туберозный склероз был впервые описан в 1862 году немецким патологом Фридрихом фон Реклингхаузенем, работающим в качестве ассистента профессора Рудольфа Вирхова в Институте патологической анатомии в Берлине. В 1880 году известный французский невролог Дезире-Маглуар Бурневилль детализировал выявленные патологические данные и впервые

применил термин «туберозный склероз». Исследуя заболевание молодого человека, характеризующееся эпилепсиями, гемиплегией, задержкой умственного развития, а также наличием почечных опухолей, Бурневилль определил данную патологию как «туберозный склероз церебральных волокон». У этого же пациента впервые была описана сыпь на носу, щеках и лбу, появившаяся в подростковом возрасте [2].

В настоящее время туберозный склероз (ТС) относят к генетически детерминированным заболеваниям. Частота патологии у новорожденных варьирует от 1:6000 до 1:10000, среди взрослого населения составляет 1:20000 – 1:100000 [3]. Отмечается два варианта поражения генов. Первый вариант туберозного склероза развивается при мутации гена, расположенного в хромосоме 9q34 — в участке 34 длинного плеча хромосомы 9 (туберозный склероз 1-го типа — TSC1, кодирует белок гамартин, открыт в 1987 году), второй — в связи с мутацией другого гена на хромосоме 16p13 — в участке 13 короткого плеча хромосомы 16 (туберозный склероз 2-го типа — TSC2, кодирует белок туберин, открыт в 1992 году) [4]. Известно, что мутация перечисленных генов является основой для развития гиперпластических процессов в связи со снижением синтеза белков гамартина и туберина, которые в норме подавляют опухолевый рост в организме и недостаточно вырабатываются у больных с туберозным склерозом. Мозаицизм туберозного склероза встречается тогда, когда только часть клеток организма пациента содержит мутации в генах TSC1 или TSC2. Пациенты с мозаичным генотипом могут иметь полный спектр симптомов туберозного склероза [5].

При постановке клинического диагноза туберозного склероза рекомендуется использовать диагностические критерии, предложенные Национальной ассоциацией туберозного склероза в Швеции (1998). Согласно этим критериям может быть диагностирован при наличии у больного следующих клинических признаков:

- I. **Первичные признаки:** ангиофибромы лица, множественные околоногтевые фибромы, кортикальные туберсы, субэпендимальные узлы или гигантоклеточная астроцитома, множественные

субэпендимальные кальцинаты, проминирующие в желудочки мозга, множественные астроцитомы почек.

- II. **Вторичные признаки:** первая степень родства, рабдомиома сердца, ретинальные гамартомы или депигментированные пятна, церебральные туберсы, некальцинированные субэпендимальные узлы, участки шагреневоy кожи, лимфоангиомиоматоз легких, ангиомиолипома почек, поликистоз почек.
- III. **Третичные признаки:** гипопигментированные пятна, повреждения кожи типа «конфетти», поликистоз почек, диффузное повреждение эмали зубов, гамартоматозные полипы прямой кишки, лимфоангиомиоматоз легких, кисты костей, церебральные гетеротопии или «миграционные тракты» в белом веществе, фибромы десен, гамартомы других органов, инфантильные спазмы.

Схема диагностики туберозного склероза:

- туберозный склероз очевиден, если у пациента выявляется 1 первичный признак, 2 вторичных или 1 первичный в сочетании с 2 третичными;
- туберозный склероз возможен, если имеется сочетание 1 вторичного и 1 третичного признаков, или 3 третичных признака;
- туберозный склероз предположителен, если у больного определяются 1 вторичный признак и 2 третичных. [4, 5].

Цель работы. Проанализировать особенности клинического течения туберозного склероза у детей первого года жизни.

Пациенты и методы. В исследование включены пациенты с диагнозом болезнь Бурневилля-Прингла, находившиеся на обследовании и лечении в Республиканской больнице №1 Национального центра медицины Педиатрическом центре психоневрологических отделениях № 1 и № 2, клинико-консультативном отделении, кабинете городского детского эпилептолога Детской городской больницы г.Якутска. Использован клинико-анамнестический метод исследования. На каждого пациента заполнена разработанная формализованная карта исследования, которая включает в себя анамнезы жизни, заболевания, соматический и

неврологический статус, данные параклинических обследований (ЭЭГ, МРТ головного мозга и др.), социальные данные, проводимую терапию.

Диагноз **болезнь Бурневилля—Прингла** выставляется согласно Международным диагностическим критериям, рекомендованным Международным комитетом экспертов по туберозному склерозу [4, 5]. Электроэнцефалография проводилась на 19-канальном цифровом электроэнцефалографе «Нейрон-спектр-3» фирмы «Нейрософт», магнитно-резонансная томография головного мозга проводилась в отделении лучевой диагностики ПЦ НЦМ на томографе «Siemens».

Результаты. Нами проанализировано течение туберозного склероза у 5 детей. Во всех выявленных случаях заболевания пациенты мужского пола. По национальности: 3 детей – якуты, 1 ребенок – русский, 1 пациент – узбек.

У 3 матерей (60%), обследованных детей, наблюдался отягощенный акушерско-гинекологический анамнез: беременности протекали на фоне постоянной угрозы прерывания, хронической никотиновой интоксикации, токсикоза, анемии, хронического пиелонефрита. Роды в 4 случаях в срок, 1 ребенок родился в 36 недель. Наследственность, со слов родителей, не была отягощена.

Дебют заболевания в 2-6 месяцев – у 4 детей, в 8 месяцев у 1 ребенка.

Во всех случаях заболевание начиналось с приступа судорог. Синдром Веста диагностирован у 3 детей, с дебютом заболевания в 2, 3 и 6 месяцев, с приступами в виде инфантильных спазмов. В остальных случаях приступы носили фокальный характер. На момент исследования продолжительность заболевания составила от 6 месяцев до 9,5 лет.

В неврологическом статусе у всех детей отмечались симптомы пирамидной недостаточности: оживлены сухожильные и периостальные рефлексы с конечностей; повышенный мышечный тонус у 1 ребенка (20%). У 1 больного отмечались распространенные гиперкинезы. У всех детей диагностирована симптоматическая эпилепсия. Задержка психо-речевого развития выявлена у 3 детей (60%) с дебютом заболевания до 6 месяцев и с приступами инфантильных спазмов.

Осмотр кожных покровов выявил в поясничной области участки измененной кожи по типу «шагреновой кожи», а также участки депигментации различных областей тела были выявлены у 2 (40%) обследованных.

При проведении нейровизуализационных методов исследования головного мозга субэпендимальные узлы – туберсы - отмечались у всех обследованных детей, субэпендимальная гигантоклеточная астроцитома – у 1 ребенка. Осмотр глазного дна показал наличие ретинальных гамартом у 1 ребенка. Проведенные другие параклинические методы исследования (УЗИ органов брюшной полости, ЭхоКГ, КТ грудной клетки) позволили диагностировать поликистоз почек у 2 детей, почечную ангиомиолипому у 1 ребенка, множественные рабдомиомы сердца – у 2 детей, лимфангиолейомиоматоз легких у 1 ребенка.

Лечение эпилепсии проводилось противосудорожными препаратами в виде монотерапии вальпроатами у 4 детей, политерапии вальпроат+окскарбазепин у 1 ребенка.

Заключение. Анализ течения туберозного склероза у детей с дебютом заболевания до 1 года показал, что во всех случаях заболевание начиналось с приступа судорог. Синдром Веста диагностирован у 3 детей, с дебютом заболевания в 2, 3 и 6 месяцев. Задержка психо-речевого развития выявлена у 3 детей (60%) с дебютом заболевания до 6 месяцев и с приступами инфантильных спазмов. Участки депигментации различных областей тела были выявлены у 2 (40%) обследованных.

Список литературы:

1. Дорофеева М. Ю. Туберозный склероз у детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2001. № 4. С. 33-41.
2. Евтушенко С.К. Неврологические проявления нейрофакоматозов у детей // Неординарные (раритетные) синдромы и заболевания нервной системы у детей и взрослых. — Донецк, 2003. — С. 20-28.
3. Пшенникова Г.М. Медико-социальные аспекты заболеваний нервной системы у детей в Республике Саха (Якутия) // Материалы III Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Экология и здоровье человека на Севере» – Якутск – 09-10.11.2012 – С.271-273.

4. Osborne J.P., Fryer A., Webb D. Epidemiology of Tuberos Sclerosis // Annals of the New York Academy of Sciences. — 1991. — Vol. 615. — P. 125128.
5. Roach E.S., DiMario F.J., Kandt R.S., Northrup H. Tuberos Sclerosis Consensus Conference: Recommendations for Diagnostic Evaluation // Journal of Child Neurology. — 1999. — Vol. 14. — P. 401407.

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К КЛОПИДОГРЕЛЮ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ РЕСТЕНОЗА В СТЕНТЕ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

ПАВЛОВА А.В.^{1,2}, ГУРЬЕВА Э.В.^{1,2}, КЫЛБАНОВА Е.С.²

¹Россия, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

²Россия, РЕСПУБЛИКАНСКАЯ БОЛЬНИЦА № 2 – ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ, г. ЯКУТСК

Аннотация. В данной статье представлен фрагмент исследования по выявлению генетической резистентности к клопидогрелю у пациентов с острым коронарным синдромом с рестенозом в стенке после интервенционного вмешательства. Генетическая предрасположенность к неэффективности работы дезагреганта – Клопидогреля выявлен в половине случаев из общего количества рестенозирования в стенке.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, рестеноз, клопидогрел, фармакогенетика.

Abstract. This article presents a fragment of research to identify genetic resistance to clopidogrel in patients with acute coronary syndrome with in-stent restenosis after intervention intervention. Genetic predisposition to inefficiency Antiplatelet - Clopidogrel was detected in half of the cases of the total number of in-stent restenosis.

Key words: acute coronary syndrome, restenosis, clopidogrel, pharmacogenetics.

В настоящее время инвазивные методы реваскуляризации миокарда заняли лидирующие позиции в лечении ишемической болезни сердца. По сравнению с консервативной медикаментозной терапией, они позволяют

улучшить качество жизни больного, эффективнее восстановить трудоспособность пациента, увеличить толерантность к нагрузкам. Согласно современным рекомендациям, пациенты, направляемые на стентирование коронарных артерий, получают двойную антиагрегантную терапию — сочетание аспирина и клопидогрела, что является стандартом современного антитромботического лечения [1]. Тромбоциты играют важную роль в патогенезе атеросклероза, участвуя как в его развитии, так и в возникновении тромботических осложнений [2,3]. Поэтому применение антиагрегантов у больных ишемической болезнью сердца является необходимым компонентом лечения, направленного на предотвращение атеротромботических осложнений (внезапной смерти, инфаркта миокарда, нестабильной стенокардии и тромбоза или рестеноза стента). Одним из наиболее часто применяемых в настоящее время антиагрегантов в мире является блокатор P2Y₁₂ рецепторов клопидогрел. Показано, что у некоторых пациентов клопидогрел оказывает недостаточное действие, т.е. имеется резистентность к терапии. В развитии резистентности большую роль играют генетические факторы, связанные с метаболизмом клопидогрела, среди которых аллельные варианты гена цитохрома CYP2C19 занимают по значимости первое место, вклад других генов менее изучен [4,5].

Цель. Выявление частоты встречаемости вариантов гена CYP2C19*2 и CYP2C19*3, влияющих на эффективность дезагрегантов (Клопидогрела) и определение ее значения для прогноза клинического течения и исходов заболевания у лиц перенесших острый коронарный синдром на фоне рестеноза в стенке коронарной артерии.

Материалы и методы. Проведено исследование по генетической резистентности к клопидогрелю за 2013 – 2014 годы. В исследование включено 37 пациентов (30 мужчин и 7 женщин) в возрасте от 36 до 78 лет с острым коронарным синдромом на фоне рестеноза стентов в коронарной артерии. Пациенты, находились на стационарном лечении в отделении неотложной кардиологии с группой реанимации и интенсивной терапии Республиканской больницы №2 - Центра экстренной медицинской помощи. Данный диагноз устанавливался на основании динамики маркёров некроза

миокарда (тропонин I), клиники, типичных изменений на ЭКГ. По этнической принадлежности – 15 больных якутской этнической принадлежности (40,6%), 20 человек – русской национальности (54%) и 2 пациента другой этнической принадлежности, что составляет 5,4%. Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании. Протокол исследования одобрен локальным этическим комитетом.

Результаты. У 19 пациентов (51%) выставлен диагноз инфаркт миокарда (ИМ), 18 человек (49%) нестабильная стенокардия (НС).

Расчет начальной дозы клопидогреля проводился с помощью программы PharmSuite с учетом результатов фармакогенетического исследования. Из 25 обследованных пациентов генотип 2C19 GG (*1/*1) был выявлен у 17 человек (46%), генотип 2C19 GA (*1/*2) – у 15 (40%), 2C19 AA (*2/*2) – у 5 человек (14%). Генотип GG был выявлен у 3 женщин и 14 мужчин. Соотношение женщин и мужчин с генотипом GG было 1:0,3. Из группы пациентов с генотипом GA, данный ген был обнаружен у 11 мужчин, у 4 женщин.

Проведено сопоставление относительных величин первичных конечных точек в зависимости от комбинации генотипов 2C19: резистентных к клопидогрелю пациентов, носителей генотипов GA и AA, у 9 человек (50%) диагностирован инфаркт миокарда, у 9 человек (50%) нестабильная стенокардия. В 8 случаях (44%) был ранее установлен BMS стент, у 7 человек (39%) – DES стент, у 3 пациентов (17%) нет данных.

По этнической принадлежности резистентности к клопидогрелю чаще выявлен у представителей русской этнической группы – 12 чел. (60%), у якутов 5 чел. (33,3%).

Выводы. Таким образом, из всех случаев рестеноза в стенте с острым коронарным синдромом в половине случаев как одним из факторов рестеноза стента является генетическая предрасположенность к неэффективности работы дезагреганта - Клопидогреля в организме

человека, что приводит к высокому риску атеротромботических осложнений.

По предварительным данным можно заключить, что генетическая резистентность к клопидогрелю чаще встречается у представителей русской национальности.

Фармакогенетическое тестирование по CYP2C19 должно проводиться пациентам с высоким риском развития тромбозов стентов (АНА 2011: класс IIb, уровень доказательности С., ESC 2011: класс IIb, уровень В., СРIC 2011), а при выявлении аллельных вариантов клопидогрел должен быть заменен на тикагрелор или прасугрел.

Список литературы:

1. Российские рекомендации 2008 г., ACC/AHA Guidelines 2007 г.
2. Antiplatelet Trialists' Collaboration. Collaborative overview of randomised trials of antiplatelet therapy. I. Prevention of death, myocardial infarction, and stroke by prolonged antiplatelet therapy in various categories of patients. *BMJ* 1994; 308:81-106.
3. Antithrombotic Trialists' Collaboration Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. *BMJ* 2002; 324:71-86.
4. Закирова А.Н. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2007. №5.- С.15-19.
5. Ушкалова, Е.А. Аспиринорезистентность: механизмы развития, методы определения и клиническое значение / Ушкалова Е.А. // Фарматека. -2006. -№ 13. -С. 35-41.

ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ С СИСТЕМНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ПЕРЕЛОМОМ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Пальшина А.М.¹, Баннаев И.Ф.², Пальшин Г.А.¹, Комиссаров А.Н.², Епанов В.В.¹

¹Россия, Северо-Восточный федеральный университет имени М.К.Аммосова, Медицинский институт

²Россия, Республиканская больница №2 – Центр экстренной медицинской помощи, г. Якутск

Аннотация: Проведен анализ частоты эрозивно-язвенных поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта среди 73 больных пожилого и старческого возраста с системным остеопорозом, осложненным переломом проксимального отдела бедренной кости. У 22 (30,1%) пациентов диагностированы эрозивно-язвенные поражения желудка и 12-перстной кишки с мало- и асимптомным клиническим течением с риском развития угрожающих жизни осложнений, существенно влияющим на сроки госпитализации и результаты лечения перелома проксимального отдела бедренной кости.

Ключевые слова: эрозии, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненный остеопороз, язвенное кровотечение.

Abstract. The frequency of erosive and ulcerous lesions of the upper gastrointestinal tract in 73 patients aged over 60 years old with osteoporosis complicated by proximal fractures of the femur was analyzed. In 22 (30.1%) patients erosive and ulcerous lesions of the stomach and duodenum with poor and asymptomatic clinical course,

which could lead to the life-threatening complications, significantly affected the hospitalization period and the treatment results of the proximal fractures of the femur.

Key words: gastro-duodenal erosions and ulcers, complicated osteoporosis, gastrointestinal bleeding ulcer.

Актуальность. Полиморбидность является актуальной проблемой современной клинической практики. При обследовании больных старше 60 лет диагностируется не менее 4-5 заболеваний [3]. Патология желудочно-кишечного тракта является одной из причин снижения минеральной плотности костной ткани с развитием остеопении и остеопороза [1]. Самый прогностически тяжелый перелом проксимального отдела бедренной кости является стрессом для организма и может привести к поражению слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки. У больных пожилого и старческого возраста в 16,9% случаях диагностируется «острая» язва, обусловленная заболеваниями других органов и систем, приемом лекарственных препаратов [2]. Клинически «острые» язвы протекают малосимптомно. В большинстве случаев язвенное кровотечение развивается у пожилых пациентов [2]. Летальность от язвенного кровотечения достигает от 5 до 10% [2,3].

Цель исследования: изучение частоты эрозивно-язвенных поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта среди больных пожилого и старческого возраста с системным остеопорозом, осложненным переломом проксимального отдела бедренной кости.

Материалы и методы: группу исследования составили 73 пациента (средний возраст $72,1 \pm 8,3$ года), получивших стационарное лечение в травматологическом отделении РБ№2-ЦЭМП за период 2012-2013гг. По гендерным признакам: 61 женщина, средний возраст $72,1 \pm 8,1$ год и 12 мужчин, средний возраст $71,8 \pm 7,9$ года. Все пациенты получили перелом при падении с высоты своего роста. Группу сравнения составили 59 больных (средний возраст $66,1 \pm 6,2$ года), проходившие обследование в центре амбулаторной хирургии перед плановым оперативным вмешательством. Среди них 30 женщин (средний возраст $65,5 \pm 5,5$ года) и 29 мужчин (средний возраст $66,6 \pm 6,9$ года).

Фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) проведена с помощью гастрофиброскопа марки FG-29, OLYMPUS GIF Q40 и OLYMPUS GIF E3. В группе исследования ФЭГДС проводили в 1-ые сутки после госпитализации и после курса противоязвенной терапии, а в группе сравнения перед предстоящим плановым оперативным вмешательством.

Общеклиническое исследование показателей красной крови производили автоматическим анализатором Hospitex Diagnostics Hema Screen 13, производство Италии.

Статистический анализ проводили при помощи программного пакета STATISTICA 8.0. Вычисляли критерий хи-квадрат для таблицы сопряженности 2x2 и достигнутый уровень значимости с поправкой Йэтса на непрерывность. Критическое значение уровня значимости (p) принималось равным 5.

Результаты и обсуждение. По результатам ФЭГДС эрозивно-язвенные поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) диагностированы у 30,1% пациентов основной группы и у 20% группы сравнения (таб.) Выявлена высокая частота эрозивных поражений желудка, при этом у пациентов группы сравнения эрозии желудка встречаются чаще ($p=0,95$). Эрозии пищевода и 12-перстной кишки выявлены у единичных пациентов, а в группе сравнения они не наблюдаются. Язвенные поражения зарегистрированы у 8,2% пациентов основной группы. При этом характерно поражение антрального и пилорического отделов желудка. В группе сравнения язвенные поражения выявлены у 5,1% исследованных. Язвенные дефекты регистрировались в антральном отделе. Значимость поражения антрального отдела желудка в обеих группах составила $p=1,00$. Язва 12-перстной кишки выявлена у 1 пациента, в группе сравнения отсутствует.

Клинические симптомы выявлены у 33,1% пациентов при тщательном целенаправленном сборе жалоб и анамнеза после подтверждения на ФЭГДС. Активных жалоб сами больные не предъявляли: часть пациентов отмечали чувство тяжести в эпигастральной области, независимое от приема пищи. Выраженных диспепсических явлений не наблюдалось. При повторном проведении ФЭГДС после курса противоязвенной терапии

(диета №1, омепразол 40мг/сут) наблюдалась положительная эндоскопическая картина.

Таблица 1 - Эрозивно-язвенные поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта

	Группа исследования n=73	Группа сравнения n=59	p
Эрозии пищевода	2 (2,7%)	-	0,57
Эрозии желудка	11 (15%)	10 (16,7)	0,95
Эрозии луковицы 12-перстной кишки	1 (1,4%)	-	1,00
Эрозии 12-перстной кишки	1 (1,4%)	-	1,00
Язвы антрального отдела желудка	3 (4,1%)	2 (3,4%)	1,00
Язвы пилорического отдела желудка	3 (4,1%)	1 (1,7%)	0,7
Язвы луковицы 12-перстной кишки	1 (1,4%)	-	1,00

Приведем клинический случай язвы 12-перстной кишки, осложненной перфорацией и кровотечением. Больная К. 97лет. 01.01.13г. упала дома с высоты своего роста, бригадой СМП доставлена в РБ№2-ЦЭМП. Госпитализирована в травматологическое отделение с диагнозом «Сенильный остеопороз. Закрытый трансцервикальный перелом бедренной кости справа со смещением». Проведено обследование: эритроциты 3,73x10x9/л, гемоглобин 120г/; консультация специалистов. ФЭГДС от 14.01.13г. Эзофагит. Поверхностный гастрит. 17.01.13г. произведено оперативное вмешательство: Тотальное эндопротезирование правого тазобедренного сустава бесцементным эндопротезом «Smith&Nephew». В послеоперационном периоде отмечались отсутствие аппетита, слабость, лихорадка до 38,0 град. На фоне антибиотикотерапии 30.01.13 г. появился жидкий стул светлого цвета до 3-5 раз в сутки. Для дальнейшего лечения 01.02.13г. больная переведена в терапевтическое отделение Гериатрического центра. При переводе по анализам умеренная анемия: эритроциты 2,86x10x9/л, гемоглобин 92 г/л. Гемодинамика стабильная: АД 110/80 мм рт. ст. ЧСС 76 ударов в минуту. 04.02.13г. после обеда состояние больной ухудшилось, появились боли в животе. 05.02.13 в 02:00 у больной открылось внутреннее кровотечение в общем объеме 1 – 1,5 л. По экстренным показаниям пациентка переведена в хирургическое отделение РБ№ 2. При поступлении жалобы на слабость и боли в животе.

АД 110/80 мм рт. ст. ЧСС 80 ударов в минуту. Эритроциты $1,99 \times 10^9$ /л, гемоглобин 64 г/л. Наблюдалось прогрессирующее ухудшение состояния: сопор, артериальная гипотония до 70/40 мм рт. ст. ЧСС 92 ударов в минуту. Проведена интенсивная противошоковая и заместительная гемотрансфузионная терапия. По экстренным показаниям проведено оперативное лечение перфорации острой язвы 12-перстной кишки с распространенным серозно-фибринозным перитонитом. 06.02.13г. в 01:20 произошла асистолия. Реанимационные мероприятия без эффекта. Констатирована биологическая смерть.

Заключение:

1. Эрозивно-язвенные поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта выявляются при эндоскопическом исследовании у трети больных пожилого и старческого возраста с системным остеопорозом, осложненным переломом проксимального отдела бедренной кости.
2. У пациентов пожилого и старческого возраста с системным остеопорозом наблюдаются мало- и асимптомное течение эрозивно-язвенных поражений, которые впервые могут проявиться осложнениями: кровотечением и перфорацией.
3. Эрозивно-язвенные поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта существенно влияют на сроки госпитализации, результаты лечения, показатели летальности.
4. Для профилактики осложнений язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки у данной категории пациентов необходимо проведение повторной ФЭГДС перед выпиской из стационара.

Список литературы:

1. Клинические рекомендации. «Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение / под ред. проф.О.М. Лесняк, проф. Л.И. Беневоленской. - М.: ГЭОТАР–Медиа, 2012. – 272 с.
2. Ткаченко А.Н., Красавцева Л.В., Горшенин Т.Л. и соавт. Особенности обследования и лечения больных старших возрастных групп при язвенной

болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. // Фундаментальные исследования. -2011. - №6. – С.171-177.

3. Фесенко Е.В., Поведа В.А., Артеага К.Д., Юдина Е.В., Перельгин К.В, Мудраковская Э.В., Коновалов Я.С., Фесенко В.В. Полиморбидность в пожилом возрасте и проблемы приверженности к фармакотерапии //Научные ведомости Белгородского государственного университета. – 2012. –Т.18. № 10-1. - С. 12-16.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ И ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА

ПОСЕЛЬСКАЯ Л.П.¹, ГОГОЛЕВА Ф.В.¹, БАБИКОВА Т.А.¹, БОРИСОВА И.С.¹, АММОСОВА А.М.^{1,2}

¹ Россия, Детская городская больница, г. Якутск

² Россия, Северо-Восточный федеральный университет имени М.К.Аммосова, Медицинский институт

Аннотация. В статье представлены методы лечения часто болеющих детей и детей с хроническим тонзиллитом в условиях отделения восстановительного лечения и реабилитации №1 ГБУ РС (Я) «Детская городская больница», проведена оценка эффективности проведенных мероприятий.

Ключевые слова: дети, рецидивирующий бронхит, хронический тонзиллит, медицинская реабилитация.

Abstract. Methods of treatment of often ill children and children with chronic tonsillitis in the conditions of office of recovery treatment and rehabilitation No. 1 of State Budgetary Institution RS (Y) "Children's city hospital" are presented in article, the assessment of efficiency of the held events is carried out.

Keywords: children, recurring bronchitis, chronic tonsillitis, medical rehabilitation.

Актуальность темы. Заболевания органов дыхания детского населения – одна из сложнейших проблем педиатрии, которая особенно актуальна в Республике Саха (Якутия), в силу своих климатических условий (длительный период низких температур, геомагнитные явления), удаленности (труднодоступности) территорий, экологической ситуации [2]. Более 90 %, из числа всех обращений за амбулаторной помощью в осенне - зимний период, приходится на респираторные инфекции. По данным разных

авторов, среди болезней ЛОР органов у детей, на долю хронического тонзиллита приходится 24,8 – 35% [3]. Нарушение функции дыхания со временем приводит к хроническим воспалительным процессам бронхолегочной системы, инвалидизации детей [1].

Рост распространенности и заболеваемости респираторной патологией в детском возрасте, проблема часто болеющих детей носит не только медицинский, но и медико-социальный характер, приводя к нарушению социальной адаптации детей.

Специфической первичной профилактики заболеваний органов дыхания, в том числе ЛОР органов - не существует. Для предупреждения заболеваний органов дыхания, как и многих других, применяют мероприятия общего характера, направленные на изменение состояния организма и повышение его резистентности.

Цель исследования. Оценка эффективности комплексного общеоздоровительного лечения детей, страдающих рецидивирующими респираторными заболеваниями, хроническим тонзиллитом, согласно критериям эффективности консервативного лечения данной патологии.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный анализ по данным историй болезни детей, прошедших стационарное лечение в Отделении восстановительного лечения и реабилитации № 1 ГБУ РС (Я) «ДГБ» с рецидивирующими респираторными заболеваниями и хроническим тонзиллитом за период с 2011 – 2013 г.г.

В отделении разработана комплексная оздоровительная программа, включающая следующие методы лечения: физиолечение, фитотерапия, лечебная физкультура, медицинский массаж, диетотерапия и медикаментозное лечение.

Пациентам проводились консультации ЛОР-врача, физиотерапевта, врача ЛФК, стоматолога. По показаниям, проводилась санация кариозных зубов. Во время лечения, дети получали пятиразовое питание, включающее витаминный завтрак, так как диетотерапия является одним из главных факторов в оздоровлении детей.

Результаты и обсуждение. За 2011 – 2013 г.г. с заболеваниями органов дыхания в период ремиссии пролечено всего 1670 детей. Возрастная категория детей: до 1 года – 44 (2,6%); от 1-2 лет – 526 (31,5%); от 3-6 лет – 630 детей (37,7%); 7-14 лет – 406 детей (24,4%); 15 -17 лет – 64 (3,8%). В структуре болезней органов дыхания преобладают рецидивирующий бронхит (22,1%) и хронический тонзиллит (20,1%). Из них, пролечено всего 336 детей с диагнозом: хронический тонзиллит в компенсированной и субкомпенсированной форме. Компенсированная форма у 119 детей (36%), субкомпенсированная форма у 215 детей (64%). Возрастная категория детей от 3 до 6 лет- 135детей (40%); 7-14 лет- 169детей (50,5%); 15-18 лет –32 подростка (9,5%).

При поступлении детей с рецидивирующими респираторными заболеваниями выявлено, что у 64% детей старше 2х лет, частота ОРЗ отмечается более 6 раз в год. Наибольшее число рецидивов приходится на детей в возрасте от 3 до 6 лет. У детей данной возрастной категории отмечалось снижение показателей физической и умственной работоспособности, препятствовавших адекватным реакциям и нагрузкам, предъявляемым им в детских коллективах, адаптированных для здоровых детей. В структуре болезней органов дыхания преобладает хронический тонзиллит (2011-22%; 2012- 26,8%, 2013-27,5%) и рецидивирующий бронхит (2011- 22,7%; 2012 - 48,9%; 2013-22,5%). Высокий уровень заболеваемости хроническим тонзиллитом у детей отмечается в возрастной категории: 7-14 лет (50,5%) и 3-6 лет (40%). К наиболее частым жалобам, при поступлении, относились: частые катаральные и фолликулярные ангины, в среднем, до 2-3 раз в год, быстрая утомляемость, пониженный аппетит, эмоциональная лабильность, периодические артралгии. В объективном статусе детей отмечались: гипертрофия и рыхлость миндалин, расширение лакун, наличие казеозных пробок в лакунах, стойкая гиперемия и отечность краев дужек, увеличение подчелюстных лимфоузлов.

Из методов лечения физиотерапии широко применялась галотерапия, электрофорез с лекарственными препаратами; ингаляционная терапия; светолечение от аппарата «биопрон»; энтеральная оксигенотерапия, грязелечение, УЗТ с бишофитовым гелем.

Галотерапия, в основе, которой лежит воздействие высокодисперсным аэрозолем сухого хлорида натрия, оказывает выраженное муколитическое, противовоспалительное, антибактериальное действие. Галокамера в отделении имеет управляемый микроклимат, оснащена световыми и звуковыми эффектами, фитотроном, что позволяет создать положительный эмоциональный фон у детей, снизить психоэмоциональное напряжение.

Энтеральная оксигенотерапия (прием кислородных коктейлей) устраняет гипоксию тканей, повышает устойчивость организма к физическим нагрузкам, улучшает сон, уменьшает астенические проявления, возникающие у детей на фоне частых респираторных заболеваний.

С 2013 г в ОВЛиР внедрено грязелечение торфяной грязью «Томед-аппликат». Грязелечение показано детям в период реконвалесценции после перенесенной бронхопневмонии, при рецидивирующих и хронических бронхитах, рецидивирующих болезнях верхних дыхательных путей. Торфяная грязь «Томед-аппликат» обладает выраженным противовоспалительным действием, улучшает кровоснабжение и трофику тканей, снимает отек, улучшает регенерацию тканей.

Лечебная физкультура проводилась по общеукрепляющей методике, с включением дыхательной гимнастики, с учетом функциональных возможностей каждого ребенка.

Медикаментозное лечение включало в себя применение лекарственных препаратов, повышающих резистентность организма и иммунной системы, десенсибилизирующую и ирригационную терапию. Назначались поливитамины с микроэлементами, пробиотики, антигистаминные препараты. По показаниям, с целью иммунокоррекции, применялись Т-миметики: карнитин хлорид (элькар), витамин А, В-миметик – бронхомунал П (или бронховаксом), для уменьшения эмоциональной лабильности и проявлений вегетососудистой дистонии назначалась аминокислота – глицин.

Всем детям проводился классический: сегментарный и точечный массаж. Действие лечебного массажа направлено на улучшение дренажной

функции бронхов, улучшение лимфо - и кровообращения, устранения бронхоспазма, укрепление организма, уменьшение проявлений вегетативных нарушений.

Психолого-педагогическая коррекция включает в себя консультирование и психологическое обследование; релаксацию в сенсорной комнате, арттерапию, трудотерапию. В сенсорной комнате, оснащенной световыми и звуковыми эффектами, аэрофитотроном и сухой ванной, дети обучаются навыкам нервно-мышечной релаксации, саморегуляции эмоционального фона. Положительный эмоциональный фон ребенка, его эмоциональная устойчивость способствуют ускорению выздоровления, закреплению ремиссии и являются профилактикой психосоматических заболеваний.

Длительность курса лечения в отделении, в зависимости от нозологии и показаний - от 10 до 15 дней. По завершению курса лечения мы получили следующие результаты эффективности лечения: среди детей с рецидивирующим бронхитом улучшение у 91,7% детей; у больных с бронхопневмонией в периоде реконвалесценции улучшение - 97,3%; с хроническим тонзиллитом – 96%. У большинства детей улучшилось самочувствие, аппетит, нормализовался сон, уменьшилась эмоциональная лабильность.

Согласно критериям эффективности консервативного лечения хронического тонзиллита, положительная динамика в виде снижения количества обострений за год, уменьшения выраженности местных признаков хронического тонзиллита и общих токсико-аллергических явлений, данные положительные изменения отмечались у 322 детей (96%). Состояние без перемен у 14 детей (4%). Наибольшее количество детей пролеченных с рецидивирующим бронхитом и хроническим тонзиллитом отмечено в возрастной группе 7-14 лет (51%), далее у детей от 3-6 лет (36,4%) и подростков 15-17 лет (7,6 %).

Заключение. Заболевания органов дыхания у детей являются актуальной проблемой в Республике Саха (Якутия). Отмечается высокая эффективность комплексного подхода в лечении рецидивирующих респираторных

заболеваний и хронического тонзиллита у детей в условиях отделения восстановительного лечения и реабилитации.

С целью предупреждения хронизации и инвалидизации детей, с заболеваниями органов дыхания в условиях Крайнего Севера, необходимо дальнейшее совершенствование медицинской реабилитации в отделении с внедрением и использованием современных технологий; усиление преемственности в работе с первичным звеном педиатрической службы; диспансерное наблюдение и повторные курсы комплексного лечения в условиях ОВЛиР №1.

Список литературы:

1. Актуальные вопросы организации муниципального здравоохранения. Материалы межрегиональной научно-практической конференции. – Якутск, 2007г.,
2. Актуальные вопросы восстановительной медицины и реабилитации детей и подростков. Сборник научных трудов межрегиональной научно-практической конференции. – Якутск, 2011г.
3. Юлиш Е.И. Хронический тонзиллит у детей. Здоровье ребенка. -2009г. - № 6. –С. 21.

ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НАЛОЖЕНИЯ МЕЖКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА

ПРОТОПОПОВА А. И., ТОБОХОВ А.В., ГОГОЛЕВ Н.М.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

В основу работы положены результаты комплексного обследования и оперативного лечения 80 пациентов с патологией органов ЖКТ. Средний возраст составил 53,5 года.

В зависимости от метода наложения межкишечного анастомоза все пациенты были распределены на 4 исследуемые группы (табл. 1).

Таблица 1 - Распределение больных по группам в зависимости от метода наложения межкишечного анастомоза

Группы пациентов	n (%)
1 группа – контрольная с наложением лигатурного ручного метода наложения анастомоза	24 (30,0)
2 группа – с наложением однорядного никелид-титанового компрессионного анастомоза	20 (25,0)
3 группа – с наложением двурядного никелид-титанового компрессионного анастомоза	18 (22,5)
4 группа – с наложением анастомоза с помощью циркулярно-сшивающего аппарата	18 (22,5)

Первую, контрольную группу составили 24 (30,0%) пациента, которым был проведён традиционный лигатурный метод наложения анастомоза. Из них у 12 (50,0±10,2%) выполнена гастроэктомия по поводу органического заболевания желудка и 12 (50,0±10,2%) гемиколэктомия по поводу рака ободочной кишки и дистальная субтотальная колэктомия по поводу долихоколон осложнённого хроническим толстокишечным стазом в стадии

декомпенсации. В этой группе женщин было 10 (41,7%), мужчин - 14 (58,3%) человек.

Во вторую группу вошли 20 (25,0%) пациентов, которым был наложен однорядный компрессионный анастомоз никелид-титановым элементом. Из них гастроэктомия произведена - у 6 (30,0±10,2%), гемиколэктомия – у 14 (70,0±10,2%) человек. Из 14 пациентов - 8 (57,1±11,1%) оперированы по поводу рака ободочной кишки, 6 (42,9±11,1%) - по поводу долихоколон. В этой группе женщин - 8 (40,0%), мужчин - 12 (60,0%).

Третья группа представлена 18 (22,5%) пациентами, которым наложен двухрядный анастомоз никелид-титановой скрепкой. При этом гастроэктомия произведена - 6 (33,3±11,1%) пациентам, гемиколэктомия - 12 (66,7±11,1%). В этой группе женщин - 6 (33,3%), мужчин - 12 (66,7%).

Четвёртая группа исследованных – 18 (22,5%) пациентов, которым сформирован анастомоз при помощи циркулярно-сшивающего аппарата EA-25. Всем пациентам произведена резекция прямой кишки по поводу рака различной стадии развития. В этой группе женщин - 10 (55,6%), мужчин - 8 (44,4%).

Таким образом, составленные группы разнородны по объёму проведённой операции, но при этом сопоставимы по нозологическим формам, а также по полу и возрасту.

Физико-технические параметры никелид-титана изучены в Томском НИИ материалов и сплавов с эффектом возврата формы под руководством академика РАЕН Гюнтера В.Э. С учётом диаметра толстой и тонкой кишок размеры компрессионного устройства составили 25-30 мм. Отличительные особенности никелид-титана – это проявляемые им эффект запоминания формы, сверхупругость, высокая коррозионная стойкость и биологическая инертность. Эффект памяти заключается в том, что изделия, охлаждённые ниже определённой температуры, могут быть легко деформированы. Эта деформация устраняется при нагревании изделия в интервале температур начала и конца восстановления формы. При температуре выше таковой в конце восстановления формы материал проявляет сверхупругие свойства.

Имплантаты из никелид-титана могут оказывать запрограммированное механическое действие на структуры организма. Наличие 3-х витков обеспечивает более равномерную компрессию между витками никелид-титанового устройства.

Результаты исследования. Отдалённые результаты хирургического лечения прослежены у 42 (52,5%) пациентов из 80 оперированных в сроки от 1 года до 5 лет.

Критериями оценки результатов лечения послужил анализ состояния моторно-эвакуаторной функции толстой кишки, а также наличие или отсутствие воспаления её слизистых. Анализ результатов хирургического лечения представлен в таблице 2.

Таблица 2 - Отдалённые результаты хирургического лечения

Группы	Всего обследовано	Результаты лечения n (M±m%)		
		«Хороший»	«Удовлетворительный»	«Неудовлетворительный»
I	14 (33,3±7,3)	7 (50,0±13,4)	5 (35,7±12,8)	2 (14,3±9,3)
II	8 (19,1±6,0)	6 (75,0±15,3)*	2 (25,0±15,3)	-
III	9 (21,4±6,3)	8 (88,9±10,4)*	1 (11,1±10,4)	-
IV	11 (26,2±6,8)	4 (36,4±14,5)	3 (27,2±13,4)	4 (36,4±14,5)
Итого	42 (100,0)	25 (59,5±7,6)	11 (26,2±6,8)	6 (14,3±5,4)

* различия статистически значимы по сравнению с I и IV группами (p<0,05)

Как видно из таблицы, «хороший» результат был получен у 25 (59,5±7,6%) больных, «удовлетворительный» - у 11 (26,2±6,8%), «неудовлетворительный» - у 6 (14,3±5,4%). В том числе, в первой группе «хороший» результат оказался лишь у 7 (50,0±13,4%) пациентов, «удовлетворительный» - у 5 (35,7±12,8%) и «неудовлетворительный» - у 2 (14,3±9,3%). Во второй группе «хороший» результат был получен у 6 (75,0±15,3%), «удовлетворительный» - у 2-х (25,0±15,3%). В третьей группе «хороший» результат - у 8 (88,9±10,4%), «удовлетворительный» - у 1 (11,1±10,4%). В четвёртой «хороший» результат был получен у 4 (36,4±14,5%), «удовлетворительный» - у 3 (27,2±13,4%) и «неудовлетворительный» - у 4 (36,4±14,5%).

2 (18,2±11,6%) «неудовлетворительных» случая результатов в IV группе, связано с развитием стеноза прямой кишки. Мы считаем, что причиной развития стеноза в данных наблюдениях явилось грубое формирование рубцовой ткани на слизистой прямой кишки, обусловленное использованием сшивающего аппарата с танталовыми скрепками.

Анализ полученных результатов показал, что во второй и третьей группах исследуемых лиц «неудовлетворительных» отдалённых результатов хирургического лечения не наблюдалось, что, по нашему мнению, напрямую зависело от выбора метода наложения кишечного анастомоза.

Для оценки функционального состояния анастомоза нами проведены эндоскопические исследования кишечника у 42 (52,5±7,7%) больных. В том числе из первой группы - у 14 (58,3±10,1%), из второй - у 8 (40,0±10,9%), из третьей - у 9 (50,0±11,8%) и четвёртой - у 11 (61,1±11,5%) пациентов.

У первой группы пациентов инвагинат анастомоза был сформирован в виде «хоботка», частично ввёрнутого в просвет кишки. У 10 (71,4±12,1 %) больных «хоботок» имел округлую форму и выступал в просвет кишки на 0,4-0,6 см. В 4 (28,6±12,1%) случаях мы наблюдали «хоботок» овальной формы с сомкнутым краями выбухающими в просвет кишки на 0,2-0,4 см. Колоноскопия выявила воспалительные изменения в дистальном отделе ободочной кишки и зоне анастомоза у 3 (21,4±10,9%) пациентов и явления хронического колита во всех отделах - у 4 (28,6±12,1%).

Колоноскопия, проведённая пациентам второй и третьей группы в отдалённые сроки, выявила неизменённую слизистую оболочку в ободочной кишке, в области анастомоза она имела нормальную розовую окраску. Анастомозы сформировались в вид чёткой, ровной, циркулярной, розовой складки и выступали в просвет кишки до 0,2 см. При инсуффляции воздухом область анастомоза хорошо расправлялась, была свободно проходима для эндоскопа. Диаметр соустья при осмотре был до 4-4,5 см. Соустье при инструментальной пальпации достаточно подвижно, эластично, безболезненно. Воспалительной реакции в терминальном отделе тонкой кишки у всех обследованных лиц не выявлено, что указывает на хорошее заживление анастомоза.

У четвёртой группы больных с наложением анастомоза с циркулярно-сшивающим аппаратом у 11 ($61,1 \pm 14,5\%$) человек анастомоз имел форму «хоботка», выступающего в просвет толстой кишки на 1,5-2 см. При раздувании воздухом у 2 ($11,1 \pm 7,4\%$) наблюдались грубые складки, отёчность и гиперемия слизистой кишечника.

Таким образом, анализ результатов проведённых исследований показал, что у третьей группы пациентов с двухрядным никелид-титановым анастомозом, наложенным с применением клипсы из никелид-титана, отдалённые результаты оказались гораздо лучше, чем у других групп. Использование имплантатов с памятью формы снижает травматичность операции, гарантирует хороший гемостаз и высокую биологическую герметичность анастомоза, что в свою очередь значительно улучшает течение послеоперационного периода. При этом результаты хирургического лечения улучшены на 13,9%, по сравнению с группами, где были применены другие способы анастомозирования.

Выводы:

1. Сроки заживления компрессионных межкишечных анастомозов в по сравнению с лигатурным методом наложения сокращаются на $7,0 \pm 2,4$ суток, что обусловлено меньшей инфицированностью зоны анастомоза, герметичностью и их механической прочностью.
2. При наложении двухрядного компрессионного анастомоза моторно-эвакуаторная функция желудочно-кишечного тракта восстанавливается полностью и отсутствует воспаление её слизистой.
3. Результаты хирургического лечения при наложении двухрядного компрессионного анастомоза в совокупности использованных критериев оценки улучшены на 13,9% по сравнению с группой больных, которым был наложен однорядный анастомоз с использованием имплантата из никелид-титана.

Список литературы:

1. Гиберт Б.К. Аутореканализирующий анастомоз при резекции толстой кишки / Е.Ю. Зайцев, Л.С. Царик, А.М. Машкин, В.Г. Петров // Биосовместимые материалы с памятью формы и новые технологии в медицине. – Томск, 2004.
2. Дамбаев Г.Ц. Методы диагностики функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта / С.В. Гюнтер, В.К. Жуков, В.Ф. Вотяков // Методическое пособие.- Томск, 2005.
3. Дмитриев В.Г. Применение конструкций из никелид-титана в абдоминальной хирургии // С.В. Лоханский. - Караганда, 2008.
4. Ручкин В.И. Формирование пищеводных анастомозов имплантатами с памятью формы / А.Н. Робак // Хирургия. -2008.- №6.

ДИСФУНКЦИЯ ЛОННОГО СОЧЛЕНЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

Радь Я.Г., ДУГЛАС Н.И., ПАВЛОВА Т.Ю.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. Патология лонного сочленения ассоциирована с беременностью и постепенно исчезает после родов. Дисфункция лонного сочленения (ДЛС) характеризуется гетерогенностью клинической симптоматики, а также может проявляться после родов без клинических проявлений во время беременности. У беременных в условиях климато-географической зоны Республики Саха (Якутия) при снижении числа солнечных дней в году, дефиците витамина Д и нехватки минеральных веществ в употребляемой пищи могут привести во время беременности к симфизиопатии.

Ключевые слова: дисфункция лонного сочленения, тазовая боль, ассоциированная беременностью, рентгенография, УЗИ.

Abstract. Pathology of the symphysis pubis is associated with pregnancy and gradually disappears after childbirth. Symphysis pubis dysfunction (DLS) is characterized by heterogeneity of clinical symptoms, and may recur after childbirth without clinical manifestations during pregnancy. The pregnant women in the climatic conditions of the geographical area of the Republic of Sakha (Yakutia) for reducing the number of sunny days per year, vitamin D deficiency and lack of minerals in food intake can result in pregnancy to simfiziopatii.

Key words: symphysis pubis dysfunction, pelvic pain associated pregnancy, X-ray, ultrasound.

Материал исследования. Ретроспективный анализ 42 историй болезни с диагнозом дисфункция лонного сочленения во время беременности или в послеродовом периоде.

По данным Европейских клинических рекомендаций тазовая, опоясывающая боль, ассоциированная с беременностью (ТБАБ)

диагностируется примерно у 20% беременных (VleemingA. etal., 2008). Частота дисфункции лонного сочленения (ДЛС) варьирует от 0,12 до 56% (Owens K. etal., 2002; AlbertH.V. etal., 2006). Такие значительные колебания можно объяснить отсутствием единых четких диагностических критериев этого патологического состояния, а также недостаточным вниманием к проблеме не только врачей, но и пациенток, часто недооценивающих своё состояние.

Важным аспектом проблемы является выбор рационального метода родоразрешения при ДЛС, позволяющего избежать родового травматизма, инвалидизации матери и получить здорового ребенка. В связи с этим ДЛС может служить показанием к операции кесарева сечения.

По данным литературы, частота симфизиопатии при беременности и в родах колеблется от 1:3400 до 1:30000 случаев. Анализ клинических наблюдений показал, что неспецифические симптомы кальциевой недостаточности и в виде парестезии, судорожных подергиваний, сведения мышц, боли в костях, различной степени остеомаляции, изменения походки и др. появляются при беременности за 2-3 месяца до родов в 17% случаев. По данным Российских авторов, жалобы на боли в лобковой области во время беременности предъявляет 1 из 512 женщин. В случаях тяжелых симфизиопатий болевые ощущения не ограничиваются только лобковой областью, а распространяются на нижние конечности и поясничный отдел позвоночника, приводя порой к временной инвалидизации беременных.

Для уточнения состояния костей лонного сочленения при беременности в настоящее время широко используется УЗИ, которое заменило применявшее ранее рентгенологическое исследование. Диастоз лонных костей более чем на 10 мм рассматривается как выраженная симфизиопатия и является относительным показанием к оперативному родоразрешению.

В настоящее время известно, что симфизиопатия, как правило, возникает во второй половине беременности на фоне повышенного уровня релаксина в результате нарушений минерального обмена. Данное осложнение беременности проявляется в основном диастазом лонных костей, болевым

синдромом в области костного таза и нижних конечностей, судорогами в икроножных мышцах.

Нами проведен анализ историй родов у женщин с симфизиопатиями, по данным ГБУ РБ№1 ПЦ АФО РС(Я) за 2012-2013 гг., проанализированы частота и диагностические критерии дисфункций лонного сочленения у беременных, а также методы родоразрешения.

Критериями отбора пациенток в исследование явились наличие симптомов ДЛС, возникших в различные сроки гестации и в послеродовом периоде, клиническими характеристиками которых явились боль в области лобковых костей при ходьбе, в положении на одной ноге, при ходьбе по лестнице, при перемещении тела лежа на кровати, нарушение походки.

За период с 2012-2013гг. диагностировано 42 родов с ДЛС, что составляет 1% от общего числа родов из которых в 2012г.- 22, и в 2013г. -20.

Проанализировав возрастные параметры, мы получили:

В возрасте 18-30 лет выявлено – 24 (57%), от 31 до 40 лет – 17 (41%), и старше 40 лет – 1 (2%). Что говорит о том, что поздний репродуктивный возраст не является фактором риска развития ДЛС. Причем, ДЛС почти в два раза чаще наблюдалась у повторнородящих 28 (67%), и соответственно (33%), а ОАА имели (64%).

Из всей обследованной группы повторнородящих 28(67%), первородящих 14 (33%), женщин с ОАА 27 (64%), из которых в 11.9 % имели симфизиопатии в анамнезе.

Частота выраженного болевого синдрома отмечена у 17 женщин (40%), из них болевой синдром с I половине беременности 10 (59%), и 7 (41%), наличие болевого синдрома со II половины беременности. Оставшиеся 25 (60%) женщин отмечали симптомы ДЛС уже в послеродовом периоде.

Методы родоразрешения были распределены следующим образом: оперативные роды- 29%, роды через естественные родовые пути- 71% (из них программированные роды- 12%). Показаниями к кесареву сечению

явились крупный плод, выраженный болевой синдром, аномалия родовой деятельности.

Масса плода: от 1500-2500г -2 случая (5%), 2600-3999г -27 случаев (64%), больше 4000 г- 11 случаев (26%) и больше 5000г- 2 случая (5%).

Надо отметить, что ДЛС встречается и у женщин масса плода которых составляла от 1500-2500 г 2 случая (5%), в 27 случаев (64%) масса плода варьировала в пределах нормы и лишь 13 случаев (31%) масса плода превышала 4500г.

Размеры головки плода – менее 33 см- 2 (5%), 33-34см – 7 (17%), более 35 см- 33 (78%).

Диагностика ДЛС осуществлялась с помощью поведения R-графии малого таза, надо отметить, R-графия проводилась в 76% случаев.

I степень диастаза лонного сочленения наблюдалась в 29% случаев, II степень – в 40%, III – в 7% и у 24% женщин не проводилось рентгенологическое исследование костей таза в послеродовом периоде, что свидетельствует о чрезвычайной недооценке клинической симптоматики, характерной для ДЛС, ведущей к снижению качества жизни и риском развития послеродовых осложнений.

Анализируя вышеизложенное можно сделать следующие выводы:

1. Развитие ДЛС не зависит от срока беременности, массы плода, а напрямую зависит от предрасполагающих факторов к нарушениям минерального обмена. Это характерно для жительниц северных регионов, где резко снижено число солнечных дней, дефицит витамина Д и нехватка минеральных веществ в употребляемой пищи (цинк, медь, кальций...).
2. Проявление ДЛС возможно и без клинической симптоматики, составило 60% исследуемых родильниц. В этих случаях ДЛС диагностируется только в послеродовом периоде, данное состояние возможно провоцируют сами роды, крупный плод, клиническое несоответствие, аномалии родовой деятельности.

3. К сожалению, на сегодняшний день диагностика ДЛС в основном основывается на клинических проявлениях и R-исследованиях, чего конечно же не достаточно и приводит к недооценке этого осложнения.
4. Необходимо разработать методы прегравидарной подготовки для профилактики ДЛС, которая может включать в себя препараты, содержащие кальций и магний. Также для сохранения минерального и органического компонентов кости, помимо кальция, магния и витамина D, необходимо обеспечить организм оптимальным количеством цинка, марганца, витаминами С, В6, К1. Препараты кальция без препаратов витамина D обычно назначают на короткий срок, хотя в нескольких случаях монотерапия препаратами кальция позволяет длительно поддерживать нормальный уровень кальция в сыворотке.

Проблема дисфункции лонного сочленения далека от окончательного решения, так как нет единой классификации, стандартов обследования и лечения, но данное состояние для женщины сопровождается длительным процессом восстановления и снижением качества жизни особенно в такой ответственный и долгожданный период жизни.

Список литературы:

1. Куринов С.Б., Панов В.О. Лучевые методы исследования в диагностике узкого таза. Пробл берем 2001; 4: 6—10.
2. Мозговая Е.В., Кучеренко М.А., Гзгзян А.М. Оценка влияния препарата кальцемина на клинические симптомы и уровень маркеров костной резорбции при симфизиопатиях у женщин в III триместре беременности. НИАиГ РАМН им. Д.О. Отта. Ст-Петербург 2008; 8.
3. Савельева Г.М. Расхождение и разрыв лонного сочленения. Уч.Акушерство. М: Медицина 2000; 613.
4. Куринов В.И., Панов В.О. и соавт. Лучевые методы исследования в диагностике узкого таза // Проблемы беременности. – 2001. -№4. –С.6-10.
5. Чернуха Е.А., Волобуев А.И., Пучко Т.К. Анатомически и клинически узкий таз //Триада –Х, М. – 2005.

«ГАСТРОПАНЕЛЬ» - СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ПРЕОНКОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА

СОСИНА С.С., ГОЛЬДЕРОВА А.С., ЛОСКУТОВА К.С., ЕФРЕМОВА С.Д., АЛЕКСЕЕВА Е.А.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Цель исследования. Выявление преанцерогенных форм хронического гастрита в условиях Севера с использованием современных неинвазивных иммуноферментных методов диагностики.

Материалы и методы исследования: обследованы 21 больной хроническим гастритом жители поселка Витим и поселка Толон Ленского района РС(Я). Проведены фиброэзофагогастродуоденоскопия с морфологическим анализом слизистой оболочки желудка и исследование сыворотки крови с использованием иммуноферментного анализа тестовой панели «Gastro Panel»;

Результаты. Был выявлен в 85,7% гастрит, ассоциированный *Helicobacter pylori* - инфекцией с цитотоксическим штаммом Cag A. с высокой активностью воспалительного процесса (66%) в слизистой оболочке желудка. Атрофические формы гастрита выявлены у 3 больных по данным «Гастропанели» и морфологическим исследованием слизистой желудка.

Заключение. «Гастропанель» позволяет получить информацию о структуре и функции слизистой желудка, идентифицировать с высокой чувствительностью и специфичностью больных с выраженным атрофическим гастритом, группы онкологического риска.

Ключевые слова: атрофический гастрит, «Гастропанель», идентификация.

Purpose of study. Identification of precancerous variants of chronic gastritis in North climate with utilization of modern non-invasive immunoenzymatic methods of diagnosis.

Materials and methods. 21 patients with chronic gastritis from Vitim and Tolon villages (Lensky district, Sakha Republic) were observed. These patients undergone gastroscopy with morphologic analysis of gastric mucosa, as well as blood serum tests using immunoenzymatic test panel "Gastro Panel".

Results. In 85.7% cases our study revealed gastritis associated with *Helicobacter pylori* infection (CagA/cytotoxic strain) with high inflammatory activity in 66%. In 3 patients atrophic gastritis was found, which was identified using "Gastropanel" and morphologic study of gastric mucosa.

Conclusion. "Gastropanel" allows getting data about structure and function of gastric mucosa. This test has a high sensitivity and specificity in identification of patients with severe atrophic gastritis who are in risk group for cancer.

Keywords: atrophic gastritis, "Gastropanel", identification.

Атрофический гастрит часто протекает бессимптомно и часто остается не диагностированным. В большинстве случаев причиной атрофического гастрита является инфекция *Helicobacter pylori*, которая всегда ассоциирована с гастритом. Этой инфекцией заражена половина человечества (приблизительно 3,5 млрд человек). Почти у 50% лиц, инфицированных *Helicobacter pylori*, разовьется атрофический гастрит, который в большинстве случаев приводит к раку желудка и в 90% случаев является причиной развития язвенной болезни. Распространенность язвенной болезни в мировой популяции 10%.

В 1994г. Международное агенство по изучению рака (IARC), исследовательская организация под юрисдикцией ВОЗ, представило результаты проведенных исследований о том, что инфекция *Helicobacter pylori* – основной фактор риска развития рака желудка. Инфекция *Helicobacter pylori* рассматривается как причинный фактор развития рака желудка (канцероген 1 класса). Согласно этим положениям инфекция *Helicobacter pylori* запускает цепь реакций, приводящих к развитию атрофического гастрита, который приводит к развитию рака желудка у некоторых пациентов. У пациентов с атрофическим гастритом тела желудка в 5 раз повышен риск развития рака желудка по сравнению с остальной популяцией. Если повреждена слизистая всего желудка (тяжелый атрофический гастрит тела и антрального отдела), риск увеличивается до 90

раз. Если атрофический процесс локализован только в антральном отделе, риск увеличен в 20 раз, кроме того, риск развития язвенной болезни в 25 раз выше, чем в остальной популяции.

Эрадикация инфекции *Helicobacter pylori* приводит к излечению атрофического гастрита. Атрофический гастрит медленно излечивается после успешно проведенной эрадикации. Соответственно уменьшается или полностью исчезает риск развития заболеваний, связанных с атрофическим гастритом (Kokkola A., Sipponen P., et al, 2002; Zerbib F., Lenk C., et al, 2000; Savarino V., Mela G.S., et al, 1999; Borody T.J., Andreas P., et al, 1993).

В настоящее время единственными методами диагностики гастрита и атрофического гастрита, также как их тяжести и локализации служат «Gastro Panel» или гастроскопия с гистологическим исследованием биоптатов.

Создание тестовой панели «Gastro Panel» является результатом десятилетий фундаментальных медицинских исследований, проведенных в Финляндии. С помощью «Gastro Panel», по анализу крови, можно определить состояние и функциональную активность всей слизистой оболочки желудка. Этот новый метод является неинвазивным, безопасным и удобным для пациента. В большинстве случаев с помощью «Gastro Panel» получают результаты исследования состояния и функциональной активности слизистой оболочки желудка, аналогичные результатам эндоскопии с биопсийным исследованием. Однако, эндоскопия с взятием биоптата – субъективный метод исследования, во многом зависящий от профессиональных навыков и опыта врача-эндоскописта и патоморфолога. Необходимо заметить, что «Gastro Panel», по сравнению с гастроскопией и биопсийным исследованием, более чувствительный метод обследования и позволяет диагностировать значительно меньшие изменения структуры и функциональной активности слизистой оболочки желудка (Sipponen P., Ranta P., et al, 2002; Nicolini G., Zagari R., et al, 2002; Sipponen P., Narkonen M., et al, 2002; Vaananen H., Vauhkonen M., et al; 2003).

По данным исследований Якутского научного центра СО РАМН РС (Я) Лоскутовой К.С., Аргунова В.А. (2007) инфицированность *Helicobacter pylori* взрослого населения Якутии составляет 76,1%. В общей структуре

обследованных детей и подростков (Леханова С.Н., Аргунов В.А., 2008) инфицированность *Helicobacter pylori* составила 58,5%. Атрофический гастрит у 8,5% подростков и 34% взрослых из числа коренного населения Севера сочетался с кишечной метаплазией, дисплазией слизистой оболочки желудка.

По данным исследований НИИ терапии СО РАМН г. Новосибирск Решетникова С.А., Курилович С.А., и др. (2008) частота атрофии в теле желудка у населения Новосибирска, городского и сельского населения Якутии составила соответственно 10,1, 16,7 и 25,6%, а в антральном отделе – 10,7, 25,6 и 8,9%. Тотальная атрофия зарегистрирована в 1% во всех группах. Инфекция *Helicobacter pylori* выявлена у 78 – 88%. Таким образом, изучение и разработка вопросов ранней диагностики, профилактики и лечения предраковых изменений слизистой желудка имеет перспективное направление в снижении уровня заболеваемости населения Севера раком желудка.

Цель исследования. Выявление преканцерогенных форм хронического гастрита в условиях Севера с использованием современного неинвазивного иммуноферментного метода диагностики «Гастропанель» и сопоставление их с морфологической картиной слизистой желудка.

Материалы и методы. Нами обследованы 21 больной хроническим гастритом (10 мужчин и 11 женщин) в возрасте от 26 до 67 лет жители поселка Витим и поселка Толон Ленского района РС(Я), по этнической принадлежности -11 человек якуты, 10 –русские, из них 2 больных со стажем проживания на севере 6 лет, остальные родились в поселке и переехали с другого района республики.

При обследовании больных, для диагностики фенотипа гастрита использовали «Гастропанель», включающий иммуноферментный анализ антител к *Helicobacter pylori* (IgG), пепсиноген 1 (PG1), пепсиноген 2 (PG2) и гастрин-17 (G-17). Основой для использования «Гастропанели» служит функциональная гетерогенность отделов желудка: в антральном отделе продуцируются G-17 и PG 2, а в теле желудка - PG1 и PG2. Соответственно, при прогрессировании атрофии тела желудка будет наблюдаться снижение

продукции PG1, а при мультифокальном гастрите – снижение PG1, а при мультифокальном гастрите – снижение PG1 при нормальных или повышенных значениях G-17.

Результаты и обсуждение. По данным «Гастропанели», у 18 больных (85,7%) гастрит был ассоциирован *Helicobacter pylori* - инфекцией с цитотоксическим штаммом CagA. Повышение показателей PG2 (больше 10 мг/л) у 14 больных (66%) соответствует высокой активности воспалительного процесса в слизистой оболочке желудка. Уровень кислотности желудочного сока по данным гормона G-17 у 15 больных (71,4%) был в пределах нормы, легкое снижение кислотности отмечалось у 3 больных, гипохлоргидрия и ахлоргидрия отмечена у 2 больных, повышенная кислотность желудочного сока у 4 больных. Уровень PG1 был снижен (меньше 25 мкг/л) у 2 больных, что свидетельствует об атрофии фундального отдела слизистой желудка. Соотношение PG1 / PG2 было низким (ниже 3) у 4 больных, что свидетельствует об атрофии слизистой оболочки тела желудка.

Больным проведена фиброэзофагогастродуоденоскопия с морфологическим исследованием биоптата слизистой антрального и фундального отделов желудка. Выявлена морфологическая картина активного гастрита у 19 больных (90,4%) и атрофические изменения слизистой желудка у 3 больных с низким уровнем соотношения PG1/PG2.

Заключение. Таким образом, «Гастропанель» позволяет получить информацию о структуре и функции слизистой желудка, идентифицировать с высокой чувствительностью и специфичностью больных с выраженным атрофическим гастритом, группы онкологического риска.

Список литературы:

1. Лоскутова К.С. Морфологические аспекты местного иммунного ответа при *Helicobacter pylori* – ассоциированном гастрите у населения Якутии // Материалы П межрегиональной научно-практической конференции «Экология и здоровье на севере». –г.Якутск, 2007. – С.31- 34.
2. Леханова С.Н., Аргунов В.А. Морфологическая характеристика хронических гастритов у детей республики Саха (Якутия) // Материалы научно-практической

конференции «Преканцерогенные состояния органов пищеварения в условиях Крайнего Севера». – Якутск, 2006. – С.10 -11.

3. Решетников О.В., Курилович С.А., Кротова В.А., Кротов С.А. Неинвазивная диагностика хронического атрофического гастрита при помощи серологического исследования. // Клиническая лабораторная диагностика. 2007. №11. С.39=41.
4. Бессонов П.П., Бессонова Н.Г., Курилович С.А., Решетников О.В. Частота и особенности патологии верхних отделов органов пищеварения у сельских жителей Якутии. // Якутский медицинский журнал - 4(40). 2012. С.28-30.
5. Курилович С.А., Решетников О.В. Эпидемиология заболеваний органов пищеварения в Западной Сибири.// Под редакцией академика РАМН Ю.П.Никитина – Новосибирск. 2000. С-165.

СТРУКТУРА СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ ЯКУТСКОГО РЕСПУБЛИКАНСКОГО ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА (ЯРПНД) В ДИНАМИКЕ ЗА 2010 – 2012 ГОДЫ

Тазлова Р.С., Трифонова И.Г.

Россия, Северо-Восточный федеральный университет имени
М.К.Аммосова, Медицинский институт

Россия, Якутский республиканский психоневрологический диспансер, г.
Якутск.

Аннотация. Структура психических заболеваний стационара ЯРПНД: состояние, проблемы. Ключевые слова: болезненность, заболеваемость, нозология, диспансеризация.

Abstract. Structure of stationary mental illness of Yakut republican psychoneurological clinic. Condition of the problem. Keywords: incidence, nosology, clinical examination.

Якутск является наиболее контрастным по температурному режиму городом мира (годовая амплитуда составляет 102,7°C), самым крупным городом в зоне вечной мерзлоты. Якутск – крупнейший по численности населения город на северо-востоке России, являющийся культурным и научным центром.

В г. Якутске, по сравнению с районами РС (Я) наиболее совершенные формы оказания психиатрической помощи. Основным психиатрическим учреждением является ЯРПНД со стационаром на 440 коек. Амбулаторная помощь оказывается по участковому принципу. Следует отметить, что в ЯРПНД работают врачи и медицинские сестры, имеющие стаж 10-20 и более

лет, аттестационные квалификационные категории имеют 70% врачей, 90% медицинских сестер.

В таблице 1 представлена болезненность по г. Якутску на 100.000 населения. Из таблицы 1 видно, что болезненность среди взрослого населения незначительно повышается, у детского населения отмечается четкая тенденция к снижению. Психиатрическая помощь оказывается по обращаемости, поэтому показатели имеют относительное значение.

Таблица 1 - Болезненность психическими расстройствами по г. Якутску на 100.000 населения

Год	Взрослые	Дети от 0 до 17 лет
2010	1876,0	2375,9
2011	1952,3	2083,4
2012	1968,8	2002,2

Из таблицы 2 видно, что заболеваемость как взрослого, так и детского населения имеет незначительные изменения, но это, видимо, зависит от активности обращаемости населения г. Якутска за психиатрической помощью.

Особо следует отметить, что болезненность и заболеваемость выше значительно у детского населения.

Таблица 2 - Заболеваемость психическими расстройствами в г. Якутске на 100.000 населения

Год	Взрослые	Дети от 0 до 17 лет
2010	125,7	266,5
2011	152,6	176,1
2012	137,6	208,3

Таблица 3 - Движение больных в стационаре ЯРПНД за 2010 – 2012 годы

Год	Поступило больных	Из них впервые в жизни	Выписано больных
2010	1493	552	1490
2011	1443	528	1450
2012	1443	454	1455

Из таблицы 3 видно, что стационар работает стабильно, имеет оптимальное движение больных, количество поступивших больных не превышает количество выписанных, отсутствует «оседаемость».

Таблица 4 - Соотношение нозологических форм стационарных больных в сравнительном аспекте в 2010 – 2012 годах

Год	Нозологические формы (основные)			
	Психозы шизофренического круга	Непсихотические психические расстройства	Органические психозы и слабоумие	Умственная отсталость
2010	629	402	210	207
2011	619	412	193	191
2012	603	344	238	212

Из таблицы 4 видно, соотношение нозологических форм за исследуемые годы не изменилось. Во всех случаях первое место занимают психозы шизофренического круга, второе – психические расстройства непсихотического характера, далее органические психозы и слабоумие, последнее место – умственная отсталость. Следует отметить большое количество стационарных больных с психическими расстройствами непсихотического характера, в перспективе их количество, несомненно, будет увеличиваться. В связи с этим необходимо в стационаре ЯРПНД в ближайшее время открыть отделение неврозов.

Одним из основных показателей эффективности стационарной психиатрической помощи является количество больных, поступивших впервые в жизни. Проведен анализ стационарных больных, поступивших впервые в жизни, по нозологическим формам.

Наибольшее количество, поступивших впервые в жизни, составляют больные с психическими расстройствами непсихотического характера (таблица 5).

Таблица 5 - Сравнительная характеристика по нозологическим формам больных, поступивших на стационарное лечение впервые в жизни

Год	Нозологические формы (основные)			
	Непсихотические психические расстройства	Умственная отсталость	Психозы шизофренического круга	Органические психозы и слабоумие
2010	287	110	81	62
2011	288	95	78	67
2012	213	107	81	36

Второе место занимают больные с умственной отсталостью, легкой и умеренной степени выраженности. Больные с умственной отсталостью поступают в основном для решения вопроса инвалидности, коррекции эмоционально-волевых нарушений. Психозы шизофренического круга занимают третью позицию, количество впервые поступивших примерно одинаковое в разные годы, что, несомненно, подчеркивает эндогенный характер заболевания, независимого от внешних условий. Далее идут органические психозы и слабоумие, при этом имеется тенденция к значительному снижению.

В заключение следует, что стационар ЯРПНД работает стабильно, поступают в основном курабельные больные, «оседаемость» отсутствует; соотношение нозологических форм психических расстройств соответствует современному уровню развития психиатрической практики в РФ [1,2]. Однако, больные получают психиатрическую помощь по обращаемости, официальные показатели болезненности и заболеваемости имеют относительное значение. Для совершенствования психиатрической помощи и службы в целом необходима диспансеризация организованных коллективов, ежегодная диспансеризация в детских садах, школах, средних и высших учебных заведениях для своевременного выявления психических расстройств и нарушений поведения.

Список литературы:

1. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Класс V: психические расстройства и расстройства поведения (F00 – F99) (адаптированный для

- использования в Российской Федерации). – Ростов-на-Дону: Изд-во «Феникс» - 1999г.
2. Национальное руководство по психиатрии под редакцией Т. Б. Дмитриевой и др. – М.: Изд-во ГЭОТАР – Медиа. – 2012г.

КОМПЬЮТЕРНАЯ СТАБИЛОМЕТРИЯ В ОБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ТРАНЗИТОРНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ АТАК В ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЛЯРНОМ БАССЕЙНЕ

ТАППАХОВ А.А.¹, КОННИКОВА Э.Э.¹, ХАБАРОВА Ю.И.²

¹Россия, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М.К.
АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

²Россия, РЕСПУБЛИКАНСКАЯ БОЛЬНИЦА №2 – ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ, г. ЯКУТСК

Аннотация. Постуральные нарушения являются одним из частых клинических проявлений транзиторных ишемических атак. Современным методом, позволяющим объективно оценить функционирование системы равновесия, является компьютерная стабилметрия. Стабилметрическое исследование проведено 30 пациентам с ТИА в вертебро-базиллярном бассейне. При этом у 100% обследованных выявлено нарушение постурального баланса в виде латеро- и ретропульсии, повышения скорости перемещения центра давления в 2 раза и увеличения площади статокинезиограммы в 3-5 раз по сравнению с нормативными данными.

Ключевые слова: транзиторные ишемические атаки, стабилметрия, головокружение.

Abstract. Postural violations are the most frequent clinical symptoms of transient ischemic attacks (TIA). The computer stabilometry is contemporary method for estimating function of equilibrium system. 30 patients with TIA localized in the vertebra-basillary territory are surveyed by method of computer stabilometry. All patients had impaired postural balance such as latero- and retropulsion, increase the speed of the center of pressure and increase the area of stabilography.

Key words: transient ischemic attacks, stabilometry, vertigo.

Актуальность исследования. Сосудистые заболевания головного мозга являются актуальной медико-социальной проблемой во всем мире: после перенесенного инсульта 15-30% лиц остаются стойкими инвалидами; наносится огромный ущерб экономике, учитывая расходы на лечение, медицинскую реабилитацию, потери в сфере производства. Основой предупреждения развития инсульта является идентификация лиц с повышенным риском и разработка профилактических программ (Фонякин А.В., Гераскина Л.А., 2012). Предиктором высокого риска инсульта являются транзиторные ишемические атаки (ТИА). Известно, что у одной трети пациентов после перенесенной ТИА развивается ишемический инсульт (Суслина З.А. и соавт., 2006; Скворцова В.И. и соавт., 2009). Одним из ведущих симптомов как ТИА, так и ишемического инсульта в вертебро-базиллярном бассейне является системное головокружение в сочетании с очаговыми симптомами (дизартрией, дисфагией, диплопией и т.д.) (Суслина З.А. и соавт., 2006; Фейгин В.И. и соавт., 2005). Вестибулярные, зрительные, соматосенсорные нарушения при ТИА обуславливают нарушение постурального баланса.

Современным методом, позволяющим быстро и точно оценить функционирование системы равновесия, является компьютерная стабилметрия (Скворцов Д.В., 2010). Использование стабилметрического исследования в качестве метода объективного функционального контроля в процессе реабилитации позволяет: 1) избежать элементов субъективности, связанных с возможностью различной квалификации врачей; 2) получить более индивидуальные количественные оценки (Ястребцева И.П. и соавт., 2014).

Цель исследования. Изучение особенностей клинической картины и стабилметрических показателей при транзиторных ишемических атаках в вертебро-базиллярном бассейне.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 124 пациентов, перенесших ТИА в вертебро-базиллярном бассейне и получивших стационарное лечение в неврологическом отделении для больных с

острыми нарушениями мозгового кровообращения регионального сосудистого центра ГБУ РС(Я) «РБ№2-ЦЭМП» за 2013 г. Все пациенты поступили с клиникой остро развившегося вестибулярного головокружения в сочетании с различными дополнительными симптомами. Из 124 пациентов мужчин – 46 (37,10%), женщин – 78 (62,90%). Возраст варьировал от 33 до 87 лет, средний возраст составил $60,58 \pm 1,05$ лет, причем женщин – $61,60 \pm 1,28$ год, мужчин $58,85 \pm 1,80$ лет. По этнической принадлежности европеоидной и азиатской расы составили 59 (47,58%) и 57 (45,97%) чел. соответственно, оставшиеся 8 (6,45%) пациентов относились к другой группе.

Стабилометрия проведена 30 пациентам (25 женщинам, 5 мужчинам) с диагнозом ТИА в вертебро-базиллярном бассейне, в среднем на 4-ые сутки от момента госпитализации ($4,03 \pm 1,62$ сут). Средний возраст обследованных равнялся $59,9 \pm 8,81$ годам (диапазон от 38 до 79 лет). Стабилометрическое исследование проводилось на диагностическо-реабилитационном комплексе «ST-150» по европейскому варианту установки стоп (в положении пятки вместе, носки разведены на угол в 30 градусов). Использовалась стандартная методика – проба Ромберга в фазы с открытыми глазами (ОГ) и с закрытыми глазами (ЗГ), продолжительностью 30 секунд каждая. В процессе регистрации в фазе ОГ пациент фокусировал взгляд на специальном маркере (круг с диаметром 5 см на дистанции 3 метра прямо перед глазами пациента). Смысл фазы ЗГ заключается в исключении влияния зрительного анализатора и сохранения вертикального положения исключительно за счет проприорецепции. Анализировались следующие показатели стабилометрии: среднее положение центра давления (ЦД) во фронтальной и сагиттальной плоскости, скорость ЦД, площадь статокинезиограммы. В качестве нормативов применялись референсные значения, заданные в программе STPL.

Статистический анализ проводился с помощью прикладной программы Microsoft Excel 2010 для Windows и Statistica 10.

Результаты исследования. Транзиторная ишемическая атака в вертебро-базиллярном бассейне наиболее часто развивалась на фоне артериальной

гипертензии (у 105 пациентов, или 84,68%); у 49 пациентов (39,52%) встречался остеохондроз шейного отдела позвоночника; сахарный диабет 2 типа и фибрилляция предсердий встречались у 11 (8,87%) и 9 (7,26%) пациентов соответственно. У 8 (6,45%) пациентов было выявлено сочетание артериальной гипертензии и сахарного диабета 2 типа; артериальной гипертензии и фибрилляции предсердий – 6 (4,84%) пациентов.

Вестибулярное головокружение сопровождалось рвотой у 57 (45,97%) пациентов. Изучение симптомов показало, что координаторные нарушения и дизартрия определяются наиболее часто: у 53 (42,74%) и 22 (17,74%) пациентов соответственно. Остальные нарушения отмечались в виде: гипестезии различной локализации у 8 (6,45%), зрительные нарушения – у 8 (6,45%), гемипарезы – у 2 (1,61%) пациентов. Сочетание вестибулярного головокружения с потерей сознания определялось у 9 (7,26%), амнезии – у 5 (4,03%), судорожного синдрома - у 1 (0,81%) пациента.

Всем пациентам была проведена нейровизуализация (компьютерная и/или магнитно-резонансная томография головного мозга) с целью исключения очага инфаркта мозга. По результатам обследования у 94 (75,81%) пациентов выявилась картина дисциркуляторной энцефалопатии различной степени, у остальных – картина в пределах нормы.

Компьютерная стабилметрия выявила отдельные признаки вертикальной нестабильности основной стойки от легкой до выраженной степени у 100% больных. При этом, смещение положения ЦД во фронтальной плоскости встречалось у 20 (66,7%) пациентов: в фазе ОГ у 8 пациентов наблюдалась латеропульсия влево ($X_{ОГ}=-8,9$ мм), у 10 – вправо ($X_{ОГ}=+9,6$ мм); в фазе ЗГ латеропульсия влево и вправо была выявлена у 6 и 5 пациентов соответственно и составила $X_{ЗГ}=-9,62$ мм и $+15,76$ мм. Смещение ЦД в сагиттальной плоскости назад (ретропульсия) в фазе ОГ встречалось у 17 пациентов ($Y_{ОГ}=-43,9$ мм), в фазе ЗГ – у 16 обследованных ($Y_{ОГ}=-46,5$ мм).

Скорость перемещения ЦД определяется отношением длины пути ЦД за время исследования ко времени исследования. Повышение данного показателя в фазе ОГ наблюдалось у 20 пациентов ($V_{ОГ}=22,0$ мм/с), что выше

нормативных величин в 2,1 раза; в фазе ЗГ – у 22 пациентов ($V_{ЗГ}=24,7$ мм/с) – превышает норму в 2,2 раза.

Площадь статокинезиограммы характеризует поверхность, занимаемую статокинезиограммой. Повышение данного показателя наблюдалось у 29 (96,7%) обследованных и составило $S_{ОГ}=506,4$ мм² и $S_{ЗГ}=877,8$ мм², что превышает нормативные значения в 5,1 и 3,4 раза соответственно.

Заключение. Таким образом, ТИА в вертебро-базиллярном бассейне чаще встречается у женщин; наибольший риск развития представляет артериальная гипертензия. По клинической картине при ТИА вестибулярное головокружение сочетается с рвотой (45,97%), координаторными нарушениями (42,74%) и дизартрией (17,74%). Остальные симптомы, такие как гипестезия (6,45%), гемипарез (1,61%), зрительные нарушения (6,54%), амнезия (4,03%), потеря сознания (7,26%), судорожный синдром (0,81%) встречаются с меньшей частотой. По данным нейровизуализации у 3/4 больных выявлялась картина дисциркуляторной энцефалопатии различной степени (75,81%).

Проведение стабилметрического исследования выявляет значительное нарушение постурального баланса в виде латеро- и ретропульсии, повышение скорости перемещения ЦД в 2 раза и увеличения площади статокинезиограммы в 3-5 раз по сравнению с нормативными данными. Перспективным представляется внедрение компьютерной стабилметрии в Региональный сосудистый центр для объективной оценки нарушений равновесия и баланса, вестибулярного, проприоцептивного и зрительного анализаторов, контроля эффективности лечебных мероприятий, а также для активной реабилитации пациентов с транзиторными ишемическими атаками в вертебро-базиллярной системе с использованием системы биологически обратной связи по опорной реакции.

Список литературы:

1. Скворцов Д.В. Стабилметрическое исследование: краткое руководство – М.: Москва, – 2010. – 174 с.

2. Скворцова В.И., Губский Л.В., Стаховская Л.В. и др. Ишемический инсульт. В книге «Неврология, национальное руководство». Под редакцией Е. И. Гусева, А. И. Коновалова, В. И. Скворцовой. Москва "ГЭОТАР-МЕДИА". 2009, С. 592-615.
3. Суслина З.А., Варакин Ю.Я., Верещагин Н.В. Сосудистые заболевания головного мозга. – М. 2006. – 255 с.
4. Фейгин В., Виберс Д., Браун Р. Инсульт: Клиническое руководство. – М.: Бином; СПб.: Диалект, 2005. – 608 с.
5. Ястребцева И.П., Баклушин А.Е., Мишина И.Е. Рекомендации по организации двигательной активности у пациентов с церебральным инсультом на этапе ранней реабилитации. – М.: ООО «ИПЦ «Маска», 2014. – 116 с.

АНТИЛЕЙКОТРИЕНОВЫЕ ПРЕПАРАТЫ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

ТИХОНОВА Н.К., ЛИТВИНЕНКО С.Н., ЛОБАНОВА Н.Е.

РОССИЯ, БАЛТИЙСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. И. КАНТА

РОССИЯ, КАЛИНИНГРАДСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА

РОССИЯ, ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №1, г. КАЛИНИНГРАД

Аннотация. Антилейкотриеновые препараты включают антагонисты рецепторов цистеиниловых лейкотриенов 1-госубтипа (Монтелукаст, Зафирлукаст) и ингибитор 5-липоксигеназы (Зилеутон). Клиническая эффективность Монтелукаста (может назначаться детям с двухлетнего возраста) доказана более чем в 50 контролируемых исследованиях, включающих в общей сложности более 25 тысяч пациентов. В представленной статье обсуждаются наиболее значимые эффекты лейкотриенов и клинические исследования монтелукаста у детей дошкольного и школьного возрастов, страдающих бронхиальной астмой и другими заболеваниями.

Ключевые слова: лейкотриены, дети, бронхиальная астма, антилейкотриеновые препараты, монтелукаст.

Abstract. Leukotriene blockers include receptor antagonists (Montelukast, Zafirlukast) and 5-lipoxygenase inhibitor (Zileuton). Clinical efficacy of Montelukast (may be administered to children aged two years) has been proved in more than 50 controlled studies involving a total of more than 25,000 patients. In the present article discusses the most significant effects of leukotrienes and important clinical trials of montelukast in preschool and school age suffering from bronchial asthma and other diseases.

Keywords: leukotrienes, children, bronchial asthma, leukotriene modifiers drugs, montelukast.

Антилейкотриеновые препараты эффективны, безопасны и одобрены в нашей стране для использования у детей при ряде аллергических заболеваний. Обзор существующей литературы показал их клиническую эффективность при ряде заболеваний, в патогенезе которых играют роль клеточные медиаторы воспаления – лейкотриены (LT). Однако одобренные инструкции по применению этих препаратов не содержат конкретных указаний по длительности курсов терапии. Целью настоящего исследования явилось обобщение данных о фармакологии, патофизиологии лейкотриенов и применяемых курсах антагониста лейкотриеновых рецепторов Монтелукаста в терапии аллергических заболеваний у детей.

Патофизиологическая роль лейкотриенов в реализации воспалительной реакции. Патофизиологическая роль отдельных лейкотриенов в воспалительной реакции достаточно изучена. LT, известные ранее как медленно реагирующая субстанция анафилаксии, являются эндогенными метаболитами арахидоновой кислоты (АК), содержащими функционирующую терминальную карбоксильную и четыре или более двойных связей, а также другие функциональные группы. АК высвобождается из фосфолипидного слоя мембран клеток под действием фосфолипазы А₂. Метаболизм свободной АК осуществляется в двух направлениях. Первое, при участии фермента циклооксигеназы, - трансформирует АК в простаноиды (простагландины, простаглицлин, тромбоксан). Второе, по 5-липооксигеназному (5-LO) пути при помощи активирующего 5-LO белка (FLAP), - обуславливает образование различных форм лейкотриенов. При этом образуются два класса LT: непетидные лейкотриены (LTA₄, LTB₄) и цистеиновые лейкотриены (ЦЛ): LTC₄, LTD₄, LTE₄. Действие 5-LO ограничено и распространяется на отдельные миелоидные клетки (нейтрофилы, эозинофилы, моноциты/макрофаги, мастоциты/базофилы и В-лимфоциты). Наибольшее патогенетическое значение имеют ЦЛ (LTC₄, LTD₄, LTE₄) – группа липидных высокоактивных веществ, образующаяся из АК в активированных эозинофилах, базофилах, тучных клетках и макрофагах. Свое название эта группа веществ получила потому, что впервые оригинальные молекулы были получены из

лейкоцитов, а их химическая структура содержит три двойные связи – «триен» и аминокислоту цистеин. Под действием 5-LOиз АК образуется нестабильный LTA_4 , который быстро преобразовывается в LTC_4 или LTB_4 . В эозинофилах, тучных клетках и макрофагах LTC_4 преобразуется в LTD_4 . Последний, в свою очередь, под действием внеклеточной дипептидазы превращается в LTE_4 . LTB_4 преимущественно продуцируется нейтрофилами. Лейкотриены проявляют свои биологические эффекты, воздействуя на специфические лейкотриеновые рецепторы, присутствующие на клеточных мембранах. ЦЛ активизируют CysLT-рецепторы 1 и 2 подтипов (CysLT₁ и CysLT₂). Клонирование рецептора CysLT₁ установило, что он в основном локализуется в легочных клетках гладкой мускулатуры, бронхов, макрофагах и моноцитах периферической крови. LTB_4 активизирует BLT-рецептор [1]. CysLTs являются самым мощными бронхоконстрикторными агентами, эффект которых в 100-1000 раз превышает аналогичное действие гистамина [2]. Они усиливают гиперчувствительность дыхательных путей, увеличивают сосудистую проницаемость, угнетают цилиарную активность бронхов, индуцируют пролиферацию гладкой мускулатуры, что указывает на их роль в ремоделировании бронхов. Особо следует отметить, что реализация эффектов LT проявляется через 5-10 минут с момента их образования и сохраняется на протяжении ранней и поздней фазы воспаления. В опытах *in vitro* показано, что LTC_4 и LTD_4 являются мощными стимуляторами секреции дыхательных путей. Они имеют прямую хемотаксическую активность к эозинофилам. Действие LTB_4 остается недостаточно изученным. В настоящее время установлено, что он обладает высокой хемотаксической активностью к нейтрофилам, что может быть связано с нейтрофилией, наблюдаемой в поздней фазе аллергической реакции у пациентов с обострением тяжелой бронхиальной астмы [3].

Описанные биологические свойства позволяют с большой долей уверенности утверждать, что лейкотриены играют одну из ключевых ролей в патогенезе бронхиальной астмы.

Фармакокинетика и дозировка антилейкотриеновых препаратов. Антилейкотриеновые препараты по механизму действия делятся на две группы: антагонисты лейкотриеновых рецепторов (АЛРП) и ингибиторы

биосинтеза лейкотриенов. Пранлукаст, Зафирлукаст и Монтелукаст, утвержденные на различных рынках мира, являются антагонистами CysLT рецепторов. Единственно доступным на рынке препаратом из ингибиторов синтеза лейкотриенов является Зилеутон. Действие этого препарата реализуется путем ингибирования 5-LO фермента. В нашей стране в детской практике наибольшее применение имеет Монтелукаст. Пранлукаст в нашей стране не зарегистрирован.

CysLT₁ являются мишенью антагонистов лейкотриеновых рецепторов. Сравнительная оценка антилейкотриеновых препаратов по данным их инструкций (табл. 1) продемонстрировала преимущества применения антагониста цистениловых лейкотриеновых рецепторов первого класса Монтелукаста – мощного и высокоселективного ALP₁ типа.

Таблица 1 - Сравнительная фармакологическая характеристика ALPP

Препарат	Механизм действия	Показания	Побочные эффекты
Монтелукаст	Антагонист рецепторов CysLT ₁	Лечение и профилактика БА, БА физического напряжения, аспириновая БА, совместно с ИГКС при легкой персистирующей и средней тяжести БА, AP	Головная боль, абдоминальная боль, возможна связь с синдромом Чарга — Стросса
Зафирлукаст	Антагонист рецепторов CysLT ₁	БА физического напряжения, аспириновая БА, в качестве дополнения к терапии ИГКС БА	Головная боль, абдоминальная боль, повышение печеночных трансаминаз, синдром Чарга — Стросса, наличие лекарственного и пищевого взаимодействия
Зилеутон	Ингибитор 5-липоксигеназы	БА физического напряжения, аспириновая БА	Головная боль, боль в животе, повышение печеночных трансаминаз, гепатотоксичность

Сродство монтелукаста к рецепторам в два раза выше естественных лигандов – лейкотриенов. Монтелукаст быстро всасывается после перорального приема. Пиковая концентрация препарата в плазме крови

сохраняется на протяжении 2-3-х часов, а его биодоступность колеблется от 66% до 73% и мало зависит от приема пищи. Препарат практически не проникает через гемато-энцефалитический барьер, метаболизируется в печени и выводится через желудочно-кишечный тракт с желчью.

Таблица 2 - Краткий обзор исследований эффективности монтелукастапри БА у детей[4]

Исследователь	Дизайн	Пациенты	Назначения	Критерии оценки	Выводы
Straubetal., 2005	RCT, DB	10-26 мес (n=24) Ранняя БА	МТ (4мг) vs плацебо	FeV _{0.5} , FeNO, динамика симптомов	Достоверное улучшение
Bisgaardetal., 2005	RCT, DB	2-5 лет (n=549) Интермиттирующая БА	МТ (4/5мг) vs плацебо, 12 мес.	Эпизоды обострения БА	Снижение обострений БА
Vanetal., 2005	RCT, DB	6-24 мес.	МТ (4мг) vs плацебо 6 нед.	НЯ, частота приступов и приема В ₂ -агонистов	Хорошая переносимость МТ
Beckeretal., 2004	RCT, DB многоцентровое	6-14 лет (n=138) БА средней степени	МТ (5мг) vs плацебо 8нед.	% изменения FeV ₁	Достоверное улучшение (p=0.005)
Phipatanakuletal., 2003	RCT, DB	6-14 лет (n=138) Персистирующая БА	МТ vs плацебо 24нед.	Дни без обострения (RFD)	МТ в комплексе с ИГКС увеличивал RFD
Strauchetal., 2003	RCT	6-14 лет (n=25) Стероидзависимая БА	МТ (5мг) vs плацебо 4нед.	ЕСР, Ео в мокроте, FeNO, QOL	МТ снижал ЕСР, улучшал QOL, другие показатели не изменялись

Таблица 2 - Краткий обзор исследований эффективности монтелукаста при БА у детей [4] (продолжение)

Stelmachetal., 2002	RCT, DB	(n=39) Легкая атопическая БА	MT vs плацебо 6нед.	IL2R,IL-4, sICAM,ЕСРп лазмы, FeV ₁	Снижениеур овеня маркеров воспаления
Phipatanaket al., 2002	RCT, DB	6-14лет (n=18) БА, кошачий аллерген	MT vs плацебо 1нед.	Респиратор ные симптомы, FeV ₁	MT ослаблял респираторн ые симптомы
Knorretal., 2001	RCT, DB многоц ентрово е	2-5 лет (n=689) Персистиру ющая БА	MT (4mg)vs плацебо 12нед.	Контроль симптомов БА, НЯ, QOL	Эффективно сть, хорошая переносимо сть
Bisgaardetal., 2000	RCT, DB	3-5 лет (n=13)	MT (5mg) vs плацебо 2 дня	Индукция бронхоспаз ма холодным воздухом	Достоверное снижение бронхоспаз ма
Bisgaardet al., 1999	DB	6-15 лет (n=26)	MT (5mg) 2 нед	FeNOvs плацебо	Достоверное снижениеFe NO
Knorretal., 1998	RCT, DB многоц ентрово е	6-14 лет (n=336) Хроническа я БА	MT (5mg) vs плацебо 8 нед.	% отклонени йFeV ₁ утром	p<0.001 MT vs плацебо

Сокращения: RCT – рандомизированно контролируемое исследование, DB - Двойное слепое, MT - монтелукаст, FeNO -выдыхаемый оксид азота, QOL - качество жизни, ЕСР - Эозинофильная катионный белок, Ео– эозинофилы, sICAM - межклеточная адгезия молекул, НЯ –нежелательные явления

Монтелукаст в лечении бронхиальной астмы у детей. Анализ данных о применении монтелукаста в лечении БА у детей (табл. 2) подтвердил эффективность и безопасность применения монтелукаста у детей с различными вариантами течения бронхиальной астмы, аспириновой БА и БА физического усилия.

Монтелукаст в лечении других заболеваний у детей. Роль монтелукаста в улучшении симптомов и функции легких у детей с бронхитом, обусловленным RSV, и в предотвращении повышения реактивности

дыхательных путей после перенесенного заболевания доказана в рандомизированном плацебо контролируемом исследовании 130 детей, 3-36 месячного возраста, которые получали монтелукаст или плацебо в течение 28 дней, начиная с 7 дня начала острых симптомов RSV-бронхиолита. 22% детей, получавших монтелукаст не имели симптомов бронхиальной обструкции (в группе плацебо – 4%, $p = 0,015$). Дневной кашель и появление симптомов обструкции бронхов возникали в более поздние сроки у детей, получавших монтелукаст ($p < 0,05$) [5]. Опубликованы данные об успешном применении монтелукаста в лечении хронической крапивницы [6], кистозного фиброза [7], мигрени [8], эозинофильного гастроэнтерита [9], весеннего кератоконъюнктивита [10].

Таким образом, Монтелукаст является мощным и высокоселективным антагонистом лейкотриеновых рецепторов 1 типа с доказанной эффективностью и безопасностью при применении в качестве монотерапии или совместно с ИГКС у детей с различными вариантами бронхиальной астмы, а также при БА физического напряжения, аспириновой БА и ряда других аллергических заболеваний. Клиническая эффективность монтелукаста продемонстрирована у детей с БА и другими аллергическими заболеваниями при соблюдении суточных возрастных дозировок препарата курсами от 1 дня до 12 месяцев.

Список литературы:

1. Sarau HM, Ames RS, Chambers J et al. Identification, molecular cloning, expression, and characterization of acysteinyl leukotriene receptor. *MolPharmacol* 1999; 56: 657-663.
2. Bisgaard H, Groth S, Madsen F. Bronchial hyperreactivity to leukotriene D4 and histamine in exogenous asthma. *Br Med J* 1985; 290: 1468-1471.
3. Spada CS, Nieves AL, Krauss AH-P, Woodward DF. Comparison of leukotriene B4 and D4 effects on human eosinophils and neutrophil motility in vitro. *J LeukocBiol* 1994;55: 183-191.
4. WaliaM., LodhaR., KabraS.K. Montelukast in Pediatric Asthma Management // *Ind. J. Pediatr.*, 2006; 73:275-282.
5. Bisgaard H. Study Group on Montelukast and Respiratory Syncytial Virus. A randomized trial of montelukast in respiratory syncytial virus postbronchiolitis. *J RespirCrit Care Med* 2003; 167: 379-383.

6. Sanada S, Tanaka T, Kameyoshi Y, Hide M. The effectiveness of montelukast for the treatment of anti-histamine-resistant chronic urticaria. *Arch Dermatol Res* 2005; 26: 1-5.
7. Stelmach I, Korzeniewska A, Smejda K, Jarosz I, Stelmach W. Effect of montelukast on lung function and clinical symptoms in patients with cystic fibrosis. *PneumonolAlergol Pol* 2004; 72:85-89.
8. Brandes JL, Visser WH, Farmer MV et al. Montelukast for migraine prophylaxis: a randomized, double-blind, placebocontrolled study. *Headache* 2004; 44: 581-586.
9. Quack I, Sellin L, Buchner NJ, Theegarten D, Rump LC, Henning BF. Eosinophilic gastroenteritis in a young girl-long term remission under montelukast. *BMC Gastroenterol* 2005; 18:24.
10. Lambiase A, Bonini S, Rasi G, Coassin M, Bruscolini A, Bonini S. Montelukast, a leukotriene receptor antagonist, in vernal keratoconjunctivitis associated with asthma. *Arch Ophthalmol*2003; 121: 615-620.

ХРОНИЧЕСКАЯ АБДОМИНАЛЬНАЯ ИШЕМИЯ У БОЛЬНЫХ С ВИСЦЕРОПТОЗОМ

ТОБОХОВ А.В., СЕМЕНОВ Д.Н.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

РОССИЯ, РЕСПУБЛИКАНСКАЯ БОЛЬНИЦА №1 – НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНЫ,
Г. ЯКУТСК

Аннотация. Обследовано 205 пациентов с хроническим толстокишечным стазом, преобладающее большинство составили коренные народности-163% (79,5%). Ультразвуковая доплерография верхней брыжеечной артерии больным страдающим хроническим толстокишечным стазом проведена у 17 (27,4%) больных с компенсированной степенью ХТС, 25 (40,3%) больным с субкомпенсированной степенью ХТС и 20 (32,2%) пациентам с декомпенсированной степенью. Контрольная группа - 18 (8,8%) человек без ХТС. Консервативная терапия больных с висцероптозом направленная на улучшение микроциркуляции стенки ободочной кишки и купирования синдрома хронической абдоминальной ишемии позволила повысить эффективность лечения в 93,7% случаев и отсрочить проведение радикальной операции в 61,9% случаях.

Ключевые слова: хроническая абдоминальная ишемия, хронический толстокишечный стаз, колоноптоз, висцероптоз.

Abstract. The study involved 205 patients with chronic stasis, the vast majority were indigenous peoples, 163% (79.5%). Doppler ultrasound of the superior mesenteric artery of patients suffering from chronic stasis was performed in 17 (27.4%) patients with compensated degree ХТС, 25 (40.3%) patients with CTD subcompensated degree and 20 (32.2%) patients with decompensated degree. The control group - 18 (8.8%) patients without CTS. Conservative treatment of patients with visceroptosis aimed at improving the microcirculation of human colon wall edema syndrome and chronic

abdominal ischemia has improved the effectiveness of treatment in 93.7% of cases and delay the holding of radical surgery in 61.9% of cases.

Key words: chronic abdominal ischemia, chronic stasis, kolonoptoz, visceroptosis.

Хроническое нарушение висцерального кровообращения в литературе больше известно под термином «angina abdominalis» и впервые предложено Vacelli в 1903 году. А в 1979 году А.В. Покровский предложил термин «синдром хронической абдоминальной ишемии» (СХАИ). По мнению авторов, механизм происхождения болей при этом синдроме идентичен стенокардии напряжения и связан с недостатком притока крови к активно функционирующим органам брюшной полости, вследствие нарушения кровотока по измененным висцеральным артериям. Необходимо отметить, что схожие симптомы описывались исследователями, изучавшими проблему висцероптоза. Авторы [2,6] отмечают, что одним из ведущих симптомов у больных страдающих данной патологией, после запоров, является болевой синдром, различный по интенсивности и локализации. Причина развития болевого синдрома у больных с висцероптозом до конца не изучена. Не исключено, что болевой синдром при висцероптозе может быть вызван и хронической ишемией кишечника. Следует подчеркнуть то, что в клинике, всестороннее изучение ишемической болезни кишечника крайне затруднено, так как она встречается реже других видов абдоминальной патологии [1,3]. Из-за сложности своевременной диагностики это заболевание нередко распознается лишь в поздних стадиях, когда по сути дела упущена возможность провести целенаправленное консервативное лечение пациента [4,5].

Материал и методы исследований. Проведено обследование 205 больных, находившихся на амбулаторном и стационарном лечении по поводу висцероптоза в Республиканской больнице №1-НЦМ с 1998 по 2009 гг.

Возраст больных колебался от 18 до 70 лет. Из 205(100%) больных - 187(91,2%) пациентов находились в наиболее трудоспособном возрасте - от 21 до 50 лет. Мужчин - 23(11,2%) человек, женщин – 182(88,8%). По национальности пациенты распределились следующим образом:

163(79,5%) человека представлены коренными национальностями (якуты, эвены, эвенки), остальные 42(20,5%) больных - других национальностей (русские, белорусы, украинцы, татары, армяне).

В зависимости от степени хронического толстокишечного стаза (ХТС) пациенты разделены на 3 группы: первая группа – 51(24,8%) человек с компенсированной степенью ХТС, вторая группа – 62(30,2 %) пациента с субкомпенсированной степенью ХТС и третья группа – 74(36,2%) больных с декомпенсированной степенью ХТС. Контрольная группа составлена из 18(8,8%) человек, у которых не выявлен висцероптоз и синдром ХТС.

Всем больным проведены следующие методы исследований: ирригоскопия, ректороманоскопия, ультразвуковая доплерография верхней брыжеечной артерии (ВБА), селективное ангиографическое исследование брыжеечных артерий, морфологическое исследование резецированных участков ободочной кишки.

Результаты и обсуждение. По нашему мнению, в большинстве случаев из-за деформации брыжейки кишки у больных с висцероптозом преобладает ишемия кишечника в связи с нарушением архитектоники артерий и нарушением микроциркуляции крови в бассейне верхней брыжеечной артерии. На это указывает то, что в большинстве случаев болевой синдром у больных с висцероптозом носит схваткообразный характер -140 наблюдений (74,8%), а локализация болей в правой половине-138 случаев (73,8%) и внизу живота-104 случая (55,6%). По всей видимости, сильная схваткообразная боль связана с ишемическим характером болей и раздражением нервных периартериальных сплетений в ответ на недостаток поступления кислорода к стенкам кишечника.

Ультразвуковая доплерография верхней брыжеечной артерии больным, страдающим хроническим толстокишечным стазом, проведена у 17 (27,4%) больных с компенсированной степенью ХТС, 25 (40,3%) больным с субкомпенсированной степенью ХТС и 20 (32,2%) пациентам с декомпенсированной степенью. Контрольная группа - 18 (8,8%) человек без ХТС (табл.1).

Мы считаем наиболее информативным, у данной категории больных, проведение исследований кровотока только на верхней брыжеечной артерии, так как ствол нижней брыжеечной артерии чаще около 2-4 мм в диаметре и точно визуализировать и обнаружить при ультразвуковом исследовании представляет определенные трудности. Также, мы обращали внимание на параметры периферического сопротивления (R_i) и пульсаторного индекса (P_i) в бассейне верхней брыжеечной артерии, которое мы определяем во всех группах больных. Расчет параметров сопротивления производится компьютером ультразвукового аппарата автоматически.

Таблица 1 - Результаты измерения скорости кровотока в верхней брыжеечной артерии в исследуемых группах (см/сек)

	Степень компенсации ХТС, n			Контрольная группа, n=18
	I группа компенсации	II группа субкомпенсации	III группа декомпенсации	
	n=17	n=25	n=20	
Скорость кровотока в положении клиностаза	89,5±4,1*	87,3±6,6*	86,3±7,6*	116±4,2
Скорость кровотока в положении ортостаза	60,8±11,8*	58,2±5*	55,9±4,5*	87,4±4,2

Примечание* - показатели статистически значимы по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$).

В группе больных с компенсированной степенью ХТС отмечается увеличение периферического сопротивления сосудов при изменении положения тела из горизонтального в вертикальное с $0,84 \pm 0,07$ до $0,88 \pm 0,06$ и в группе с субкомпенсированной степенью, соответственно с $0,77 \pm 0,1$ до $0,81 \pm 0,09$. У больных с висцероптозом в степени декомпенсации ХТС отмечено увеличение периферического сопротивления при изменении положения тела с $0,73 \pm 0,09$ до $0,80 \pm 0,08$. В контрольной группе периферическое сопротивление снижалось при перемене тела из положения лежа в положение стоя – от $0,84 \pm 0,04$ до $0,80 \pm 0,03$ см/сек.

Полученные результаты указывали на то, что у больных с висцероптозом при изменении положения тела кровотоки испытывают сопротивление периферическое сопротивление тканей, а у здоровых людей меньше.

Показатели пульсаторного индекса (P_i) у больных с компенсированной степенью ХТС увеличивались - с $2,33 \pm 1,09$ до $2,48 \pm 1,09$. Такие же показатели и в степени субкомпенсации - с $2,45 \pm 0,80$ до $2,59 \pm 0,87$.

У пациентов в степени декомпенсации ХТС отмечается увеличение пульсаторного сопротивления с $2,74 \pm 0,99$ до $3,16 \pm 1,03$. В контрольной группе пульсаторный индекс снижался из положения клиностаза в положение ортостаза – с $2,29 \pm 0,99$ до $2,14 \pm 0,96$.

Таким образом, результаты измерения скорости кровотока в бассейне ВБА показывают, что у больных с висцероптозом в положении лежа скорость кровотока почти в 2 раза выше чем в вертикальном положении. Чем выше степень толстокишечного стаза, тем ниже скорость кровотока. В тоже время, показатели периферического сопротивления и пульсаторного индекса повышаются в вертикальном положении. Это свидетельствует о том, что у больных с висцероптозом в вертикальном положении ток крови в ВБА испытывает сопротивление, что приводит к снижению скорости микроциркуляции стенки отдельных сегментов или всего толстого кишечника. Постоянная низкая скорость кровотока и высокое периферическое сопротивление в системе ВБА обуславливает развитие хронической абдоминальной ишемии, которая клинически проявляется болевым синдромом, особенно во время усиления перистальтики.

Полученные результаты снимков ангиографии также выявили в 4 (15,3%) случаях при тотальном колоноптозе наблюдались выраженные деформации верхней брыжеечной артерии с образованием патологических перегибов в области илеоцекального угла. У 5 (19,2%) больных выявлены двустволки в селезеночном изгибе ободочной кишки с образованием острого угла с развитой коллатеральной сетью в этом сегменте толстой кишки. В 2 (7,7%) случаях выявлено удлинение сигмовидной кишки с измененной архитектурой брыжейки кишки.

Проведенные нами гистологические исследования стенки резецированных участков толстой кишки показали, что при висцероптозе возникают реактивные морфологические изменения слизистой и подслизистой оболочек толстой кишки, наиболее часто проявляющиеся в гипертрофии и гиперсекреции крипт Либеркюна, отека и лейкоцитарной инфильтрации подслизистой. Крайними проявлениями этих изменений является кистозная трансформация крипт и фиброзирование подслизистой оболочки. Подобные изменения также наблюдаются у больных с ишемией кишечника, так как фиброзная ткань менее чувствительна к гипоксии. Итогом хронической ишемии кишечника является гибель подавляющего большинства ганглиев и нейронов в подслизистых нервных сплетениях.

Ранее разработанный алгоритм диагностики больных с висцероптозом (А.В. Тобохов, 2003) нами усовершенствован добавлением ультразвукового исследования скорости кровотока в ВБА, который необходим для выбора метода консервативной терапии. Пациентов с ХТС в степени компенсации оперативная коррекция ХТС может быть показана при наличии выраженного абдоминального болевого синдрома. Данным больным показано проведение резекции левого фланга ободочной кишки с двухсторонней колонопексией, которая по нашим данным позволяет надежно нормализовать эвакуаторную функцию толстой кишки и купировать болевой синдром.

Пациентам с компенсированной степенью ХТС без выраженного болевого синдрома показано проведение консервативного лечения, включающего сосудистую терапию. Консервативное лечение проведено 53 (28,3%) больным из 187 (100%) обследованных больных. В том числе у 32 (17,1%) с компенсированной степенью ХТС (1 группа) и с субкомпенсированной степенью ХТС 21 (11,2%) больной (2 группа) была применена комплексная терапия с курсами сосудистой терапии. Сосудистая терапия направлена на улучшение реологии крови

После проведенного лечения в 1 группе больных купировались схваткообразные боли. У 17 (53,1%) пациентов уменьшилась длительность

задержки стула с 3-5 дней до 1-2 дней. При этом у 13 (40,6 %) их них полностью восстановился регулярный стул. В 2 (1,1%) случаях жалобы больных не изменились.

Во 2 группе улучшение от консервативного лечения отмечали 13 (61,9±10,5%) человек. У них уменьшилось количество дней задержки стула с 10 дней до 3-5 дней, боли купировались. 8 (38,0±10,5%) больных продолжали жаловаться на запоры до 10 дней, болевой синдром не купировался или сменил локализацию. Данным больным были проведены операции.

До начала консервативного лечения сосудистыми препаратами были сняты показания скорости кровотока и верхней брыжеечной артерии по принятой методике.

В 1 группе после консервативной терапии показатели скорости кровотока в клиностазе в ВБА составила - 103,8±3,5 см/сек, ортостазе – 71,7±7,9 см/сек.

Во 2 группе с субкомп. степенью ХТС снижение скорости кровотока в ВБА при изменении тела из горизонтального в вертикальное положение незначительное, чем до лечения. Показатели скорости кровотока на ВБА составили после проведенного комплексного лечения - 98,8±2,4 см/сек в клиностазе - 73,4±9,6 см/сек в ортостазе.

В первой группе, у 30 (93,7%) больных, которым применена консервативная терапия в течение года отмечалось улучшение кровотока, в ортостазе. В 2 (1,1%) случаях отмечен неудовлетворительный результат. У этих больных сохранились боли в животе и задержка стула. Ультразвуковые показатели скорости кровотока от положения тела не улучшились. Пациентам предложено оперативное лечение. В группе с субкомпенсированной степенью ХТС отмечалось улучшение у 13 (61,9%) человек, а у 8 (38,0%) больных консервативное лечение не помогло, и им предложено оперативное лечение.

Хирургическое лечение проведено 174 (93%) пациентам из 187 (100%) обследованных больных с висцероптозом. При этом правосторонняя колонопексия выполнена 26 (14,9%), а двухсторонняя - 113 (65,0%)

больным. В 2 (7,7%) случаях из 26 (14,9%) больных правосторонняя колонопексия сочеталась с резекцией поперечно-ободочной кишки, а в 4 (15,3%) - с резекцией сигмовидной. В 83 (47,7%) случаях применена резекция левого фланга ободочной кишки с двухсторонней колонопексией. Субтотальная резекция ободочной кишки применена 35 (20,1%) больным. Показаниями к операции у больных с компенсированной степенью ХТС послужило наличие выраженного болевого синдрома.

34 (100%) больным из числа оперированных пациентов проведена ультразвуковая доплерография ВБА. После операции отмечалось улучшение состояния, так у 6 (17%) больных с компенсированной степенью ХТС, но с болевым синдромом, полностью купировались боли, стул установился регулярный, или через день. В группе пациентов с субкомпенсированной степенью ХТС - 11 (32,3%) человек, также в значительной мере перестали беспокоить боли схваткообразного характера, стул установился у 7 (20,5%) человек ежедневный, у 4 (11,7%) больных задержка стула уменьшилась с 5-6 дней до 2-3 дней, болевой синдром купирован. В группе с декомпенсированной степенью ХТС у 17 (50%) больных, наблюдался положительный эффект в виде регресса болей в животе, установлении регулярного стула. У 8 (23,5%) больных установился регулярный стул, у 3 (8,8%) человек длительные запоры сократились до 3-5 дней, в 5 (14,7%) случаях запоры сократились до 2-3 дней.

У больных с компенсированной степенью ХТС изменения скорости кровотока в ВБА в клиностазе и ортостазе после проведенных операций мы наблюдали следующие параметры: в клиностазе – $93,5 \pm 5,9$ см/сек, в ортостазе – $91,5 \pm 6,7$ см/сек. У пациентов с субкомпенсированной степени ХТС в клиностазе - $89,5 \pm 12,5$ см/сек и в ортостазе - $79,3 \pm 12,2$ см/сек. У больных с декомпенсированной степенью ХТС показатели кровотока в клиностазе – $87,8 \pm 9,8$ см/сек, в ортостазе – $73,4 \pm 18,0$ см/сек.

У больных с компенсированной и субкомпенсированной степенью ХТС после операций показатели периферического сопротивления уменьшались при изменении положения тела из клиностаза в положение ортостаза. Так, у пациентов с субкомпенсированной степенью в клиностазе - $0,85 \pm 0,1$;

ортостазе - $0,82 \pm 0,11$, соответственно. У больных с декомпенсированной степенью ХТС в клиностазе - $0,81 \pm 0,09$; в ортостазе - $0,79 \pm 0,09$.

Надо отметить, недостаточно удовлетворительный результат у 2 (5,8%) больных, у одного больного сохранились боли распространенного характера, запоры уменьшились с 12 дней до 6-8 дней, и у второго больного запоры уменьшились незначительно с 10 дней до 8 дней, но болевой синдром купировался.

Таким образом, оперативное лечение улучшило состояние больных с висцероптозом. При этом уменьшился или полностью исчез болевой синдром, уменьшилась длительность задержки стула. Мы считаем, что этому способствует удаление нефункционирующих сегментов толстой кишки, фиксация флангов, разъединение спаек - все это приводит к расправлению брыжейки поперечно-ободочной кишки восстановлению нормальной архитектоники ветвей верхней брыжеечной артерии.

Заключение. Таким образом, у больных с висцероптозом, при проведении ультразвуковой доплерографии, отмечается снижение скорости кровотока в бассейне верхней брыжеечной артерии в ортостазе на 32,0%, по сравнению со скоростью кровотока в клиностазе, а также усиливается периферическое сопротивление, что обусловлено выраженными перегибами, деформациями ободочной кишки, вследствие её девиаций, вызывающих хроническую ишемию ободочной кишки. В связи с малым диаметром нижней брыжеечной артерии достоверно провести оценку кровотока с применением ультразвукового исследования не возможно.

Морфологическая картина стенки ободочной кишки у больных с висцероптозом в субкомпенсированной и декомпенсированной степени хронического толстокишечного стаза схожа с изменениями у больных с синдромом хронической абдоминальной ишемии. При этом на фоне нарастания хронической ишемии стенки кишки наблюдается деструкция ганглиев, происходит выраженное замещение здоровых тканей на фиброзную в 82,3 % случаев.

Введение в алгоритм диагностики висцероптоза ультразвуковой доплерографии позволяет выявить нарушения гемодинамики в бассейне верхней брыжеечной артерии у больных с висцероптозом в 100% случаев.

Консервативная терапия больных с висцероптозом направленная на улучшение микроциркуляции стенки ободочной кишки и купирования синдрома хронической абдоминальной ишемии позволила повысить эффективность лечения в 93,7% случаев и отсрочить проведение радикальной операции в 61,9% случаях.

Разработка дальнейших методов исследования микроциркуляции стенки толстой кишки позволило бы улучшить результаты лечения данной категории больных

Список литературы:

1. Давыдов Ю.А. Инфаркт кишечника и хроническая мезентериальная ишемия. М. Мед., 1997. 158 с.
2. Иванов А.И. Хронический толстокишечный стаз, обусловленный аномалиями развития, фиксации ободочной и прямой кишок (этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика и хирургическое лечение): Дисс... докт. мед. наук. М., 1996. 277с.
3. Кузнецов М.Р. и др. Хроническая ишемическая болезнь органов пищеварения: клинические варианты и тактика лечения // Грудн. сердеч.-сосуд, хирургия. 1999. № 4. С. 35-39.
4. Покровский А.В. Клиническая ангиология. М. Медицина. 2001. Т.2. С.129.
5. Савельев В. С. и др. Особенности висцерального кровообращения при хронической ишемической болезни органов пищеварения и дислиппротеидемии // Грудн. и сердеч.-сосуд. хирургия. 1999. № 4. С. 40-45.
6. Тобохов А.В. Диагностика и хирургическое лечение висцероптоза: Дисс.докт. мед. наук. М., 2003. 213с.

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО И ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИЯМИ МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ

Устюжина Т.В., Иванова О. Н.

Россия, Северо-Восточный федеральный университет имени
М.К.Аммосова, Медицинский институт

Аннотация. Данная статья посвящена вопросам распространенности инфекций мочевыводящей системы (ИМС) у детей в Республике Саха(Якутия) – регионе с экстремальными климато-географическими условиями. У детей с ИМС отмечено снижение уровня содержания цитокинов (IFN- γ , FNO- α), что свидетельствует о снижении защиты и о риске формирования затяжного течения ИМВС.

Ключевые слова: дети, инфекция, заболеваемость, иммунология, распространенность, иммунитет, цитокины, бактериальный спектр, мочевыводящая система.

Abstract. The article is devoted questions of prevalence of infections urogenital systems (IMS) at children in Republic Sakha (Yakutia)-region with extreme klimato-geographical conditions. At children with IMS indicators of cellular immunity (CD3 +, CD4 +, CD8 +, CD16 +, CD 22 +) are lowered. At children with IMS decrease in level of the maintenance cytokins (IFN - γ , FNO - α) is noticed, that testifies to decrease in protection and about risk of formation of long current IMS.

Key words: children, infection, morbidity, immunology, prevalence, immunity, cytokins, bacterial specter, urinary tract.

Введение. Инфекции мочевой системы (ИМС) – общий термин для обозначения гетерогенной группы инфекционно-воспалительных заболеваний органов мочевой системы без специального указания на локализацию и этиологию.

В структуре заболеваний органов мочевой системы у детей больные микробно - воспалительным поражением почек и мочевых путей составляют 70-80%. Распространенность ИМС у детей в РФ в среднем 18-22 на 1000 детской популяции [1].

Изучение клинко - иммунологического течения и микробного спектра возбудителей инфекций мочевыводящих путей у детей в связи с их высокой распространенностью и серьезным прогнозом и представляет научный интерес.

Цель исследования. Изучение структуры и чувствительности к антибактериальным препаратам возбудителей ИМС и особенностей клинко-иммунологического течения инфекций мочевыводящих путей у детей в условиях Крайнего Севера на примере РС (Я).

Материалы и методы исследования. Обследовано 56 детей. Среди них было 40 девочек (71%), и 16 мальчиков (29%). Жители города составили – 66% (n=37), проживающие в регионах РС(Я) – 34% (n=19).

Возрастной состав детей был следующим: до 1 года – 5 человек (9%), 1-3 года – 14 детей (25%), 3-7 лет - 7 (12%), 7-15 лет – 24 (43%), старше 15 лет – 6 (11%).

Диагноз ИМС был выставлен на основании жалоб, данных анамнеза, клинической картины заболевания и результатов лабораторных и инструментальных исследований. Дети с острым течением заболевания составили 43% (n=24), с хроническим 57% (n=32).

Определение субпопуляций Т- и В-лимфоцитов производилось методом ИФА с помощью моноклональных антител.

Определение иммуноглобулинов проводилось турбодиметрическим методом путем измерения скорости светорассеяния при образовании иммунных комплексов при кинетическом измерении на мультискане.

Статистические расчеты выполнены на базе прикладных программ «SAS» и «SPSS» При анализе таблиц сопряженности (оценки корреляции признаком и оценкой значимости различий между группами) использовали

критерий² (Пирсона и отношения правдоподобия) и точный тест Фишера. Сравнения средних величин проводили однофакторным дисперсионным анализом с помощью Т-критерия Стьюдента для оценки равенства средних F-критерия Фишера для оценки равенства дисперсии

Полученные результаты. При анализе изменений иммунного статуса (табл1) у выявлено наибольшее снижение показателей Т-клеточного звена и компонентов комплемента у детей с ИМС. Средние показатели содержания компонентов комплемента С3 и С4 у детей с ИМС, ниже чем у здоровых и детей с ИМС, протекающей без осложнений. У детей с ИМС повышен уровень ЦИК, чем у здоровых, снижено содержание IFN- γ , FNO- α . Уровень IgA снижен в группе детей с осложнениями ОРВИ, уровень IgM, IgG достоверно не отличался в сравниваемых группах

Сниженные показатели содержания CD3+, CD4+, CD8+, CD16+ отмечены в группе детей с ИМС. При анализе содержания уровня цитокинов выявлено наибольшее снижение уровня IFN- γ , FNO- α у детей с ИМВП, что свидетельствует о снижении противовирусной защиты.

Таким образом, у детей с ИМВП снижены показатели клеточного иммунитета (CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD 22+), снижение уровня содержания цитокинов (IFN- γ , FNO- α), что свидетельствует о снижении защиты и о риске формирования затяжного течения ИМВП. Выявленные нарушения иммунитета требуют проведения иммунокорректирующей терапии.

Список литературы:

1. А.А. Баранов, Н.Н. Володин, Г.А. Самсыгина и др. Рациональная фармакотерапия детских заболеваний: Рук.для практикующих врачей.- М.: Литтерра, 2007. – Т1, - С 939 – 992.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЯКУТИИ

УШНИЦКИЙ И.Д., РОГАЛЕВА А. С., БУТОРИНА И.В., ЧАХОВ А.А., ИСАКОВ Л.О.,
БАИШЕВА В.И.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. К.
АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. Проведенное комплексное клинико-эпидемиологическое и социологическое исследование лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в условиях Севера выявило высокий уровень распространенности патологических процессов органов и тканей полости рта, а также низкий уровень санитарной культуры. Наличие дефектов зубных рядов определяет нарушения функциональной деятельности зубочелюстной системы и высокий уровень нуждаемости в стоматологической помощи. Полученные результаты диктуют необходимость совершенствования оказания стоматологической помощи лицам данных возрастных групп в регионе.

Ключевые слова: кариес зубов, заболевания пародонта, стоматологическая помощь, пожилой возраст, профилактика.

Abstract. Conducted a comprehensive clinical-epidemiological and sociological study of elderly and senile age living in the North revealed a high prevalence of pathological processes of organs and tissues of the oral cavity, as well as the low level of health culture. Defects of dentition determines violations of functional activity of dental system and a high level of need in dental care. The obtained results dictate the need to improve the provision of dental care to persons in these age groups in the region.

Keywords: dental caries, periodontal disease, dental care, elderly, prevention.

Актуальность профилактики и лечения кариеса зубов, болезней пародонта продиктована тем, что восстановление функций зубочелюстной системы, утраченных или измененных в результате патологических процессов, приводящих к потере зубов и формированию вторичных деформаций окклюзии, приводят к повышению качества жизни (Янушевич О.О., 2010). Широкая распространенность стоматологических заболеваний среди населения и отсутствие единого взгляда на восстановление функции зубочелюстной системы определяет медицинскую и социальную значимость реабилитации этих больных (Cassado I. G. et al., 1990). У лиц пожилого и старческого возраста часто выявляется частичная или полная утрата зубов с последующими функциональными нарушениями зубочелюстной системы (Хубутя Б., Глушнюк Е., 2009;; Кис I. M. et al., 1990).

Следует отметить, что в настоящее время в число индикаторов качества жизни включен стоматологический статус, который имеет две стороны – субъективную и объективную, обусловленную уровнем развития стоматологической службы, принципами организации медицинской помощи, распространенностью стоматологических заболеваний (Бутова В.Г. с соавт., 2005).

Целью данной работы явилось изучение стоматологического статуса здоровья и нуждаемости в специализированной медицинской помощи у лиц пожилого и старческого возраста региона путем проведения комплексных клинических и медико-социальных исследований.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленных задач было проведено изучение стоматологического здоровья у лиц пожилого и старческого возраста (группа от 65 до 85 лет - 246 человек), проходивших курсы лечения и реабилитации в многопрофильном гериатрическом центре ГБУ РС (Я) «Республиканская больница №3 Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия)». Исследование проводилось с применением стандартной стоматологической карты, рекомендованной ВОЗ (1997). При этом учитывали распространенность, интенсивность кариеса зубов и болезней пародонта, а также наличие или отсутствие съемных или несъемных зубных протезов, их состояние, срок службы, потребность в

замене и протезировании. Определение уровня нуждаемости в стоматологической помощи проводилось по методике П.А. Леус (1977).

Результаты. Необходимо подчеркнуть, что в обследованной группе показатель распространенности кариеса составил 35,0%, а это, в свою очередь, обуславливает высокий процент частоты лиц с полной или частичной адентией. Показатель интенсивности поражения кариесом (КПУ) у лиц пожилого и старческого возраста находился на уровне $25,0 \pm 0,79$. При этом в структуре составляющих компонентов индекса КПУ значительно преобладали кариозные (К) и удаленные (У) зубы, показатель которых соответственно составил $89,11 \pm 0,16\%$, что характеризует их высокий уровень нуждаемости в стоматологической помощи.

Результаты проведенных комплексных клинико-эпидемиологических исследований характеризуют высокий уровень распространенности патологических процессов органов и тканей полости рта. В связи с этим была проведена оценка структуры дефектов зубных рядов по Кеннеди. Так, в $87,51 \pm 0,19\%$ случаев у обследованных лиц пожилого и старческого возраста выявлялись двухсторонние концевые дефекты зубных рядов. У 6,25% обследованных были выявлены односторонние концевые, а у 3,12% включенные дефекты 3 и 4 классов. При этом среди беззубых челюстей по И. М. Оксману у 78,57% обследованных выявлялся 1 тип, а остальные типы составляли 21,43%.

В обследованных группах наблюдалась определенная картина частоты патологических процессов тканей пародонта. Так, распространенность заболеваний пародонта среди данной возрастной группы составила 13,04%. В основном они были представлены хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести, при котором показано реконструктивное лечение: восстановление опорных структур зуба, устранение дефектов зубных рядов и адаптация всего данного комплекса к функциональной нагрузке.

Полученные результаты свидетельствуют, что полное отсутствие протезов наблюдалось у 19,57% обследованных, а у $46,52 \pm 2,23\%$ лиц имелись в полости рта различные конструкции съемных пластиночных протезов и

33,91±2,46% имели несъемные протезы. При этом у 34,09±2,39% срок эксплуатации протезов составлял до 5 лет, более 5 лет у 13,64±2,96% и свыше 10 лет – 52,27±1,81%. Эти данные свидетельствуют о том, что более половины обследованных лиц пожилого и старческого возраста в силу низкого материального благосостояния не имеют возможности их заменить. Данные социологического исследования характеризуют о том, что более чем у 19,31±2,53% лиц отсутствует мотивация на сохранение стоматологического здоровья.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о высоком уровне распространенности патологических процессов органов и тканей полости рта у лиц пожилого и старческого возраста и их потребности в стоматологической помощи, которые диктуют необходимость дальнейшего совершенствования лечебно-профилактических мероприятий в Республике Саха (Якутия).

Список литературы:

1. Янушевич О.О. Заболевания пародонта. Современный взгляд на клинико-диагностические и лечебные аспекты / О.О. Янушевич. – М.:«ГЭОТАР-Медиа», 2010. – 160 с.
2. Хубутя Б. Особенности строения тканей зуба у лиц пожилого и старческого возраста / Б. Хубутя, Е. Глушнюк // Кафедра. Стоматологическое образование. – 2009. – №1 (8) . – С. 62-65.
3. Бутова В.Г. Система организации стоматологической помощи населению России / В.Г. Бутова, В.Л. Ковальский, Н.Г. Ананьева. – М.:Медицинская книга, 2005. – 166 с.
4. Cassado I. G. An epidemiological study of dental health in a population / I. G. Cassado, A. Miguel, J. R. Lopez // Primaria. – 1990. – №15. – P.178-181.
5. Kuc I. M. Dental health status and treatment needs of elderly residents of Edmonton, Alberta / I. M. Kuc, J. A. Hargreaves, G. W. Thompson // J. Can. Dent. Assoc. – 1990.– Vol.56. – № 6. – P.521-525.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Филиппова Р.Д., Иванова Е.А.

Россия, Северо-Восточный федеральный университет имени
М.К.Аммосова, Медицинский институт

Аннотация. Изучены течение и исходы беременности при плацентарной недостаточности у женщин на базе Якутской городской клинической больницы за 2013 год. Наличие плацентарной недостаточности у беременной женщины является одним из основных факторов высокого риска перинатальной смертности. Показана необходимость повышения эффективности совместной работы врачей гинекологов, терапевтов и специалистов узкой специализации для выявления женщин, относящихся к группе высокого риска по перинатальной патологии, составления прогноза в плане вынашивания беременности и своевременного решения вопроса о пролонгировании и тактике ее ведения.

Ключевые слова: беременность, роды, исходы, плацентарная недостаточность.

Abstract. There was studied the course of pregnancy, delivery and outcomes in placental insufficiency of pregnant women on the basis Yakutsk city clinical hospital for the year 2013. The presence of placental insufficiency of pregnant women is a major factor of the high risk of perinatal mortality. In this work shown necessity for more effective collaboration of gynecologists, general practitioners and specialists of narrow specialization to identify women who are at high risk of perinatal pathology, the forecasting of carrying pregnancy and timely decision on the prolongation and tactics of waging.

Keywords: pregnancy, delivery, outcomes, placental insufficiency.

Охрана здоровья матери и ребенка является приоритетным направлением государственной политики в Российской Федерации. Особое значение придается повышению эффективности профилактических мероприятий,

направленных на снижение перинатальной заболеваемости и смертности. Вопросы перинатального акушерства в настоящее время являются наиболее значимыми и актуальными (Савельева Г.М., 2007; Радзинский В.Е., 2008).

В снижении перинатальной заболеваемости и смертности большое значение имеет антенатальная охрана плода. С нарушением внутриутробного развития плода связаны различные осложнения в процессе родов и в последующие годы жизни ребенка. Наиболее частой причиной гипотрофии и хронической гипоксии плода является плацентарная недостаточность (ПН), которая, по данным ряда авторов, встречается в популяции у 15-40% беременных, а при осложненном течении беременности - у 20-80% пациенток.

В последние годы достигнуты значительные успехи при изучении патогенеза плацентарной недостаточности, морфофункциональных изменений в плаценте, а также компенсаторно-приспособительных изменений в организме беременной при плацентарной недостаточности.

Плацентарная недостаточность является важнейшей проблемой современной перинатологии. Синдром плацентарной недостаточности имеет мультифакторную природу. Несмотря на интенсивное использование новейших методов диагностики и лечения, недостаточность функций плаценты остается ведущей причиной высокого уровня заболеваемости и смертности детей не только в перинатальном периоде, но и на этапах последующего развития.

Цель исследования: На основании изучения течения беременности, родов и состояния новорожденных выявить факторы риска развития плацентарной недостаточности у родильниц ГБУ РС (Я) ЯГКБ. Задачи исследования:

- Изучить факторы риска возникновения плацентарной недостаточности.
- Выяснить структуру осложнений течения беременности и родов.

- Выявить морфологические особенности плацентарного комплекса в данной когорте.
- На основании полученных результатов разработать практические рекомендации профилактики плацентарной недостаточности.

Материалы и методы исследования: комплексное обследование проведено у 60 женщин с плацентарной недостаточностью. Клиническое обследование проводилось в акушерском отделении ГБУ РС (Я) Якутской городской клинической больницы; оно включало в себя анализ социального портрета, оценку заболеваемости, особенностей течения беременности, осложнений в родах, оценку состояния новорожденных, ультразвуковые исследования (УЗИ) фетоплацентарного комплекса проводили при помощи сканеров, работающих в реальном масштабе времени, морфологическое и морфометрическое исследование плацент. Статистическая обработка материала осуществлялась с помощью программы Excel 7.0

Результаты исследования: Обследовано 60 женщин с различными формами плацентарной недостаточности. Результаты исследования показали, что за 2011 год произошло всего 5135, за 2012 год – 5398, за 2013 год - 5845. Из них родов с плацентарной недостаточностью в 2011 году – 965 (20,4%), в 2012г. – 1532 (29,8%), в 2013г. – 2086 (38,6%).

Возраст рожениц колебался от 19 до 38 лет: от 19 до 29 лет - 51 (85 %); от 30 лет и старше - 9 (15 %), средний возраст женщин составил $25,9 \pm 2,5$ лет.

Из них первобеременных – 28 (46,6%); повторнобеременных первородящих - 10 (16,6%); повторнобеременных повторнородящих - 22 (36,8%). Из исследуемых женщин 33,3% имели отягощенный акушерско-гинекологический анамнез: выкидыши в анамнезе у 15 (25%) женщин, бесплодие - у 5 (8,3%) женщин.

На диспансерном учете в женской консультации состояли 54 (90%) женщины, из них ранняя диспансеризация по беременности (до 12 недель) была у 39 (65 %), до 20 недель встали на учет 12 (20%), после 20 недель беременности - 3 (5%). Не встали на диспансерный учет 5 (8%) женщин.

Все они имели отягощенный соматический анамнез: заболевания почек – 22 (36,6%), заболевания ССС – 3 (5%), заболевания эндокринной системы 10 (16,6%) женщин, нарушения жирового обмена - 4 (6,6%), анемия – 31 (51,6%). Инфекционные заболевания в анамнезе имели 5 (8,3%) женщин, одна из них перенесла гепатит «В» и «С», 3 - гепатит «А», 1 - сифилис.

Течение беременностей было отягощено: токсикозом I половины беременности у 15 (25%) женщин, угроза раннего выкидыша – у 16 (26,6%), позднего выкидыша – у 7 (11,6%), ОРВИ во время беременности наблюдалось – у 8(13,3%).

ЗППП в анамнезе имели 29 (48,3%) женщин, из них уреоплазмоз у 8 (13%); микоплазмоз у 7 (11%), хламидиоз у 14 (23,3%).

В исследуемой группе по развитию плацентарной недостаточностью приходилось на сроки: 12-30 недель у 1 (1,6%) пациентки, 30-32 недель - у 12 (20%); 12-34 недель - у 8 (13,3%), 34-36 недель - у 16 (26,6%), на 36-38 недель - у 17 (28,3%), после 38 недель - у 6 (10%) женщин.

При ультразвуковом исследовании (УЗИ) с ПН нарушения доплерометрических показателей кровотока в маточных артериях отмечены в 14 (23,3%) наблюдений, в 4 (6,6%) сочетались с ВЗРП. У остальных исследуемых наблюдалась: преждевременное старение плаценты – 24 (40%), кальцинаты плаценты 13(21,6%), утолщение плаценты – 17 (28,3%), тонкая плацента 2 (3,3%), маловодие - 9 (15%), многоводие 8 (13,3%).

Из всех обследованных с плацентарной недостаточностью 46 (76,6%) женщины родили через естественные родовые пути, из них 13 (32,6%) индуцированные роды.

Оперативное родоразрешение путем операции кесарева сечения произведено в 14 случаях (23,3%), из них:

- 3 (5%) – плановое кесарево сечение;
- 11 (18,3%) – экстренное кесарево сечение.

Показания к операции кесарево сечение: отслойка нормально расположенной плаценты; угрожающая асфиксия плода; хроническая ПН, ВЗРП; преждевременное излитие околоплодных вод, отсутствие эффекта от родовозбуждения; поперечное положение плода; ягодичное предлежание; ОАА (рубец на матке).

Средняя масса детей составила 3327 ± 200 г с индивидуальными колебаниями от 1770 до 4580 г. Средний рост составил $51,7 \pm 3,2$ см с индивидуальными колебаниями от 43 до 59 см. Средняя оценка состояния плода по шкале Апгар на 1-й минуте жизни - 7,4 балла, на 5-й минуте жизни - 7,9 баллов. Все дети после рождения переводились в послеродовое отделение с мамами и в палату интенсивной терапии.

Средняя масса плацент составила $542,2 \pm 50$ г с индивидуальными колебаниями от 260 до 935 г. В плацентах группы с плацентарной недостаточностью в 67% наблюдений строение плаценты соответствовало гестационной норме.

Наиболее часто при гистологическом исследовании встречались инвалютивно – дистрофические изменения - 45 и преждевременное старение плаценты 7, хроническая плацентарная недостаточность в 1 случае.

Выводы:

1. В группу высокого риска по развитию плацентарной недостаточности входят женщины, имеющие акушерскую, экстрагенитальную патологию и отягощенный акушерский анамнез: выкидыши в анамнезе (25%); угроза прерывания беременности (26,6%), ОРВИ во время беременности (13,3%); заболевания системы кроветворения (51,6%) воспалительные заболевания органов мочевыделительной системы (36,6%); ЗППП (48,3%).
2. Степень ультразвуковой зрелости плаценты соответственно гестационному сроку не различалась при гистологическом исследовании. Ультразвуковые методы исследования являются ведущими в диагностике плацентарной недостаточности и задержки

внутриутробного развития плода, поскольку являются доступными, объективно отражающими темпы роста плода и характер маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровообращения — основной функции плаценты.

3. Лечение плацентарной недостаточности должно быть направлено на улучшение плацентарного кровотока, интенсификацию газообмена, коррекцию реологических и коагуляционных свойств крови, устранение гиповолемии и гипопроteinемии, нормализацию сосудистого тонуса и сократительной активности матки, усиление антиоксидантной защиты, оптимизацию метаболических и обменных процессов.

Практические рекомендации

1. Профилактика плацентарной недостаточности должна начинаться с прегравидарной подготовки в группах высокого риска по ее развитию. Для решения вопроса о формировании групп риска по акушерским и перинатальным осложнениям рекомендуется использовать разработанный способ оценки степени риска развития фетоплацентарной недостаточности, в котором количественно учитывается прогностическая значимость клинико-анамнестических факторов, имеющих у беременной женщины.
2. Беременные группы риска по развитию плацентарной недостаточности нуждаются в регулярном клиническом наблюдении в женской консультации.
3. Госпитализация является основным требованием в лечении беременных с плацентарной недостаточностью.

Список литературы:

1. Аржанова О. Н. Экспрессия биогенных аминов при плацентарной недостаточности / Аржанова О. Н., Кветной И. М., Кузнецова А. В., Колобов А. В. // Ж. акуш. и жен. болезн. — 2006. — № 1. — С. 44-49.
2. Аржанова О. Н. Влияние артериальной гипертензии на фетоплацентарный комплекс / Аржанова О. Н., Кузнецова А. В., Колобов А. В., Кветной И. М. // Вестник Санкт-Петербургского университета. — 2007. — Вып. 2. — С. 116-118.

3. Гармашева Н. Л. Патофизиологические основы охраны внутриутробного развития человека / Гармашева Н. Л., Константинова Н. Л. — Л.: Медицина, 1985. — 158 с.
4. Павлова Н. Г. Повышенное содержание а-фетопротеина или хорионического гонадотропина в крови беременных во II триместре как маркер плацентарной недостаточности / Павлова Н. Г., Гагарина А. В., Кашеева Т. К. // Пренатальная диагностика. — 2004. — Т. 3, № 3. — С. 175-180.
5. Павлова Н. Г. Универсальные гемодинамические реакции развития плацентарной недостаточности / Павлова Н. Г. // Пренатальная диагностика. — 2005. — Т. 4, № 1. — С. 7-9.

ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С ИБС СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ПО ДАННЫМ ОНТ РБ№2 ЦЭМП ЗА 2009 – 2011 гг.

ХОРУНОВ А.Н., АРГУНОВА А.Н.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. В результате клинико-инструментального исследования 14 больных с диагнозом ХОБЛ и ИБС стенокардия напряжения, было выявлено, что чаще болеют женщины старше 70 лет, основным фактором риска было курение, у городских жителей преобладает ХОБЛ тяжелой степени тяжести и ИБС стенокардия напряжения 2 ФК, среди жителей сельской местности преобладает ХОБЛ средней степени тяжести и ИБС стенокардия напряжения 3 ФК.

Ключевые слова: факторы риска, ХОБЛ, ИБС, стенокардия напряжения.

Abstract. As a result of clinical and instrumental research of 14 patients with a diagnosis COPD and CHD effort angina, it was revealed that women older than 70 years get sick more often. Smoking was the main factor of risk, the heavy degree of COPD, effort angina 2 functional class had dominated among the urban residents, the moderate severity of COPD, and CHD angina of effort 3 functional class prevailed among the rural inhabitants.

Key words: pulmonologic care, COPS, CHD, effort angina.

Актуальность. ХОБЛ рассматривается, как заболевание с прогрессирующим нарушением функции внешнего дыхания и связано с воспалительной реакцией легочной ткани на раздражение различными патогенными агентами и газами. Основное внимание в определении акцентировано на бронхолегочные проявления. Однако в последние годы все чаще обсуждается роль экстрапульмональных проявлений ХОБЛ, таких как,

системное воспаление, дисфункция скелетной мускулатуры, сердечно-сосудистые нарушения, снижение массы тела, остеопороз, анемия (GOLD 2010, 2012). Наиболее частой коморбидностью у больных ХОБЛ является сердечно-сосудистая патология, среди которой особое клиническое значение приобретают ишемическая болезнь легких с различными её проявлениями и сердечная недостаточность. По данным крупных популяционных исследований, риск смерти от сердечно-сосудистых патологий у больных – ХОБЛ повышен в 2-3 раза и составляет приблизительно 50% от общего количества смертельных случаев. У пациентов с ХОБЛ частота госпитализаций по поводу сердечно-сосудистых заболеваний выше, чем при обострении самой ХОБЛ. Наиболее частыми причинами госпитализации являются ИБС, встречается в 3 раза чаще, чем в общей популяции.

Цель работы. Изучить особенности ХОБЛ у больных с ИБС со стенокардией напряжения.

Материалы и методы. Проведен анализ медицинских карт стационарных больных ХОБЛ за 2009, 2010, 2011 гг.

По проведенному анализу за 2009-2011 гг. отмечаются низкие показатели поступивших больных с ХОБЛ и ИБС со стенокардией напряжения, так как в ОНТ поступают пациенты с ХОБЛ тяжелой и крайне тяжелой степени в стадии обострения. Пациентов с ХОБЛ средней степени тяжести ИБС стенокардия напряжения 2ФК было – 6 пациентов, с ХОБЛ тяжелой степени тяжести и ИБС стенокардия напряжения 2ФК – 4 пациента, с ХОБЛ средней степени тяжести и ИБС стенокардией напряжения 3ФК – 1 пациент, с ХОБЛ тяжелой степенью тяжести и ИБС стенокардия напряжения 3ФК – 3 пациента.

Всего лечение получили 14 пациентов ОНТ ЦЭМП с ХОБЛ и ИБС стенокардией напряжения, из них: 9 женщин (%), и 5 мужчин (%). В 2009 г. поступило 2 женщины, 1 мужчина; в 2010 г. 4 женщины, 2 мужчин, а в 2011 г. – 3 женщины, 2 мужчин.

Из 14 поступивших пациентов, старше 60 лет – 12 человек, от 40 -60 лет – 2 человека. Средний возраст пациентов 70 лет.

Курили из 14 пациентов в течение 5 – 10 лет 6 человек, 4 пациентов курили на протяжении 11 – 15 лет, 1 человек курил на протяжении 25 лет.

Из 14 пациентов ХОБЛ средней степени тяжести у 7 человек, тяжелой степени тяжести у 7 человек.

Больные с ХОБЛ средней степени тяжести 7 пациентов жаловались на кашель со слизистой мокротой, одышку при физической нагрузке, боли за грудиной, 3 пациента жаловались на одышку в покое. Объективно у 7 пациентов в легких выслушивалось жесткое дыхание с сухими хрипами, при аускультации сердца у пациентов сердечные тоны аритмичные.

Больные с ХОБЛ тяжелой степени тяжести 7 пациентов жаловались на кашель с гнойной мокротой, одышку в покое, повышение температуры тела до 37 – 38 градусов и боли за грудиной. Объективно у 7 пациентов в легких выслушивались жесткое дыхание с сухими хрипами по всем легочным полям, аускультативно у 6 пациентов сердечные тоны аритмичные.

По данным спирографии у пациентов с ХОБЛ средней степени тяжести отмечается снижение показателей функции внешнего дыхания: ЖЕЛ = 72,8%, ФЖЕЛ=68,8%, ОФВ1=64,25%; при ХОБЛ тяжелой степени тяжести: ЖЕЛ=47,75%, ФЖЕЛ=42,5%, ОФВ1=39%. Таким образом, при утяжелении степени тяжести при ХОБЛ показатели функции внешнего дыхания значительно снижаются.

По данным ЭКГ у пациентов с диагнозом ИБС стенокардия напряжения 2 ФК рубцовые выявлены у 66,6% больных, гипертрофия левого желудочка 66,6% больных. У больных с диагнозом ИБС стенокардия напряжения 3ФК рубцовые изменения выявлены у 75% пациентов, гипертрофия миокарда обнаружена у 50% больных.

По данным ЭХОКГ у больных с диагнозом ИБС стенокардия напряжения 2 ФК фракция выброса удовлетворительная, диастолическое нарушение по I типу у 66,6% пациентов, уплотнение аорты у 66,6% больных. У больных с

диагнозом ИБС стенокардия напряжения 3 ФК сократительная функция удовлетворительная, диастолическое нарушение по I типу обнаружено у 75% больных, уплотнение аорты у 75%, признаки легочной гипертензии обнаружено у 16,6% больных.

Выводы:

1. По данным ОНТ РБ№2 ЦЭМП за 2009-2011 получили лечение 14 больных с диагнозом ХОБЛ и ИБС стенокардия напряжения, чаще болели женщины старше 70 лет.
2. Основным фактором риска у всех 14 больных ХОБЛ и ИБС стенокардия напряжение было курение.
3. Среди жителей сельской местности преобладает ХОБЛ средней степени тяжести и ИБС стенокардия напряжения 3 ФК, у городских жителей преобладает ХОБЛ тяжелой степени тяжести и ИБС стенокардия напряжения 2 ФК.
4. ИБС стенокардия напряжения оказывает влияние на клиническое течение ХОБЛ.

Список литературы:

1. Хроническая обструктивная болезнь легких: Монография. Под ред. Чучалина А.Г. 2-е изд. М.: Издательство «Атмосфера», 2011 г. С.448.
2. Косарев В.В., Бабанов С.А. Справочник врача-пульмонолога. Ростов н/Д. Изд-во Феникс, 2011 г. С.22.
3. Пульмонология: национальное руководство. Под ред. Чучалина А.Г. (Серия «Национальные руководства». М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С.960.
4. Марущак О.С. Качество жизни пациентов с различными стадиями хронической обструктивной болезни легких. Автореферат на соискание ученой степени канд. мед. наук. Изд-во: СГМУ, Самара, 2009. С.20.
5. Сергеева Е.В., Черкасова Н.А. Хроническая обструктивная болезнь легких. М.: ГЭОТАР. Медиа, 2009 г. С.72.

ЗНАЧЕНИЕ «ГАСТРОПАНЕЛЬ» В ДИАГНОСТИКЕ АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА

ЧИБЫЕВА Л.Г.¹, ВАСИЛЬЕВ Н.Н.², ПОСТНИКОВА А.М.², КОНСТАНТИНОВ А.А.²,
НИКОЛАЕВА К.М.²

¹ Россия, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

²Россия, ЯКУТСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА, г. ЯКУТСК

Аннотация. Выявлено, что определение уровней сывороточного пепсиногена 1, пепсиногена 2 и гастрин-17 может служить неинвазивным методом для выявления атрофии различных отделов желудка, в том числе, мультифокального атрофического гастрита.

Ключевые слова: атрофический гастрит, пепсиноген 1, пепсиноген 2, гастрин 17.

Abstract. It is revealed that determination of levels of a serumal pepsinogen 1, a pepsinogen 2 and gastrin-17 can serve as a noninvasive method for identification of an atrophy of various departments of a stomach, including multifocal atrophic gastritis.

Keywords: atrophic gastritis, pepsinogen 1, pepsinogen 2, gastrin 17.

Актуальность. Давно доказано, что хронический гастрит на протяжении десятилетий переходит в атрофический гастрит. Атрофией следует считать необратимую утрату желез желудка с замещением их фиброзной тканью или метаплазированным эпителием. Имеется четкая причинная связь между атрофическим гастритом и раком желудка, в связи с чем атрофический гастрит стали относить к предраковым заболеваниям (1,2,3,4). Рак желудка, развивающийся на фоне атрофического гастрита, относится к кишечному типу. В силу чрезвычайной распространенности в популяции атрофический гастрит имеет важнейшее значение для

понимания канцерогенеза и, возможно, для создания эффективно социально ориентированной системы профилактики рака желудка (1).

Известно, что сывороточные маркеры атрофии желудка, с помощью которых возможно неинвазивное (без проведения ЭГДС) обследование больших контингентов (5). Снижение продукции пепсиногена 1 и снижение соотношения пепсиногена 1 к пепсиногену 2 происходит при развитии атрофических процессов в теле желудка (потеря желез желудка). Низкий уровень сывороточного пепсиногена 1 (<25 мкг/л) имеет высокую чувствительность и специфичность (84 и 95% соответственно) в диагностике выраженной атрофии тела желудка. При атрофии антрального отдела описаны низкие диагностические уровни базального и постпрандиального гастрин-17 за счет уменьшения количества G-клеток (6,7).

Цель исследования: оценить значение определения уровней сывороточного пепсиногена 1, пепсиногена 2 и гастрин-17 для диагностики атрофии слизистой оболочки различных отделов желудка у пациентов с диспептическими жалобами. Для этого был проведен сравнительный анализ выявления атрофического гастрита с помощью серологических показателей и традиционным гистологическим методом.

Пациенты и методы исследования. В исследовании принимали участие 264 человек. Из них 48,8% женщины и 51,2% мужчины в возрасте от 28 до 76 лет. Учитывая, что одной из задач работы было определение частоты атрофического гастрита, с наибольшей вероятностью выявляемого в пожилом возрасте, большинство пациентов было старше 40 лет. Распределение больных по возрастным группам: 20-29 – 3,1%; 30-39 – 10,9%; 40-49 – 28,1%; 50-59 – 18,7%; 60-69 – 29,6%; 70-79 – 9,3%.

У 42% исследованных больных диагностирована язвенная болезнь: желудка – у 40%, двенадцатиперстной кишки – у 60%. В исследование были включены пациенты как в стадии обострения, так и в стадии ремиссии заболевания. Остальным больным ЭГДС была назначена в связи с жалобами на боли и дискомфорт в эпигастриальной области, диагноз у большинства этих лиц отвечал критериям функциональной диспепсии.

На гистологическое исследование направляли 3 биоптата, полученных из тела желудка по большой и малой кривизне и из антрального отдела желудка. Гистологические препараты готовили по общепринятой методике и окрашивали гематоксилином и эозином по Гимзе для выявления микроорганизмов *Helicobacter pylori*. Описание воспалительных и атрофических изменений СОЖ проводили в соответствии с модифицированной Сиднейской системой.

Использовали дополнительные методы диагностики инфекции *Helicobacter pylori*: с помощью быстрого уреазного теста – с биоптатом, взятом из антрального отдела.

На иммуноферментный анализ направляли сыворотку крови, взятую натощак, а для определения постпрандиального уровня гастрин-17 – сыворотку, взятую через 20 минут после стимулирующего белкового пробного завтрака.

Концентрации П1, П2 и гастрин-17 определяли с помощью иммуноферментного анализа, используя тест-систему «ХеликоБест-антитела» (ЗАО «Вектор-Бест», Новосибирск). В соответствии с инструкцией фирмы-производителя маркером атрофии слизистой оболочки тела желудка считали уровни ПГ1 менее 25 мкг/л; атрофии антрального отдела – уровни Г-17 менее 5 пмоль/л.

Результаты исследования. Согласно количественным значениям сывороточных показателей П 1, П 2, гастрин-17 у 4,6% человек слизистая оболочка имела нормальное строение (отсутствие воспалительных изменений и атрофии при гистологическом исследовании), у 17,2% выявлен неатрофический гастрит.

У большинства больных (78%) установлено наличие атрофии того или иного отдела желудка. Атрофический гастрит антрального отдела выявлен у 66%, антрального отдела и тела желудка – у 25,5%, тела желудка – у 8,5%.

Следует отметить, что мультифокальная атрофия (атрофия и тела, и антрального отдела желудка) и изолированная атрофия желудка не были обнаружены у лиц в возрастной группе от 28 до 41 года. У обследованных в

возрасте до 50 лет атрофия тела желудка (в сочетании с атрофией антрального отдела) выявлена лишь в 6,1% случаев, а у лиц старше 50 лет атрофия тела желудка (изолированная или в сочетании с атрофией антрального отдела) диагностирована в 31,2%. Таким образом, мультифокальная атрофия более характерна для старшей возрастной группы. Эта тенденция отражает длительность процесса потери желез тела желудка и носит популяционный характер, что собственно и определяет более высокий риск возникновения рака желудка кишечного типа (по классификации P. Lauren) у пациентов старше 50 лет (5).

У обследованных преобладала атрофия антрального отдела желудка, что, в первую очередь, говорит о высоком уровне распространения инфекции *H. pylori*, также констатирована атрофия антрального отдела желудка с низкими показателями постпрандиального уровня гастрин-17.

Заключение. Высокая частота инфицирования *H. Pylori* населения создает предпосылки для широкого распространения гастрита, а в старших возрастных группах – атрофического гастрита, что делает актуальным скрининг этого заболевания как предракового. Определение уровней сывороточного пепсиногена 1, пепсиногена 2 и гастрин-17 может служить неинвазивным методом для выявления атрофии различных отделов желудка, в том числе мультифокального атрофического гастрита, что будет способствовать формированию групп риска для проведения углубленного обследования – эндоскопии и морфологического исследования биоптатов.

Список литературы:

1. Баранская Е.К., Ивашкин В.Т. Клинический спектр предраковой патологии желудка // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии – 2002. – Т. 12, № 3. – С. 7 – 14.
2. Ohata H., Kitauchi S., Yoshimura N. Et ai. Progression of chronic atrophic gastritis associated with *Helicobacter pylori* infection increases risk of gastric cancer // Int. J. Cancer. – 2004. – Vol. 109. – P. 138 – 143.
3. Supponen P., Kekki M., Haapakoski J, et al. Gastric cancer risk in chronic atrophic gastritis: statistical calculations of cross-sectional data // Int/ J/ Cancer. – 1985. – Vol. 35. – P. 173 – 177.

4. Varis K., Supponen P., Laxen F, et al. Implications of serum pepsinogen I in early endoscopic diagnosis of gastric cancer and dysplasia // Scand. J. Gastroenterol. – 2000. – Vol. 35. – P. 950 – 956.
5. Dinis-Ribeiro M., Yamaki G., Miki K. Et al. Meta-analysis on the validity of pepsinogen test for gastric carcinoma, dysplasia or chronic atrophic gastritis screening // J. Med. Screen. – 2004. – Vol. 11. – P. 141 – 147.
6. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2007 г. / под ред. М.И. Давыдова, Е.М. Аксель // Вестник РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН. – 2009. – Т. 20. - № 3. –(прил. 1).
7. Сиппонен П., Форсблум Э., Суовонейми О., Харконен М. Иммуноферментный анализ на пепсиноген 1, пепсиноген 2, гастрин-17 и антитела к *Helicobacter pylori* в неинвазивной диагностике атрофического гастрита // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии – 2002. – Т. 12, № 3. – С. 46– 52.

СТРУКТУРА МИКРОФЛОРЫ РАН У ПОСТРАДАВШИХ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ

ШАМАЕВА С.Х.¹, ПЕТРОВА М.С.¹, ПОТАПОВ А.Ф.², КУЗЬМИНА А.А.², МАЛОГУЛОВА И.Ш.², ВАРФОЛОМЕЕВА Н.А.²

¹ Россия, РЕСПУБЛИКАНСКАЯ БОЛЬНИЦА №2 – ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, г. ЯКУТСК

²Россия, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. Проведено 651 микробиологическое исследование микрофлоры ран у 206 пострадавших с тяжелой термической травмой, находившихся на лечении в отделении анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии № 1 (ОАРИТ №1) Республиканской больницы № 2 – Центр экстренной медицинской помощи за период с 2008 по 2012 годы.

Проведенное исследование показало, что в 463 (75,9%) микробиологических исследованиях выделена монокультура, в 147 (24,1%) – микробные ассоциации. При этом двухкомпонентные микробные ассоциации выделены в 113 (76,9%), трехкомпонентные – в 25 (17%) и четырехкомпонентные – в 9 (6,1%) пробах. В 302 (51,6%) исследованиях выявлены грамотрицательные микроорганизмы, в 251 (42,9%) – грамположительные, а в 32 (5,5%) пробах обнаружены грибы рода *Candida albicans*.

Ключевые слова: ожоги, ОАРИТ, госпитальные штаммы, грамотрицательные возбудители.

Abstract. Microbiological research of 651 cultures of microorganisms from wound secretions of the patients with severe thermal injury, who were treated at the Department of Anesthesiology of Republican Hospital №2 – Center of Emergency Medical Care during the period from 2008 to 2012, was conducted.

The study showed that in 463 (75,9%) cases was revealed a monoculture, in 147 (24,1%) – the microbial associations. The two-component microbial associations

identified in 113 (76,9%), three-component in 25 (17%) and four-component in 9 (6,1%) samples. In 302 (51,6%) samples were revealed gram-negative microorganisms, in 251 (42,9%) – gram-positive, and in 32 (5,5%) samples was detected *Candida albicans*.

Keywords: burns, hospital strains, gram-negative microorganisms.

Актуальность. Повреждение кожных покровов, нарушение кровоснабжения подлежащих тканей, сдвиги иммунной системы – все это создает условия для колонизации ожоговых ран микроорганизмами [1, 3, 4]. На определенном этапе течения болезни, проблемы, связанные с инфицированием ран и выбором антибиотика, приобретают первостепенное значение [2, 5]. В связи с этим особое значение приобретает изучение локальной динамики этиологической структуры микрофлоры ран у пострадавших с термической травмой.

Цель. Изучить структуру микрофлоры ран у пострадавших с тяжелой термической травмой.

Материалы и методы. Проведено 651 микробиологическое исследование микрофлоры ран у 206 пострадавших с тяжелой термической травмой, находившихся на лечении в отделении анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии № 1 (ОАРИТ №1) Республиканской больницы № 2 – Центр экстренной медицинской помощи за период с 2008 по 2012 годы. Исследования проведены у 168 (94,2%) пострадавших с ожоговой болезнью (глубина ожога - II-III АБ степени, площадь ожога - более 10% поверхности тела) и 38 (5,8%) пострадавших с глубокими отморожениями конечностей (III и IV степени), у которых развились некрозы мягких тканей и выполнены некрэктомии на различных уровнях конечностей.

Возраст исследуемых составил от 1 месяца до 67 лет и был распределен по следующим возрастным группам: от 1 месяца до 14 лет – 42 (20,4%) пострадавших; от 14 до 18 лет – 115 (55,8%); от 19-35 лет – 24 (11,7%); от 36-55 лет - 18 (8,7%); старше 55 лет – 7 (3,4%). Мужчины составили 144 (69%), женщины - 62 человека (31%). Общая продолжительность пребывания больных в ОАРИТ № 1 и в профильном ожоговом отделении составила от 19 до 114 дней. Из них средняя длительность пребывания в ОАРИТ №1

составила $11,4 \pm 3,6$ койко-дней, всего в профильном отделении – $50,4 \pm 25,7$ койко-дней.

Наряду с общеклиническими и биохимическими исследованиями крови и мочи, программа исследования пострадавших включала микробиологические исследования смывов с ран. Забор биоматериала производили во время хирургической обработки ран, затем - через каждые 5-7 дней. Также был проведен анализ микробиологической ситуации окружающей среды ОАРИТ №1 и ожогового отделения за период 2010-2012 гг. Идентификация выделенных условно-патогенных микроорганизмов выполнена по общепринятым методикам, согласно нормативным документам, регламентирующим работу бактериологических лабораторий, а также использовались биохимический микротест НЕФЕРМтест24 (MICROLATEST), тест-системы API (bioMerieux, Франция).

Ввод, статистическая обработка и анализ полученных данных производился с помощью компьютерной программы Microsoft Excel (версия 7.0 для Windows XP) и программного обеспечения WHONET 5.6.

Результаты и обсуждение. Всего при 651 микробиологическом исследовании отделяемого ран выделено 680 штаммов возбудителей, уровень обсемененности микроорганизмами составил 97,4%. В 463 (75,9%) микробиологических исследованиях выделена монокультура, в 147 (24,1%) – микробные ассоциации. При этом двухкомпонентные микробные ассоциации выделены в 113 (76,9%), трехкомпонентные – в 25 (17%) и четырехкомпонентные – в 9 (6,1%) пробах.

При изучении структуры возбудителей у больных с ожоговой болезнью было выявлено, что в 302 (51,6%) исследованиях выявлены грамотрицательные микроорганизмы, в 251 (42,9%) – грамположительные, а в 32 (5,5%) пробах обнаружены грибы рода *Candida albicans*.

Наиболее часто встречающимся представителем среди грамотрицательной флоры, по нашим данным, явился представитель госпитальной инфекции *Pseudomonas aeruginosa*, выделенная в 113 пробах – 37,4% исследованного биологического материала. Удельный вес *Acinetobacter* spp. составил 19,2%

из которой 17,5% - *Acinetobacter baumannii*. Из грамположительной флоры преобладал *Staphylococcus* spp., из которых в 154 (61,4%) случаях *Staphylococcus aureus*. В 39 (15,5%) пробах обнаружены *Staphylococcus epidermidis*. Энтерококки представлены двумя видами - *Enterococcus faecalis* (13,7%) и *Enterococcus faecium* (4,8%) и в совокупности составили 18,5%. В 2,2% пробах обнаружены стрептококки. Прочие микроорганизмы в ожоговых ранах выявлены в 26% исследований, такие как: *Enterobacter* spp., *Klebsiella pneumonia*, *Proteus* spp., *E.coli* и *Citrobacter* spp.

Изучение микрофлоры при исследовании посевов с ран у пациентов с тяжелой холодной травмой выявило, что в 47 (49,5%) случаях из 95 штаммов составили грамотрицательные микроорганизмы, в 48 (50,5%) – грамположительные. Среди грамотрицательной флоры наиболее часто встречающимся возбудителем явился представитель госпитальной инфекции *Pseudomonas aeruginosa*, выделенная в 17 (17,9%) пробах исследованного биологического материала. Удельный вес грамотрицательного микроорганизма – *Acinetobacter baumannii* составил 9,5% (9 случаев). Другие грамотрицательные возбудители в ранах у пациентов с холодной травмой обнаружены в 21 (22,1%) исследовании и представлены спектром микроорганизмов: *Enterobacter* spp. - 2 (2,1%), *Klebsiella pneumonia* – 9 (9,5%), *Proteus* spp. – 6 (6,3%), *Escherichia coli* – 4 (4,2%). Среди грамположительной флоры преобладает *Staphylococcus* spp. – 25 (26,3%) проб, из которых в 20 (21,1%) случаях выделен *Staphylococcus aureus*, в 3 (3,2%) – *Staphylococcus epidermidis* и в 2 (2,1%) пробах – *Staphylococcus saprophyticus*. Энтерококки обнаружены в 23 (24,2%) исследованиях: *Enterococcus faecalis* 16 (16,8%) и *Enterococcus faecium* 7 (7,4%) проб.

Инфицирование ран у больных с холодной травмой, как и у больных с ожоговой болезнью, объясняется нарушением кровоснабжения тканей, некрозом мягких тканей и повреждением кожного барьера, и также начинается с первых дней стационарного лечения.

При изучении объектов внешней среды отделений, за период с 2010 по 2012 гг. было произведено всего 2926 исследований, при этом процент

высеваания микроорганизмов составил 2,5%. Часто встречающиеся микроорганизмы: E. coli – 31.9%, Acinetobacter baumannii – 26.4% и S.aureus – 23.6%. Положительные результаты были обнаружены в воздухе, стенах и на кроватях в палате.

Заключение. Таким образом, микрофлора ран у пострадавших с ожоговой болезнью и холодовой травмой в условиях ОАРИТ №1 характеризуется полиэтиологичностью. При этом отмечается высокий удельный вес представителей внутрибольничной инфекции, которые обнаруживаются уже на первой неделе лечения больных.

Список литературы:

1. Альтшулер Е.М. Лоскуты с осевым кровообращением в хирургии глубоких отморожений. //Третья научная конференция по проблеме «Холодовая травма». Сборник тезисов. — Санкт-Петербург. 2002. — С. 9-10.
2. Гельфанд Б.Р. Интенсивная терапия: национальное руководство/ Под редакцией Б.Р. Гельфанда, А.И. Салтанова. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – Т2. – С.197-215, С.568-580.
3. Гребенников В. И. Интенсивная терапия в педиатрии/ Под ред. В.А. Михельсона.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 552 с.
4. Назаров И. П., Мацкевич В. А., Колегова Ж. Н., Артемьев С. А., Таран Т. Ожоги. Интенсивная терапия. - Хабаровск. Издательство «Триада-Х», 2007. – С. 125-146, 203-256, 302-315.
5. Рациональная антимикробная фармакотерапия// Руководство для практикующих врачей. Под ред. Яковлева В. П., Яковлева С. В. М.: «Литтерра», 2003. - 108 с.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

Ядрихинская В.Н.¹, Мулина И.И.², Попова Ю.А.¹, Пальшина А.М.¹, Климова Т.М.¹

¹Россия, Северо-Восточный федеральный университет имени М.К.Аммосова, Медицинский институт

²Россия, Республиканская больница №1 – национальный центр медицины, г. Якутск

Аннотация. В работе представлены результаты лечения 41 пациента множественной миеломой в Республике Саха (Якутия). Эффективность лечения (полный и частичный ответ на лечение) составила 63,4%. Медиана общей выживаемости составила 49 мес. Среднее время без прогрессирования составило 36 месяцев

Ключевые слова: множественная миелома, выживаемость, бортезомиб.

Abstract. Results of the 41 patients patients with a multiple myeloma treatment in Republic Sakha (Yakutia) are summed up. Efficiency of treatment (full and partial response to treatment) was 63,4%. Median of the overall survival was 49 months. The average time without progressing was 36 months.

Key words: multiple myeloma, survival, bortezomib.

Множественная миелома – злокачественное лимфопролиферативное заболевание, при котором в костном мозге пролиферирует клон плазматических клеток, секретирующих патологический моноклональный иммуноглобулин. Распространенность миеломной болезни Республике Саха (Якутия) составляет 1,4 на 100 тыс. населения [2]. В последнее десятилетие улучшение результатов лечения множественной миеломы обусловлено появлением новых лекарственных препаратов [1]. Одним из

препаратов, включенных в стандарты лечения миеломной болезни, является ингибитор внутриклеточных протеосом – бортезомиб.

Цель исследования – оценить эффективность протоколов лечения множественной миеломы.

Материалы и методы: в исследование включены больные с множественной миеломой, находившиеся на стационарном лечении в гематологическом отделении РБ№1-НЦМ. Терапия больных проводилась по протоколам полихимиотерапии, содержащим бортезомиб. Анализ долгосрочных результатов проводили с помощью построения кривых выживаемости методом Каплана-Майера с использованием программы IBM SPSS Statistics 19.

Результаты. В гематологическом отделении РБ№1-НЦМ пролечен 41 пациент с множественной миеломой. Медиана возраста составила 60 лет (24-80). Старше 65 лет было 12 больных (29,2%). Мужчин – 15 больных, женщин – 26. По вариантам миеломной болезни G- миелома была выявлена у 32 (78%) больных, А-миелома у 4 больных (10%), М-миелома у 2 (5%), миелома Бенс-Джонса у 3 больных (7%). У 38 (92,7%) больных была диагностирована III стадия заболевания, у 3 (7,3%) - II стадия.

Больные получили бортезомиб в виде протоколов (моноV – 18(43,9%) больных, с мелфаланом (VMP) - 4 (9,7%) больных, с дексаметазоном (VD) – 12 (29,3%) пациентов, с циклофосфаном (VCP) – 4 (17%) пациента.

По результатам проведенного исследования эффективность лечения (полный и частичный ответ на лечение) составила 63,4%. Полный ответ на лечение был отмечен у 15 (36,6%) больных, частичный ответ выявлен у 11 (26,8%) пациентов. Прогрессирование заболевания у ответивших на терапию больных диагностировано у 11 больных (42,3%), из них летальность составила 30,7%, смерть в ремиссии 2 больных - 7,6%.

Если проанализировать долгосрочные результаты лечения, то общая выживаемость больных множественной миеломой представлена на рисунке 1 .

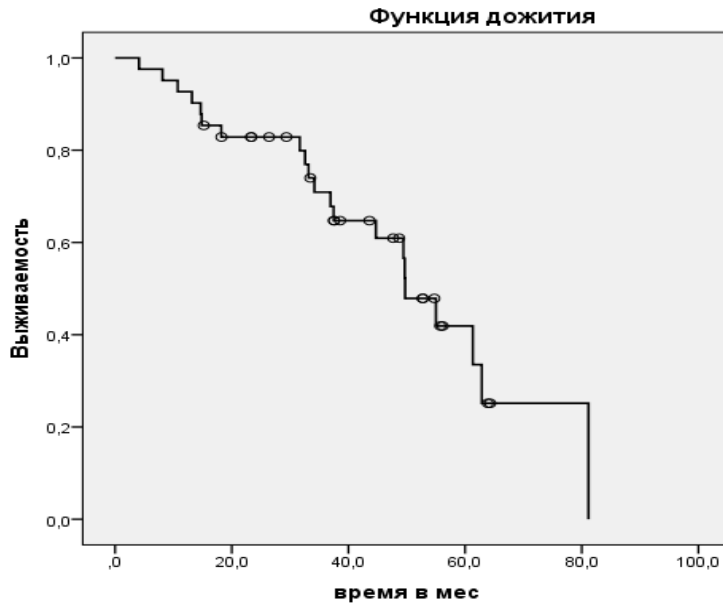


Рис.1. Общая выживаемость больных множественной миеломой

Медиана общей выживаемости составила 49 мес. Среднее время без прогрессирования составило 36 месяцев (рисунок 2).

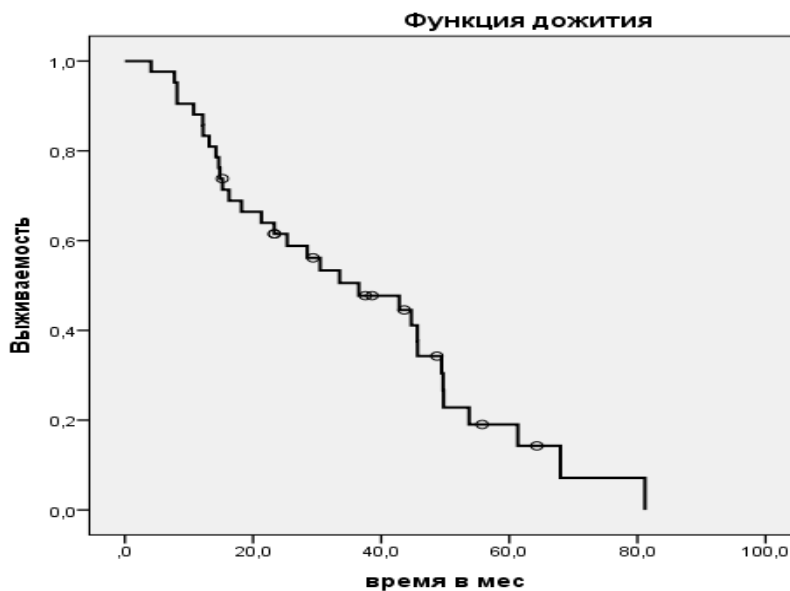


Рис 2. Выживаемость без прогрессирования у больных множественной миеломой

Длительность ответа (полный ответ и частичный ответ) составила 37 месяцев.

У 5 больных была проведена аутологичная трансплантация костного мозга в Федеральном центре сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова (г. Санкт-Петербург) и ФГБУ Гематологическом научном центре МЗ РФ (г. Москва).

Заключение: Современная стандартная терапия множественной миеломы оказалась эффективна у большинства больных с множественной миеломой, но для дальнейшего улучшения результатов лечения планируется введение новых протоколов лечения пациентов. Для поддержания ремиссии целесообразно проведение аутологичной трансплантации костного мозга. В диагностику множественной миеломы для улучшения качества оказания медицинской помощи необходимо внедрение цитогенетического метода исследования и иммунохимического исследования с иммунофиксацией.

Список литературы:

1. Программное лечение заболеваний системы крови – сборник алгоритмов диагностики и протоколов лечения заболеваний системы крови под ред. акад. В.Г.Савченко, 2012 г.
2. Ядрихинская В.Н., Иванов П.М., Мулина И.И. Анализ заболеваемости гемобластозами за 2001-2010 гг в РС (Я) // Сборник межрегиональной НПК «Перспективы развития гематологической службы РС (Я) 10 июля 2013 г, г.Якутск, с.156-159.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ ПО ДАННЫМ РСЦ НХО РБ№2-ЦЭМП

ЯХОНТОВ И.С., ИВАНОВ И.В., МАНЖУЕВА А.С.

Россия, РЕСПУБЛИКАНСКАЯ БОЛЬНИЦА №2-ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, г. ЯКУТСК

Введение. Хирургия аневризм головного мозга является одной из сложных и актуальных проблем нейрохирургии.

Частота САК колеблется от 6 до 19,4 случаев в год на 100000 населения. По данным совместных исследований английских и американских нейрохирургов из 6300 больных с САК в 51% случаев причиной кровотечения являлись артериальные аневризмы, в 6% - артериовенозные мальформации, в 15% - гипертоническая болезнь, 6% - другие заболевания в 22% случаев причина заболевания не установлена (5). По данным НИИ скорой помощи им.Н.В.Склифосовского ежегодно 2000 человек развивается САК. Из них у 51% оно обусловлено разорвавшейся артериальной аневризмой, а у 43,3 % иными причинами (4).

Около 60-87% больных после первого разрыва аневризмы погибают в сроки от 1 до 6 месяцев (S.DelaMonte1985). По данным E.Alvord и A.Torn (1971), в первые 2 месяца после разрыва аневризмы умирают 91%, из них 61% в 1-е сутки, 26,3% на 2-3 сутки, 7,7% на 4-7-е сутки, 3,5% на 8-21 сутки. Кроме дислокационных, окклюзионных и ишемических процессов, которые возникают после первого разрыва аневризмы и являются основными

причинами летальности больных с САК, одной из главных причин, способствующих возникновению или усилению этих процессов, а следовательно, определяющих и летальность, является повторное кровотечение из аневризмы. Ни строгий постельный режим, ни искусственная гипотония, гипотермия, ни антифибринолитическая и дегидратационная терапия не гарантируют от повторных кровотечений из аневризмы. Радикальным методом лечения аневризмы и профилактики повторных кровотечений является надежное выключение аневризмы из кровообращения, что достижимо только хирургическим путем.

В «холодном периоде» (через 1,5-2 месяца) когда операцию выполняют после ликвидации сосудистого спазма и стабилизации общего состояния, летальность составляет 2-5 % (Ю.М.Филатов 1983г). Однако до этого, в течение первых 2 недель после САК, у 14-44% больных отмечаются повторные кровотечения из аневризмы, которые у 20,5-85% больных оканчиваются летальным исходом. (В.В.Лебедев с соавтор 1986г.М.Toneda 1982).

Операции в остром периоде (в течение первых 14 суток после разрыва аневризмы) показаны при:

1. I-II (III) степени тяжести по Hunt-Hess независимо от анатомической формы кровоизлияния.
2. Компенсированной форме ишемии мозга.
3. IV степени тяжести по Н-Н обусловленной ВМГ с развитием дислокационного синдрома или ВЖК в сочетании с острой гидроцефалией.

Объем операции в остром периоде предполагает клипирование аневризмы, удаление сгустков крови из базальных цистерн, выполнение вентрикуло-цистерностомии по Стукею, удаление внутримозговой гематомы, установку наружного вентрикулярного дренажа при ВЖК и острой гидроцефалии.

Операции откладывают до «холодного периода» по следующим показаниям:

1. При III-IV степени тяжести по Н-Н, обусловленной субкомпенсированной и декомпенсированной ишемией мозга.
2. У больных с гигантской аневризмой и труднодоступной локализации.

Проведение операций в остром периоде САК показано при:

1. Выключение аневризмы устраняет риск повторного кровоизлияния, которое наиболее часто происходит в течение первых 14 суток после САК.
2. После клипирования аневризмы облегчается лечение ишемии мозга так как имеется возможность проведения 3-Н терапии без риска повторного разрыва аневризмы.

Проведение операций в остром периоде позволяет удалить потенциально спазмогенные вещества из базальных цистерн и использовать в послеоперационном периоде фибринолитики.(2).

В остром периоде разрыва аневризмы сосудистый спазм является одной из наиболее значимых причин, определяющих тяжесть состояния больного и результаты хирургического лечения. При выраженном и диффузном сосудистом спазме летальность после операции составляла 45%, при мультисегментарном спазме -19,2%, при локальном до 10% (7).

Цель исследования. Анализ результатов оперативного лечения разорванных аневризм сосудов головного мозга в остром периоде субарахноидального кровоизлияния.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ случаев субарахноидального и субарахноидально-паренхиматозного кровоизлияния вследствие разрыва аневризмы сосудов головного мозга у пациентов, госпитализированным в РБ№2-ЦЭМП в 2011-2013 году. Критерии отбора в группу исследования: оперативное лечение клипирование аневризмы в остром периоде кровоизлияния. Все больные были доставлены в приемный покой РСЦ, осмотрены врачом неврологом и были госпитализированы в отделение реанимации для больных с ОНМК. Всем больным при поступлении проводили: 1. клиническое исследование по органам и системам и неврологический осмотр. 2. Оценка уровня

сознания и состояние по ШКГ и Hunt-Hess. 3. Проводили КТ головного мозга. 4. Церебральную панангиографию. Обычно обследование больного и дооперационную подготовку проводят одновременно. Эти мероприятия сочетаются, логически дополняют друг друга. Оперативное лечение проводилось методом костно-пластической трепанации черепа птериональным доступом, при отеке мозга проводили резекционную трепанацию. Микрохирургический этап проводили с помощью микроскопа с 10 кратным увеличением.

Результаты исследования. В нейрохирургическом отделении РБ№2-ЦЭМП в период с 2011 по 2013 года прооперировано 110 больных, переведенных из Регионального сосудистого центра с артериальными аневризмами в остром периоде САК. Всего было госпитализировано в РСЦ за 3 года 300 больных с САК. Летальность составила 72 случая, что составила 24% (Рис 1).

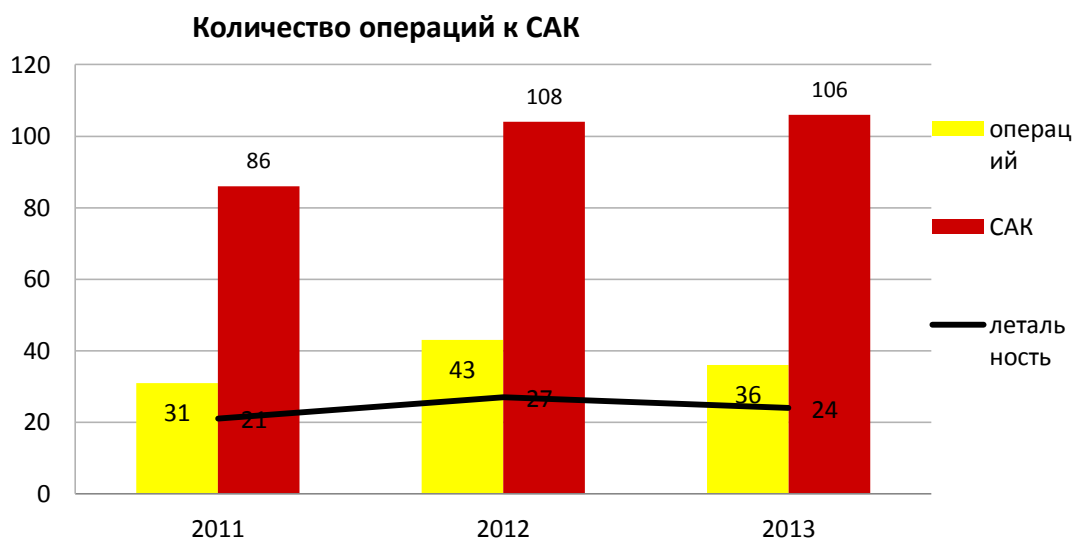


Рисунок 1.

Распределение по гендерному признаку составило: мужчин – 45 (40,9 %) , женщин 65 (50,1%) (Рис.2).

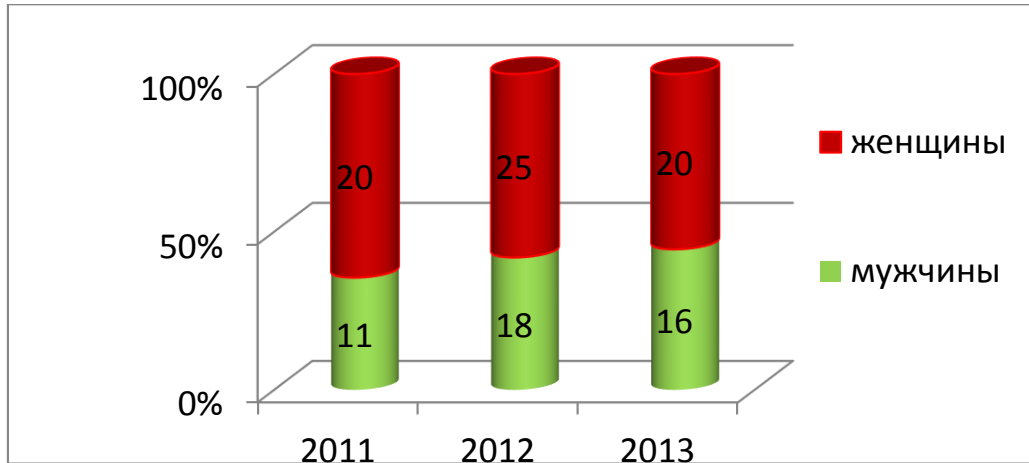


Рисунок 2.

По этническому составу - преобладали представители коренного этноса азиатской расы (76 %) (Рис. 3).

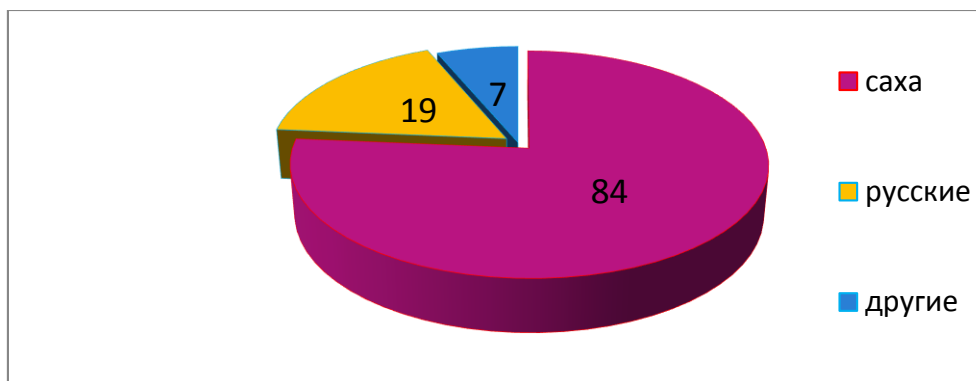


Рисунок 3.

Возраст больных варьировал от 15 до 70 и более лет, наибольший процент составили больные трудоспособного возраста от 40-50 до 50-60 лет (рис 4).

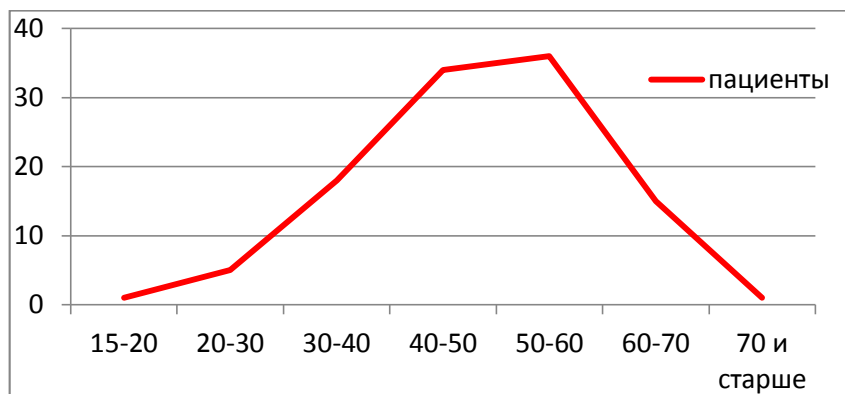


Рисунок 4.

Оценка тяжести состояние пациента по шкалам: В предоперационный период по шкале Глазго от 15 до 13 баллов составила большая часть пациентов (рис 5).

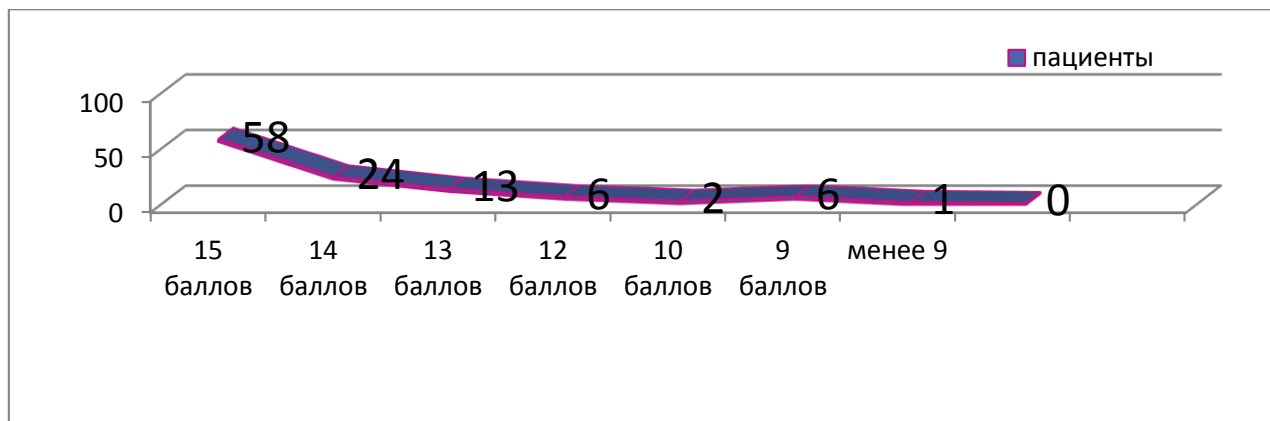


Рис. 5.

При оценке тяжести пациента по шкале Н-Н: 52 пациента соответствовали II степени, 37 пациентов I степени тяжести (рис 6).

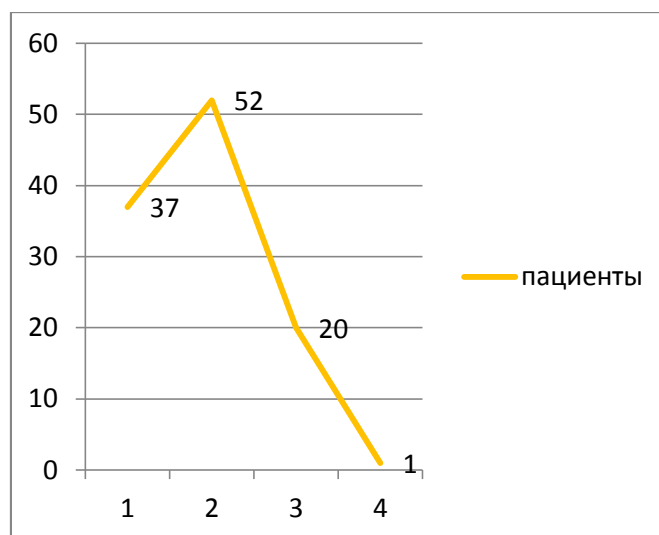


Рис. 6.

КТ головного мозга проведена 100% всем пациентам. Субарахноидальное кровоизлияние выявлено у 48 пациентов, у 34 пациентов САК с прорывом в желудочковую систему. 28 пациентов в сочетании САК с внутримозговой гематомой (Рис 7).

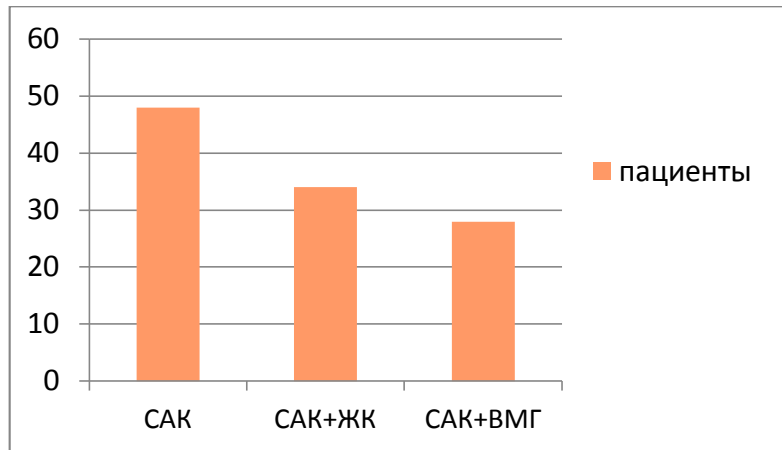


Рис. 7.

Всем больным проводили тотальную церебральную ангиографию по методу Сельдингера. Объем исследования включает две каротидных и два вертебральных бассейна. Задачи ангиографического исследования: выявление имеющихся у пациента аневризм, определение характера имеющегося сосудистого спазма, проведение окклюзионных тестов при планировании деконструктивных операций с аневризмами, определение особенностей коллатерального кровообращения. При проведении ЦПАГ кроме одной аневризмы, у 14 пациентов выявлены 2 и у 5 пациентов более 2 аневризм. (рис 8)

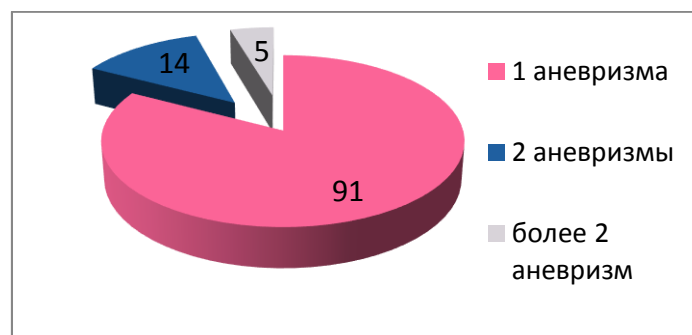


Рис. 8.

Одним из важных и рутинных методов диагностики является ТКДГ (транскраниальная доплерография). Ее используют для определения наличия и выраженности ангиоспазма, исследования динамики развития спазма. Для оценки спазма обычно используют линейную скорость

кровотока и индекс Линдегарда (Рис 9.). Большая часть больных были прооперированы при умеренном ангиоспазме.

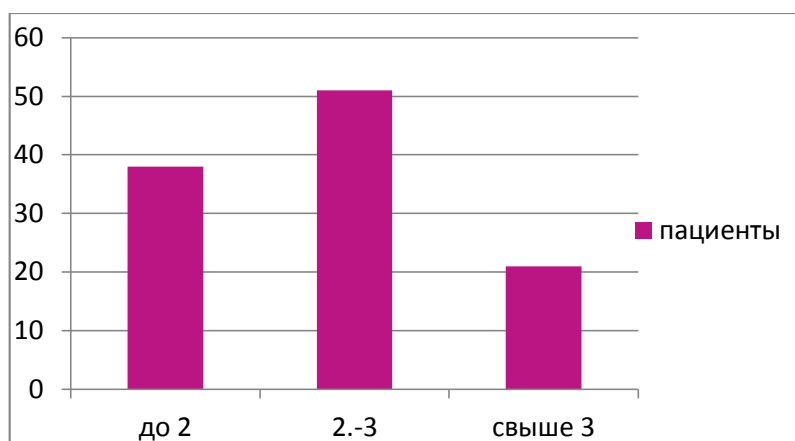


Рис. 9.

Хирургическое лечение проведено 110 больным с аневризмами сосудов головного мозга. Целью оперативного вмешательства являлась профилактика повторного, опасного для жизни кровотечения из аневризмы. Большинство больных были прооперированы в остром периоде (до 14 суток после САК). Рис 10.

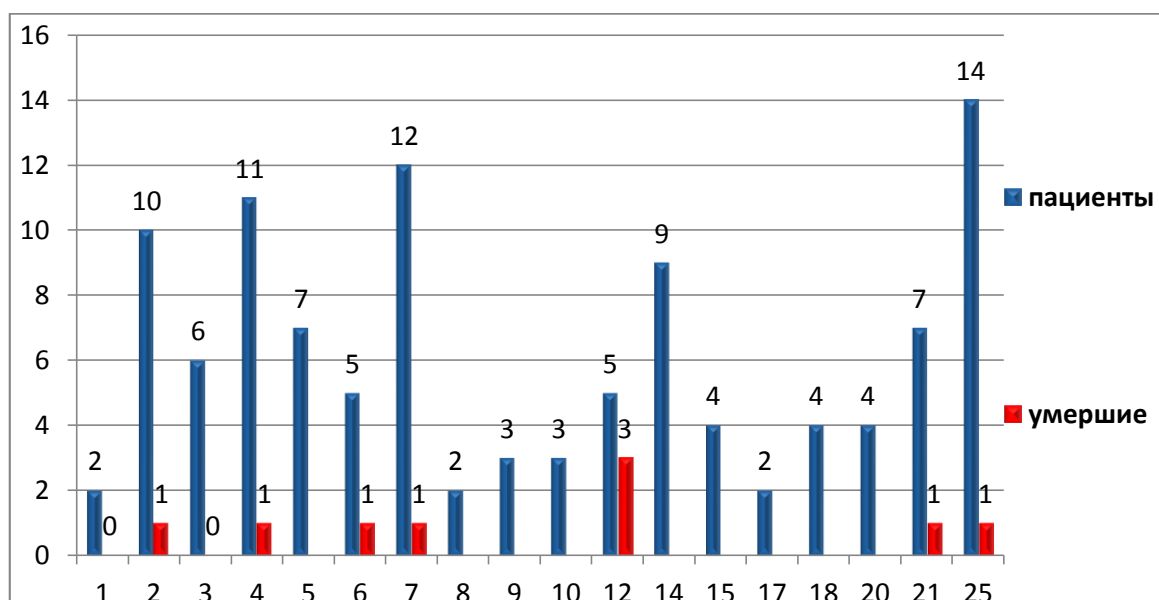


Рис. 10.

Во время операции применяли птериональный доступ с низкой трепанацией чешуи височной кости и дополнительной резекцией части

большого крыла основной кости. При подходе к аневризмам ПМА-ПСА применяли субфронтальный доступ. Выделяли приводящие и отводящие сосуды, вскрывали и санировали базальные цистерны основания мозга. Выделяли шейку аневризмы и клипировали. Операции проводили с использованием операционного микроскопа CarlZeiss под 10-кратным увеличением и микрохирургического инструментария. Костно-пластическая трепанация черепа проведена 94 пациентам, РТЧ у 10 пациентам в связи с интраоперационным отеком головного мозга кость не сохранялась. 2 пациентам было проведено окутывание аневризмы. (рис 11).

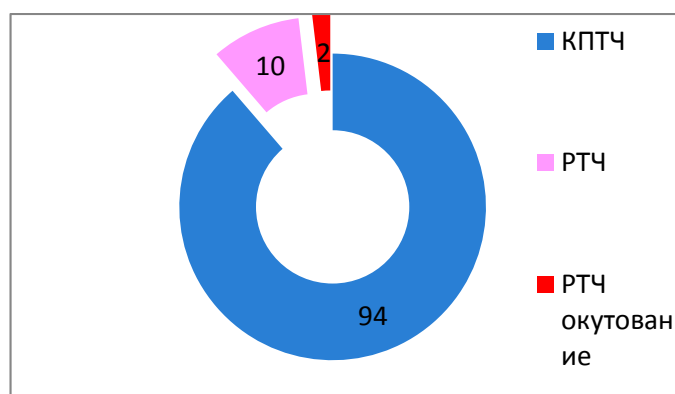


Рис. 11.

По локализации аневризм- в 46 случаев располагалась СМА, в 41 случаев ПМА-ПСА, 28 -ВСА

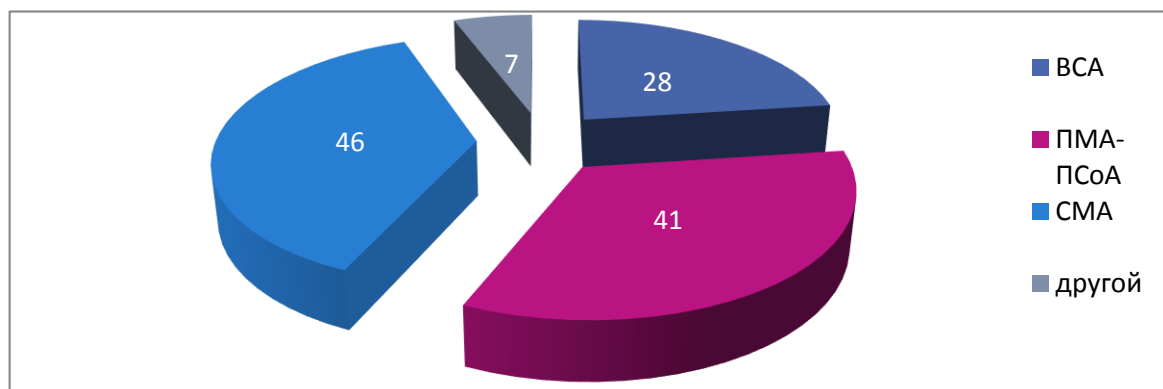


Рис. 12.

В послеоперационном периоде отмечалось нарастание неврологической симптоматики (29 %) в виде: сенсо-моторная афазия, гемипарезы,

угнетение сознания. Причем до операции у 21 пациента имелась та или иная очаговая симптоматика.

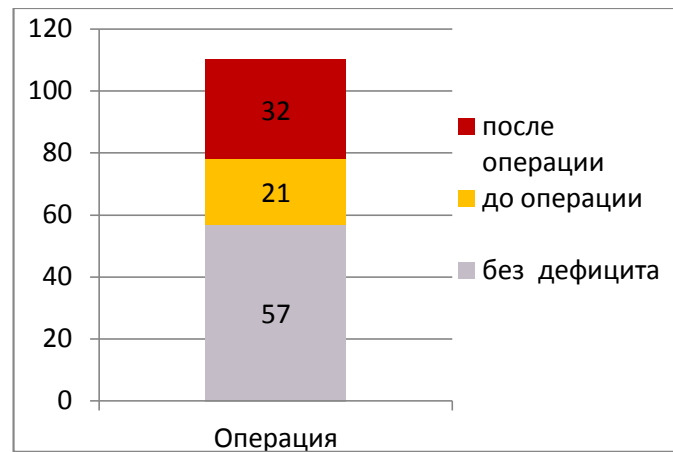


Рис. 13.

На контрольных КТ головного мозга верифицировались вторичные ишемические изменения в веществе мозга. При проведении ТКДГ в раннем послеоперационном периоде отмечалось увеличение линейной скорости кровотока по СМА и ВСА, которые являются признаками выраженности ангиоспазма.

Послеоперационная летальность за 3 года в РБ№2-ЦЭМП составила 8,2%. Основной причиной являлись обширные ишемические изменения в головном мозге вследствие ангиоспазма. По локализации аневризм у 1 пациента –СМА, у 1 пациента – ВСА, у 7 пациентов ПМА-ПСА. (рис 10, рис 14).

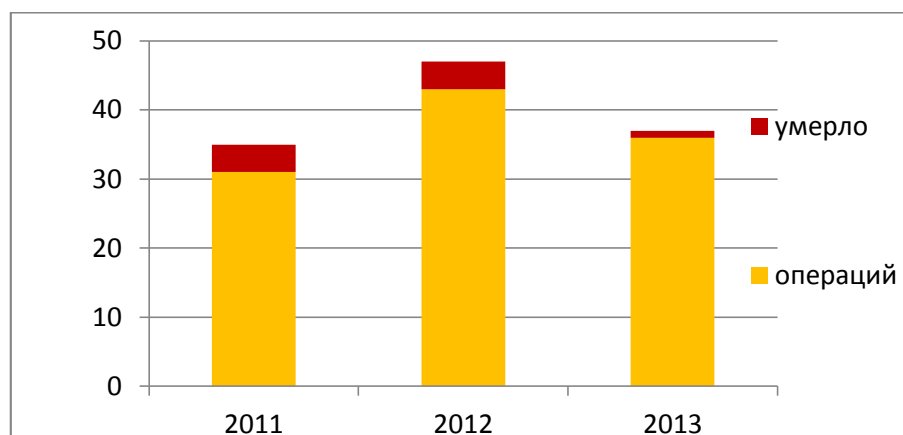


Рис. 14.

Выводы. При анализе летальности большинство больных имели аневризмы с локализацией ПМА-ПСА. При доступе к аневризмам ПМА осуществляется более длительная тракция лобной доли, в 5 случаях имело место интраоперационный разрыв аневризмы. Имелись погрешности в интерпретации данных ангиографии и ТКДГ. Мультисегментарный спазм расценивался как локальный, что требует более тщательного исследования и обсуждения. По данным НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского послеоперационная летальность при 1-м типе спазма составила 37%, при 2-м типе -22%. Летальные исходы, обусловленные ишемическим размягчением мозга, чаще наблюдались после операций, выполненных на фоне выраженного сосудистого спазма, а также после операций, произведенных позже 3 суток после разрыва аневризмы, особенно на 2-й неделе заболевания. (1,4).

1. Анализ хирургического лечения аневризм в остром периоде САК в условиях РСЦ подтверждает, что больных с артериальными аневризмами необходимо оперировать в остром периоде, в течение первых 3 суток.
2. Обследование больного и дооперационную подготовку проводить одновременно.
3. Перед операцией необходимо учитывать не только клиническую картину, но и данные КТ, церебральной ангиографии, ТКДГ для определения степени сосудистого спазма.
4. Исходы раннего хирургического лечения аневризм находятся в прямой зависимости от уровня угнетения сознания, количество эпизодов кровотечения из аневризмы, сроков операции после разрыва аневризмы, данным ТКДГ, церебральной ангиографии.
5. Факторами риска неудовлетворительных исходов хирургического лечения являются угнетение сознания до сопора, наличие вентрикулярного кровоизлияния, более поздние сроки операции (дни наиболее выраженного ангиоспазма), наличие перед операцией очаговой симптоматики. При анализе нашей работы и локализацией аневризмы.

Список литературы:

1. Лебедев В.В., Крылов В.В., Шелковской В.Н., Холодов С.А. Хирургия аневризм в остром периоде кровоизлияния.-М.Медицина 1996г.
2. Коновалов А.Н. Крылов В.В., Филатов Ю.М. Рекомендательный протокол ведения больных с субарахноидальным кровоизлиянием вследствие разрыва аневризм сосудов головного мозга //Вопросы нейрохирургии им.Н.Н.Бурденко 2006г№3 3-10.
3. Гусев А.С., Крылов В.В., Лебедев В.В. и др. Спазм артерий вертебробазиллярной системы в раннем периоде разрыва артериальных аневризмы. СПб 1997г.
4. Крылов В.В. и соавтор Хирургия аневризм головного мозга 1-3 тома –М. 2011г.
5. Коновалов А.Н. Хирургическое лечение артериальных аневризм головного мозга. М-Медицина 1973 год.
6. Yasargil M.G. Microneurosurgery. V.1.Stuttgart-New York, 1984.
7. Sano K/ Cerebral vasospasm and anevrysm surgery//Clinical neurosurgery 1983 V.30 p.13-58

РАЗДЕЛ 3.

ОБЩЕСТВЕННОЕ

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ

МЕДИЦИНА

ПРОБЛЕМЫ ВЫХАЖИВАНИЯ ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

АЛЕКСЕЕВА С.Н.¹, ЯКОВЛЕВА А.И.², ПОРТНЯГИНА М.И.¹, КОННИКОВА М.А.¹

¹ Россия, Северо-Восточный федеральный университет имени
М.К.Аммосова, Медицинский институт

²Россия, Республиканская больница №1 – национальный центр медицины,
г. Якутск

Аннотация. В настоящее время огромной проблемой для здравоохранения является выхаживание глубоконедоношенных детей. Данная группа детей, проходя реанимацию и интенсивную терапию попадают, в группу риска развития тяжелых заболеваний.

Ключевые слова: недоношенные дети, экстремально низкая масса тела, бронхолегочная дисплазия.

Abstract. At present a huge problem for the health nursing is extremely premature infants. This group of children undergoing intensive care fall in the risk of developing severe disease.

Keywords: preterm infants, extremely low weight , broncho- pulmonary dysplasia.

Актуальность. Преждевременные роды являются одной из самых значимых проблем современного здравоохранения. Частота преждевременных в разных странах колеблется от 6 до 12 %, и за последние годы имеет тенденцию к повышению. В республике Саха (Якутия) преждевременные роды составляют от 4,8 до 5,3%. Благодаря достижениям в области интенсивной терапии значительно увеличилась выживаемость недоношенных детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела

при рождении. Частота рождения детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ - менее 1000 г) — 0,2%, с очень низкой массой тела (ОНМТ - от 1000 до 1 500 г) - 0,8% [2,3]. Это явилось закономерным итогом развития отечественной неонатологии, совершенствования качества пренатального наблюдения, внедрения организационных и медицинских технологий выхаживания глубоко недоношенных детей. Перед субъектами РФ поставлена ответственная задача эффективного выхаживания и реабилитации детей с ЭНМТ, решение которой не только приведет к снижению перинатальной и младенческой смертности, но и улучшит прогноз их дальнейшего развития.

Цель исследования – оценить качества выхаживания недоношенных детей с ЭНМТ в РС (Я).

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач проведен ретроспективный анализ историй болезни новорожденных с ЭНМТ по данным отделения выхаживания новорожденных (ОВН) Перинатального центра «РБ №1-НЦМ» за период с 2012 по 2013 г. В исследуемую когорту вошли 46 новорожденных с ЭНМТ со сроком гестации 25-28 недель с массой от 500 до 996 грамм. В 2012 году в ОВН поступили 31 новорожденных с ЭНМТ, из них 6 (23%) умерли. Среди недоношенных дети с ЭНМТ составили 14%, что выше литературных данных [1, 2]. В 2013 году – 30 новорожденных, из них умерли 3 (14%). Статистическая обработка данных проведена по программе Microsoft Excel.

Результаты исследования. Характеристика матерей показала следующие данные, 56,4% женщин родоразрешились в Перинатальном центре «РБ№1-НЦМ», 28,2% в акушерском стационаре г. Якутска, 15,3% в Центральных районных акушерских стационарах республики Саха(Якутия). Данные показатели подтверждают трехуровневую систему помощи матерям и новорожденным в республике Саха (Якутия), Перинатальный центр «РБ№1-НЦМ» является учреждением третьего уровня, где оказывают помощь новорожденным, находящимся в критическом состоянии, детям с ЭНМТ или нуждающимся в хирургическом вмешательстве.

Большинство родильниц были в возрастной группе от 20 до 27 лет и составили 29 (61,7%). Преобладали женщины, поступившие из районов 28 (61,7%). Только у 41% исследуемых, брак был зарегистрирован, одинокие составили 10,3%, остальные проживали в гражданском браке. Большинство женщин работали 21 (53,8%), беременность и роды были повторными 69,3%. Все женщины имели отягощенный акушерско-гинекологический анамнез предшествующими абортами (41%), самопроизвольными выкидышами (28%), первичным бесплодием (1%), хроническими воспалительными заболеваниями половой сферы (100%), преждевременными родами в анамнезе (100%). Экстрагенитальные заболевания были представлены инфекцией мочевыделительной системы (56,4%), заболеваниями сердечно-сосудистой системы (30,7%). Осложнениями последней беременности были: гестозы различной степени (82%), хроническая фето-плацентарная недостаточность (92,3%), угроза выкидыша (35,9%), ОРВИ (10,3%) и только у (10,2%) женщин беременность со слов протекала без особенностей. В преимуществе были женщины, обследованные во время беременности на внутриутробные инфекции, и у 61,5% обнаружены заболевания передающиеся половым путем такие как цитомегаловирус (ЦМВ), хламидии, уреаплазма, микоплазма, вирус простого герпеса (ВПГ) и только у (38,4%) во время беременности не выявлены вышеуказанные заболевания. Антенатальная профилактика синдрома дыхательных расстройств (СДР) проведена (100%) женщин. Только 2(5,1%) новорожденных родились через естественные родовые пути, оперативное родоразрешение было у 37 (94,8%). Показаниями к оперативному родоразрешению явились: преэклампсия тяжелой степени (71,8%), фето-плацентарная недостаточность (61,7%), отслойка нормально расположенной плаценты (15,2%), преждевременное излитие околоплодных вод (13%).

Перевод в ОВН в среднем на 7 сутки. Недоношенные с ЭНМТ в основном были женского пола (58,3%). Средний вес детей составил 850 ± 10 грамм, средний рост 34 ± 7 см, средняя окружность головы 25 ± 2 см, средняя окружность грудной клетки 22 ± 1 см. Средний балл оценки шкалы Апгар в конце 1 минуты составил $4 \pm 0,5$ баллов, в конце 5 минуты $5 \pm 0,3$.

Все дети при рождении были оценены как крайне тяжелые. Реанимационные мероприятия проведены в полном объеме и включали санацию ВДП, интубация трахеи, ИВЛ, введение препаратов (Куросурф из расчета 100 мг/кг), катетеризация пупочной вены, введение адреналина и физиологического раствора. В респираторной поддержке нуждались в 100% случаев, все переведены на ИВЛ в родильном зале. Длительность ИВЛ в среднем составила 22 ± 4 дней. Длительность пребывания новорожденного на спонтанном дыхании под постоянным положительным давлением составила 13 ± 3 дней. Длительность пребывания новорожденных в реанимационном отделении 54 ± 5 дней. У детей с ЭНМТ СДР отмечено в 100% случаев, перинатальное поражение ЦНС в 100%. У большинства детей осложнениями неонатального периода были ДН (100%), ретинопатия (53,8%), внутриутробная инфекция (53,8%), анемия (41%), бронхолегочная дисплазия (30,7%), врожденные пороки сердца (30,7%), сепсис (25,6%), внутрижелудочковое кровоизлияние (ВЖК) (15,4%). Показатели патологии как БЛД, ретинопатия среди недоношенных ОВН ПнЦ «РБ №1-НЦМ» выше, что показывает относительно низкое качество респираторной терапии [5]. Средняя койка дней составила от 3 до 117 ± 9 дней. Выживаемость недоношенных имеет положительную динамику в сроках гестации 25 и 28 недель. В сравнении с литературными данными показатели выживаемости глубоконедоношенных в РС(Я) все еще остаются на низких уровнях [2].

Выводы. Таким образом, ведущими факторами риска рождения ребенка с ЭНМТ являются: наличие у матери хронических заболеваний и состояний, приводящих к длительным нарушениям питания плода: соматические заболевания, инфекция половых путей (хламидиоз, ЦМВИ, микоплазмоз и др.), хроническая фетоплацентарная недостаточность.

Основными заболеваниями неонатального периода у новорожденных с ЭНМТ являются поражение ЦНС ишемически-геморрагического генеза, бронхолегочную дисплазию, ретинопатию недоношенных, что требовало более частого применения кислородной поддержки и кувезного режима на втором этапе выхаживания. Высокая заболеваемость недоношенных с ЭНМТ БЛД и ретинопатией показывает более низкий уровень

респираторной терапии. В сравнении с литературными данными показатели выживаемости недоношенных с ЭНМТ в РС(Я) можно оценить как низкий.

Список литературы:

1. Алексеева С.Н., Иванова О.Н. Влияние курения беременных на антропометрические показатели новорожденных // Сибирский медицинский журнал. - №2. – 2013. – С. 81-82.
2. Габитова Н.Х. Перинатальные исходы недоношенных детей // Вопросы практической педиатрии. 2012. Т.7. №1. С. 6-7.
3. Мостовой А.В. Профилактическое применение сурфактантов у новорожденных с экстремально низкой массой тела // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2011. - №4. - С. 35-39.
4. Пути профилактики перинатальной заболеваемости и смертности плодов и новорожденных с экстремально низкой массой тела / П.В. Козлова, И. Багаева, А.Б. Дубленков, Н.Ю. Иванников // Вопросы практической педиатрии. 2012. - Т.7. - №1. - С. 15-16.
5. Руденко Н.В., Бениова С.Н. Клинические особенности здоровья глубоко недоношенных детей на первом и втором этапах выхаживания в Приморском крае. // Современные проблемы науки и образования. 2012. - № 3. - С. 134-137.

ОЦЕНКА ОРГАНИЗАЦИИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ БРОНХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В КОМПЛЕКСНОЙ РАБОТЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ СЕТИ В АЗЕРБАЙДЖАНЕ

АЛИЕВ А.В.¹, ЧОБАНОВ Р.Э.², ДОСБАЕВ А.С.³

¹АЗЕРБАЙДЖАН, ГУБИНСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА

²АЗЕРБАЙДЖАН, АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

³КАЗАХСТАН, ЗАПАДНО-КАЗАХСТАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Аннотация. Бронхоскопическая служба в Губинском районе Азербайджана была создана в 2010 году на базе отделения легочных заболеваний Губинской ЦРБ. Целью создания бронхологической службы было повышение эффективности работы противотуберкулезной сети района и всего северного региона страны. Следует отметить, что только в 2010 году в Губе в рамках стратегии DOTS было выявлено 129 больных туберкулезом легких.

В общей сложности было произведено 61 диагностических бронхоскопий. У 46 из этих пациентов рентгено-эндоскопически были диагностированы различные формы деструктивного туберкулеза легких. Всем больным было произведено микроскопия мокроты. 20 из этих пациентов были вовлечены в процессе лечения через бронхоскоп. У 5 из больных был выявлен туберкулез легких с МЛУ. Некоторые пациенты после диагностической бронхоскопии, отказались от этого курса лечения, принимая только базовое противотуберкулезное лечение. Таких

пациентов было 26. Следует отметить, что семь из этих пациентов имели туберкулез легких с МЛУ.

Таким образом, данное исследование выявило эффективность бронхологической службы Губинского района Азербайджана.

Ключевые слова: бронхологическая служба, туберкулез легких, стратегия DOTS.

Abstract. Bronchology service in Guba district of Azerbaijan Republic was established in 2010 on the basis of the Department for Lung Diseases of Guba Central Hospital. The purpose of the bronchology service was to promote effective diagnostic and therapeutic work TB network of the city and the region. It should be noted that only in 2010 in Guba under the DOTS strategy was reported in 129 patients with pulmonary tuberculosis.

A total of 61 diagnostic bronchoscopy. In 46 of these patients were X-ray and endoscopically diagnosed various forms of destructive pulmonary tuberculosis. All of these patients by single isolated MB microscopy. 20 of these patients were involved in the course of treatment through the bronchoscope, 5 of which have suffered the destructive forms of MDR-TB. Some patients after diagnostic bronchoscopy, abandoned this course of treatment, taking only the basic TB treatment. These patients were only 26. It should be noted that seven of these patients had MDR TB.

The study found the effectiveness of bronchology service Guba district of Azerbaijan Republic.

Key words: bronchology service, lung tuberculosis, DOTS strategy.

Актуальность. Туберкулез является, головной болю всего мира, особенно нашего региона. Распространение туберкулеза, учитывая рост лекарственно устойчивых штаммов, порождает новый подход к решению проблемы и способствует развитию новых методов диагностики и лечения заболевания. Данную тенденцию отмечают многие авторы со всего мира [2, 3, 6, 7, 8, 9].

Современная фтизиатрия располагает значительным арсеналом средств и разработанных мероприятий для эффективного лечения больных туберкулезом [1, 2, 3, 11]. Необходимым условием для организации лечебного процесса у больных туберкулезом легких служит наличие квалифицированного медицинского персонала, современно оснащенных противотуберкулезных учреждений и нормативно-правовой базы [1, 9, 10]. Бронхологическая служба является приоритетным направлением в общей

борьбе с туберкулезом в нашей стране [1]. На примере западной Европы и северной Америки можно наглядно ознакомиться с работой противотуберкулезной сети и бронхологической службы в составе этой сети [7, 8, 9, 10, 11]. Среди всех эндоскопических методов исследования бронхоскопия давно занимает особое место, являясь не только одним из первых диагностических методов, но и важнейшим и эффективным способом лечения больных с различными заболеваниями бронхолегочной системы [1, 5, 9]. После изобретения в 1897 г. Г.Киллианом бронхоскопа и извлечения инородного тела из трахеобронхиального дерева, началась история бронхоскопии и способов лечения через бронхоскоп [1, 6, 11]. В современных условиях бронхоскопия является незаменимым инструментом фтизиатрии в диагностике и терапии туберкулеза органов дыхания [4, 5, 8, 11]. Бронхоскопическая санация туберкулеза значительно повышает эффективность диагностики бронхо-легочных заболеваний и противотуберкулезной терапии [1, 4, 5, 7, 9]. Многие авторы указывают на эффективность эндобронхиально-эндокавитарного введения противотуберкулезных препаратов [1, 5, 8].

Следует, отметить что, в нашей республике борьба с туберкулезом организуется и регулируется «законом по борьбе с туберкулезом в Азербайджанской Республике» и другими нормативно-правовыми документами. Научно-обоснованную борьбу с туберкулезом под методическим руководством НИИ легочных заболеваний в соответствии с законом ведут противотуберкулезные диспансеры, фтизиатрические кабинеты в поликлиниках и детских поликлиниках, туберкулезные отделения при больницах и стационарные противотуберкулезные учреждения. Противотуберкулезная сеть Губинского района состоит из фтизиатрического кабинета при отделении консультативной поликлиники и отделения легочных заболеваний центральной больницы.

Население Губинского района Азербайджана составляет 175000 человек. Основной работой противотуберкулезной сети города является выявление, лечение и диспансерное наблюдение больных туберкулезом. Значительные трудности возникают при лечении лиц болеющих деструктивными формами туберкулеза легких. Это были больные,

страдающие туберкулезом легких, как первичным, так и хроническим течением заболевания. Современным методом диагностирования и лечения туберкулеза легких является бронхофиброскопия выполняемая в бронхологических кабинетах входящих в состав некоторых противотуберкулезных учреждений. Организация бронхологической службы является приоритетным направлением организации противотуберкулезной сети большинства стран, в том числе и нашей республики. Впервые бронхологическая служба за пределами столицы была организована в городе Губа.

Несмотря на огромные усилия по совершенствованию медикаментозной терапии и большой арсенал средств антибактериальной и противовоспалительной направленностью, проблема лечения больных с деструктивными формами туберкулеза легких далека от разрешения. Высок процент пациентов с поливалентной лекарственной аллергией, с высеваемыми штаммами бактерий, резистентных к большинству противотуберкулезных препаратов. Тяжелая сопутствующая патология, нередко ограничивает возможности медикаментозной терапии.

В связи с этим все более широкое распространение получает лечебная бронхоскопия, благодаря которой противотуберкулезные лекарственные препараты вводятся непосредственно в очаг специфического воспаления. При курсе лечения через бронхоскоп мы пользовались такими препаратами как, изониазид, этамбутол, рифампицин, стрептомицин, амикацин, ципрофлоксацин, офлоксацин, капреомицин и др., в зависимости от чувствительности кислотоустойчивых микобактерий (КУМ) выделяемых больными.

Цель исследования: оценить эффективность применения бронхоскопии при МЛУ туберкулезе легких.

Материалы и методы исследования. Бронхологическая служба в Губинском районе Азербайджанской Республики была создана 2010 году на базе отделения легочных заболеваний Губинской центральной больницы. Целью создания бронхологической службы было способствование эффективной диагностическо-лечебной работы противотуберкулезной сети

города и региона. Следует отметить что, всего за 2010 год согласно стратегии DOTS было зарегистрировано 129 больных с легочным туберкулезом. Из них 56 больных, заболевших туберкулезом впервые в жизни, и 73 больных, начавших курс противотуберкулезной терапии после длительного перерыва в лечении. Мы постарались привлечь всех зарегистрированных больных к бронхологическому обследованию. Но, учитывая тот факт, что бронхоскопия не включена в число обязательных методов обследования и лечения, некоторые больные отказались от данного обследования. Не смотря на это, в течение 2010 года всего было произведено 350 диагностических и лечебных бронхоскопий по причине той или иной бронхолегочной патологии. Нужно подчеркнуть, что перед бронхоскопией каждый больной тщательно информировался о технике проведения, о диагностической и лечебной ценности и возможных осложнениях бронхоскопии. После предоставленной информации каждый больной подтверждал согласие на данную процедуру личной подписью. Только после этого мы применяли диагностическую или лечебную бронхоскопию.

Основным контингентом бронхологической службы являлись больные с деструктивными формами туберкулеза легких. В эту группу входили также больные, страдающие туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ). Нами проводились как диагностические бронхоскопии, так и курсы лечения через бронхоскоп. Бронхологический кабинет был оснащен бронхофиброскопом и подсобным инструментарием фирмы «PENTAX FB15V», японского производства.

Всего было проведено 61 диагностических бронхоскопий. У 46 из этих больных рентгено-эндоскопически были диагностированы различные формы деструктивного туберкулеза легких. Все эти больные по данным простой микроскопии выделяли КУМ. 20 из этих больных были привлечены к курсу лечения через бронхоскоп, 5 из которых страдали деструктивными формами туберкулеза с МЛУ. Некоторые больные после диагностической бронхоскопии, отказались от данного курса лечения, принимая только базовый курс противотуберкулезной терапии. Таких больных оказалось

всего 26. Следует отметить, что 7 из этих больных страдали туберкулезом с МЛУ.

Результаты и обсуждение. После двухмесячного курса всем больным повторно было проведено рентгенологическое обследование и простая микроскопия мокроты. Выяснилось, что у всех больных первой группы получивших бронхологический курс терапии, рентгенологически наблюдалось значительное рассасывание фиброза и уменьшение размеров каверн и полостей распада. Абациллирование было достигнуто у 17 больных. Во второй же группе у 8 больных также наблюдалась положительная рентгенологическая динамика. У 11 больных второй группы наблюдались незначительные изменения. У 7 больных II группы никакой положительной динамики не наблюдалось. У больных второй группы абациллирование было достигнуто у 6 больных. Учитывая эти данные можно с уверенностью утверждать, что одним из наиболее эффективных методов лечения деструктивных форм туберкулеза легких является эндобронхиально-эндокавитарное введение противотуберкулезных препаратов при бронхоскопии. Используя данный метод лечения, мы добились значительных успехов в деле повышения качества комплексной противотуберкулезной терапии. Приведенные нами цифры еще раз подтверждают эти слова.

При бронхоскопическом исследовании 6 больных с деструктивными формами туберкулеза легких, был обнаружен центральный рак легких, который являлся эндоскопической находкой. Напомним, что, у 5 из этих больных по данным простой микроскопии наблюдалось выделение КУМ. Наряду с эндоскопическими проявлениями туберкулеза легких у этих больных при бронхоскопии нами наблюдались прямые и косвенные признаки центрального рака легких. Цитоморфологическое исследование биопсийного материала у 2 больных выявил плоскоклеточный, у 3 больных мелкоклеточный и у 1 больного крупноклеточный рак легких. Проведенное комплексное бронхологическое исследование доказало сосуществование туберкулеза и центрального рака легких в единой доле этих больных.

Заключение. Таким образом, организация бронхологической службы в отделении легочных заболеваний Губинской центральной больницы повысила работу противотуберкулезной сети города на качественно новый уровень. Кроме того, были выявлены случаи развития центрального рака легких у больных страдающих деструктивными формами туберкулеза. По нашему мнению, бронхоскопия должна быть включена в перечень обязательных рутинных методов обследования больных с различными бронхолегочными патологиями, в том числе и туберкулеза легких.

Список литературы:

1. Алиев А.В. Эффективность эндобронхиального введения противотуберкулезных препаратов в терапии деструктивных форм туберкулеза легких с множественной лекарственной устойчивостью / Алиев А.В., Зейналов М.А., Алиева Н.Д. // - Материалы IX съезда фтизиатров России - 1-3 июня 2011, г. - Москва, Россия, в журнале «Туберкулез и болезни легких», - 2011, - №5, - ст.29-30
2. Асадов Д.А. - Сравнительный анализ эффективности лечения больных с лекарственно-чувствительной и лекарственно-устойчивой формами туберкулеза в амбулаторных и стационарных условиях / Асадов Д.А., Хамраев А.К., Мирварисова Л.Т., и др // - Медицинский Журнал Узбекистана, - 2013, - №1, - ст. 69-72
3. Мордовская Л.И. - Клинические и иммунологические особенности лекарственно-устойчивого туберкулеза у детей и подростков / Мордовская Л.И., Гурьева О.И. // -Якутский Медицинский Журнал, - 2014, - 3 - (47)., - ст. 57-60
4. Albanna A.M. - Fixed-dose combination antituberculosis therapy: a systematic review and meta-analysis / Albanna A.M, Smith B.M., Cowan D, Menzies D. // - European Respiratory Journal., - 2013., - Vol.42. - pp. 721-732
5. Amemiya K. New Classification of Bronchoscopic Findings / Amemiya K, Ikeda N, Imaizumi K., et all. // - The Journal of the Japan Society for Respiratory Endoscopy, - 2011, - vol 33, - No 2, - pp. 75-82
6. Hales C.M. - The association between symptoms and microbiologically defined response of tuberculosis treatment / Hales C.M., Heilig C.M., Chaisson R., et all. // Annals of the American Thoracic Society. – 2013. - Vol. 10. – Supl. 1. - P. 18-25
7. Hsia D.W. - The Latest Generation in Flexible Bronchoscopes: A Description and Evaluation / Hsia D.W., Tanner N.T., Shamblin C, et all. // - Journal of Bronchology & Interventional Pulmonology., - October 2013, - Vol 20, - Iss 4, - pp. 357-362
8. Kang Y.A. - Impact of diabetes on treatment outcomes and long-term survival in multidrug-resistant tuberculosis / Kang Y.A. Kim S.Y. Jo K.W., et all. // - Respiration, - 2013, - vol 86, - No 6, - pp. 472-478
9. Pursnani S. - Risk Factors for and Outcomes of Detention of Patients With TB in New York City: An Update: 2002-2009 / Pursnani S, Srivastava S, Ali S, et all. // - Chest., - 2014, - vol 145(1), - pp. 95-100

10. Sotgiu G. - Medical treatment of pulmonary tuberculosis / Sotgiu G, Centis R, D'Ambrosio L, et al // - in Rohde G & Subotic D. edited Complex pulmonary infections. - European Respiratory Society Monograph, - 2013, - vol 61, - pp. 11-19
11. Warsame A. - Patterns of funding allocation for tuberculosis control in fragile states / Warsame A, Patel P, Checchi F. // - Int J Tuberc Lung Dis, - Vol 18, - No 1, - January 2014, - pp. 61-66(6)

ФАКТОРЫ РИСКА НАРУШЕНИЙ СЛУХА У ДЕТЕЙ

АММОСОВА А.М.^{1,2}, ТРОЛУКОВА А.Н.¹, ГОГОЛЕВА Ф.В.²

¹Россия, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

²Россия, ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА, г. ЯКУТСК

Развитие патологии слуха имеет в своей основе многообразные механизмы взаимодействия патологических факторов, действующих на разных этапах онтогенеза и приводящих к изменениям на разных уровнях слухового анализатора. Все это усложняет диагностику тугоухости, особенно в раннем возрасте, и затрудняет выбор правильного ее лечения и профилактики.

Актуальность. В Российской Федерации в настоящее время насчитывается около 600 тыс. детей и подростков с нарушением слуха. По прогнозам ВОЗ в ближайшем десятилетии в развитых странах численность населения с социально значимыми дефектами слуха возрастет на 21% [3]. Считается, что на 1000 физиологических родов приходится 1 ребенок с выраженной степенью тугоухости. У 1/3 детей патология слуха впервые выявляется в возрасте 3-7 лет. Несвоевременное выявление нарушений слуха у детей первого года жизни ведет к развитию глухонемоты и, как следствие, к их инвалидизации. Сегодня не вызывает сомнений, что наиболее полный охват всей популяции новорожденных с целью выявления нарушений слуха возможен лишь при использовании программ скрининга и формировании групп риска по тугоухости и глухоте.

Проведению любых профилактических мероприятий предшествует изучение причин заболевания. По данным исследователей известно, что тяжелая степень врожденной тугоухости выявляется у 0,1-0,25% здоровых новорожденных, у 1-2% - лечившихся в отделении реанимации и интенсивной терапии и у 2,4% младенцев из группы высокого риска (дети с

черепно-лицевыми аномалиями, алкогольной эмбриопатией, внутриутробными инфекциями или низкой массой тела при рождении в сочетании с другими факторами риска) [1, 13].

В настоящее время хорошо известны основные факторы риска тугоухости и глухоты. К ним относятся инфекционные и вирусные заболевания матери во время беременности (краснуха, грипп, цитомегалия, герпетическая инфекция, токсоплазмоз), токсикозы беременных, асфиксия новорожденного, внутричерепная родовая травма, гипербилирубинемия, гемолитическая болезнь новорожденного, масса тела при рождении менее 1500 г, недоношенность, препараты с ототоксическим действием, антибиотики аминогликозидного ряда, применявшиеся матерью во время беременности или назначавшиеся ребенку, наследственные заболевания у родителей, сопровождающиеся поражением слухового анализатора (синдром Альпорта, гемифациальная микросомия и др.) [2, 3, 5, 12, 14]. Некоторые авторы относят к факторам риска тугоухости и глухоты также возраст матери старше 35 лет, азиатское этническое происхождение, низкий социальный уровень.

В раннем постнатальном периоде на слуховой анализатор неблагоприятное воздействие могут оказывать гипербилирубинемия, обменные и особенно дробные переливания крови, недоношенность, гемолитическая болезнь новорожденного, органические поражения ЦНС и другие факторы. Отмечена связь характера и степени поражения слуха с тяжестью и особенностями поражения ЦНС, а также влияние недоношенности и функциональной незрелости в сочетании с расстройствами дыхательной системы [7, 9].

Одно из ведущих мест в структуре факторов риска развития патологии слуха у детей занимают инфекционные заболевания и в первую очередь бактериальный менингит и менингоэнцефалит [4]. У 4-28% пациентов глухота развивалась на фоне гриппа [4, 5, 12, 13, 14].

Таким образом, в анте-, интра- и постнатальном периоде жизни ребенка возникают тяжелые токсические и гипоксические состояния, которые влияют на кровообращение во внутреннем ухе [9]. Ишемия

нейросенсорной области лабиринта с нарушением микроциркуляции и ликвородинамики является одним из патогенетических компонентов нейросенсорной тугоухости у детей. Однако изменения в сосудах не являются единственной причиной снижения слуха. Имеет значение также токсическое воздействие продуктов нарушения метаболизма и лекарственных ототоксических веществ [5].

Доказана ототоксичность антибиотиков аминогликозидного ряда. По данным ряда авторов, они являются причиной поражения слуха у 20-50% детей [3, 15]. Известно, что канамицин и неомицин действуют преимущественно на улитку, а стрептомицин - на сенсорный эпителий вестибулярного аппарата. Гентамицин поражает и улитку, и вестибулярный аппарат. Антибиотики аминогликозидного ряда накапливаются в жидкостях внутреннего уха и приводят к повреждению гематолабиринтного барьера [15]. Нередко действие антибиотиков потенцируется их сочетанным применением, неадекватно проводимой инфузионной терапией и применением лазикса, который сам по себе также оказывает патологическое воздействие на структуры внутреннего уха [15].

Особенностью поражения органа слуха у детей раннего возраста является сочетанное воздействие ряда факторов. Чаще в основе поражения слуха лежит несколько причин, оказывающих воздействие одновременно или в различные периоды развития ребенка. Объективный анализ факторов риска позволяет выявить только 50% детей с нарушениями слуха при этом у трети этих детей расстройства слуха сочетаются с другими нарушениями, которые формируют какой-либо синдром могут сочетаться с заболеваниями глаз, костно-мышечной, покровной, нервной, эндокринной систем, заболеваниями почек [6, 8, 10, 11].

Следовательно, программа скрининга может считаться эффективной лишь в том случае, если действие ее распространяется как на группу детей с заведомо повышенным риском, так и на всю популяцию новорожденных в целом.

Целью данной работы явилось изучение возможных причин потери слуха у детей, из специализированной коррекционной школы-интерната для глухих детей.

Пациенты и методы. В исследование было включено 40 (22 - мальчики, 18 - девочки) детей и подростков с сенсоневральной тугоухостью III-IV степени в возрасте от 6 лет до 14 лет из специализированной коррекционной школы-интерната для глухих детей, лечившихся в отделении восстановительного лечения и реабилитации «ДГБ» г. Якутска. Оценка анамнеза болезни и жизни проводилась на основании изучения медицинских карт пациентов.

В отделении все дети продолжали получать речевую реабилитацию, дефектологическую и сурдопедагогическую помощь сурдопедагогами из школы-интерната для глухих детей. Курс реабилитационного лечения включал слухоулучшающую медикаментозную терапию. Назначались препараты, оказывающие сосудорасширяющее и улучшающее кровообращение в головном мозге и внутреннем ухе действие, а также приводящие к улучшению метаболизма: кавинтон, циннаризин, никотиновая кислота. С положительным эффектом применяли в лечении пантогам, пикамилон и фенибут. Улучшение тканевого и клеточного обмена достигалось применением витаминов группы В, А, Е, электрофорезом тауфона. С целью улучшения проведения импульса по нервному волокну использовали электрофорез с антихолинэстеразным препаратом прозеринном или биогенным стимулятором йодидом калия. Все дети получали лечебную физкультуру, лечебный массаж. У 60% пациентов с хронической патологией со стороны ЛОР-органов и органов дыхания проводились фитотерапия, светолечение, галотерапия, Все дети посещали кабинет трудотерапии, психолога.

Результаты. При изучении анамнеза жизни детей в антенатальном периоде выявлено, что 50% детей родились от первой беременности, 22,5% - от 4-ой и более по счету. У 40% женщин беременность протекала на фоне ранних токсикозов и ОПГ-гестозов, у 20% - на фоне угрозы прерывания в ранних и поздних сроках. У 35% женщин во время беременности была выявлена

анемия I-II-ой степени тяжести. Острые вирусные инфекции и грипп имели место у 25% женщин, инфекционные заболевания мочевыводящих путей, гестационный пиелонефрит - у 53%, генитальный трихомоноз - у 1-ой беременной. Краснуха во время беременности установлена в одном случае. У двух матерей во время беременности отмечались обострения хронических заболеваний ЖКТ: гастрита, холецистита. Носительство золотистого стафилококка выявлено у 1-ой женщины. В анамнезе у 4-х детей была зафиксирована хроническая внутриутробная гипоксия плода, хроническая никотиновая интоксикация. Две матери вели асоциальный образ жизни.

Выявлено, что 25% детей родились раньше установленного срока (до 37 недели беременности). Большинство детей родились через естественные пути, 15% - через кесарево сечение. Показаниями для оперативных родов были: ОПГ-гестозы, преэклампсия, клинически узкий таз, наличие тяжелой экстрагенитальной патологии матери, первичная и вторичная слабость родовой деятельности. Стремительные роды наблюдались у 3-х матерей. Масса тела при рождении у мальчиков в среднем составила $3039 \pm 0,5$ г (1400-4400 г.), длина тела - $50 \pm 2,0$ см (46-56 см); масса тела у девочек - $2853 \pm 0,4$ г. (1360 - 3964 г.), длина тела - $47,0 \pm 3,0$ (32-53 см.). Около половины детей родились с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов, в асфиксии - 3 ребенка.

Отягощенный наследственный анамнез по поражению органа слуха выявлен у 20% пациентов.

Из перенесенных заболеваний частыми были ОРВИ, грипп - у 77,5% детей, средний гнойный отит - у 12,5%, менингит - у 12,5% больных, сепсис и фурункулез - по 1-му случаю. Пневмонией переболели 3 детей, реактивным артритом - 2. Из детских инфекционных заболеваний почти все дети болели ветряной оспой, половина - краснухой, 1 ребенок - скарлатиной. У 6-ти детей имело место лечение аминогликозидами.

У 75% детей диагноз тугоухости установлен в возрасте до 1 года, у 7-ми детей - до 3-х лет, у 3-х - в 6-7 лет. Кохлеарная имплантация проведена лишь у 2-х детей.

При оценке физического развития среднее гармоничное развитие было у 35% детей в возрасте от 6 до 9 лет и у 55% - от 10 до 14 лет. У всех детей отмечалось комплексное недоразвитие речи.

Анализ данных медицинских карт показал, что у 72,5% глухих детей выявлялись нарушения зрения, из них у 51,7% больных - миопия и спазм аккомодации, у 31,1% - гиперметропия, у 3-х детей - косоглазие, у 2-х - смешанный астигматизм, у 1-го ребенка – врожденная субатрофия зрительных нервов. На учете у ортопеда находились 77,5% детей с различными деформациями грудной клетки, кифозом, сколиозом, плоскостопием. У 37,5% детей и подростков были явления железодефицитной анемии I степени. Кариес зубов по данным медицинских карт выявлен у 37,5% детей. У 20% отмечались признаки вегето-сосудистой дистонии. У 6 мальчиков наблюдались фимозы, у 1-го – крипторхизм. Атопический дерматит зафиксирован у 4-х пациентов. Зоб 1-2 степени выявлен у 3-х детей. Энурезом страдал один ребенок. У 2-х детей были установлены генетические синдромы.

По данным ультразвукового исследования органов было выявлено, что более чем у половины (65%) детей имели место малые аномалии развития сердца, из них чаще (32,1%) выявлялся изолированный пролапс митрального клапана, реже (14,3%) – пролапсы митрального и трикуспидального клапанов, у 3-х детей – сочетание пролапса митрального и/или трикуспидального клапанов и аномально расположенной хорды. Трое детей были прооперированы по поводу врожденного порока сердца (открытый артериальный проток, дефект межжелудочковой перегородки). Со стороны желчного пузыря у 15% детей выявлялись изменения: перегородки, изгибы, утолщение стенок. У 4-х детей выявлены нефроптоз (у 1-ой девочки с обеих сторон), пиелозктазия - у 1-го ребенка. По данным электрокардиографии у 3-х детей было нарушение ритма сердца.

Из 18 девочек при оценке гармоничности физического развития у 4 девочек отмечался дефицит, у 3 избыточная масса тела, у 12 - нарушения осанки, плоскостопие. Признаки полового созревания различной степени развития были у 9 девочек. У всех осмотренных школьниц стадии полового

созревания находились в физиологических возрастных границах, нарушений темпов развития или неправильного пубертата не выявлено. Menarche на момент обследования - у 1, регулярные менструации - у 4 и неустановившийся менструальный цикл у одной девочки на фоне дефицита массы тела. У 3 девочек младшего возраста выставлен диагноз вульвит, у одной девочки – первичная дисменорея легкой степени тяжести. Других нарушений менструальной функции не выявлено. Было отмечено, что девочки-подростки, страдающие сенсоневральной тугоухостью различной степени тяжести, должны обязательно консультироваться и осматриваться детским гинекологом для исключения нарушений протеканий периода полового созревания, контроля за становлением менструальной функции, своевременного выявления и лечения гинекологической патологии для профилактики репродуктивной системы в будущем.

Заключение. Таким образом, наследственная глухота была установлена у 20% детей. У 47,5-60% детей причиной врожденного нарушения слуха могли стать антенатальные факторы: неудовлетворительное соматическое состояние матери, неблагоприятно протекавшие беременность и роды, перенесенные инфекционные заболевания (в том числе краснуха, грипп, ЗППП), хроническая никотиновая и алкогольная интоксикация, асоциальный образ жизни матери. В постнатальном периоде возможной причиной глухоты были перенесенный бактериальный менингит - у 12,5% больных, острые и хронические гнойные отиты - у 12,5%, лечение аминогликозидами – у 15%.

Возможно, причиной глухоты у детей было сочетание различных факторов, например, фонового - дисплазия соединительной ткани у 65-75% детей (нарушение развития скелета, глаз, сердца, почек, желчного пузыря) и пусковых факторов (инфекции).

Список литература:

1. Van Straaten H.L., Bholasingh R., van Zanten G.A. Neonatal hearing screening. Depart of Pediatrics. Rotterdam. The Netherlands 1998.
2. Бухман Л.А., Ильмер С.М. Сб.: Некоторые аспекты нейросенсорной тугоухости. Л 1976; 113: 72-76.

3. Загорянская М.Е., Румянцева М.Г., Каменецкая С.Б. Причины развития нарушений слуха у детей. Новости оториноларингологии и логопатологии 1996; 3-4: 7-8: 56.
4. Гаврюшов В.В., Сотникова К.А. Неонатология. М 1985.
5. Гукович В.А. Этиология двусторонней нейросенсорной тугоухости и глухоты у детей раннего возраста. Журн ушн, нос и горл бол 1986; 5: 1-8.
6. Кадурина, Т.И. Возможности метаболической коррекции различных наследственных заболеваний / Т.И. Кадурина //Медицинская генети-ка.-2005.- Т.4.,№5.- С. 197-198.
7. Кирющенко А.П. Влияние вредных факторов на плод. М 1978.
8. Клеменов, А.В. Внекардиальные проявления недифференцированной дисплазии соединительной ткани / А.В. Клеменов // Клиническая медицина.- 2003.-№10.- С.3-7.
9. Ковшенкова Ю.Д. Влияние перинатальных факторов риска на развитие врожденной нейросенсорной тугоухости. Вестн оториноларингол 1996; 5: 33-34.
10. Котова, Е.Н. Взаимосвязь структурных изменений и течения фиброзной дисплазии ЛОР-органов у детей / Е.Н. Котова //Детская больница.-2005.-№3.- С.30-33.
11. Мещерякова Наталья Валентиновна Клинико-функциональные особенности сенсоневральной тугоухости у детей дошкольного возраста с синдромом дисплазии соединительной ткани. Автореф...дисс канд мед наук, Ставрополь, 2010 г.
12. Сапожников Я.М., Радугин Е.Ю., Черкасова Е.Л., Якушенкова А.П. Факторы риска тугоухости и глухоты у детей и их значение для ранней диагностики нарушений слуха. Мат 5-го конгр педиатров России. М 1999.
13. Таварткиладзе Г.А. Раннее выявление нарушений слуха начиная с периода новорожденности. Новости оториноларингологии и логопатологии 1996; 3-4: 7-8: 50-54.
14. Тарасов Д.И., Наседкин А.Н., Лебедев В.П. Тугоухость у детей. М: Медицина 1984; 237.
15. Ханамирян Р.М., Баджинян С.А. Ототоксичность некоторых антибиотиков и проницаемость модельных мембран. Журн ушн, нос и горл бол 1981; 3: 59-62.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

Аргунова А.Н., Слепцов А.П.

Россия, Северо-Восточный федеральный университет имени
М.К.Аммосова, Медицинский институт

Аннотация. В республике наблюдается неуклонный рост заболеваемости хроническими заболеваниями легких, что может объясняться особенностями профессиональной деятельности, иммунологического статуса и других причин, в том числе как следствие перенесенного вирусного пандемического гриппа.

Ключевые слова: заболеваемость, хронические неспецифические болезни органов дыхания, республика Саха (Якутия).

Keywords: morbidity, chronic nonspecific respiratory diseases, republic of Sakha (Yakutia).

Цель: провести анализ динамики заболеваемости населения хроническими неспецифическими заболеваниями легких (ХНЗЛ) в РС(Я).

Обсуждение. В структуре общей заболеваемости населения России по официальным данным ХНЗЛ занимают одну из ведущих позиций. ХНЗЛ являются одной из главных причин временной нетрудоспособности и инвалидизации населения. Так, в России в 2010 г ХНЗЛ явились причиной 3,2% случаев временной нетрудоспособности. На долю болезней органов дыхания приходится до 3,8% всей зарегистрированной и 8,7% выявленной впервые в жизни патологии. Смертность от болезней органов дыхания несмотря на снижение в последние годы имеет высокие показатели.

За последние годы, распространенность бронхиальной астмы среди взрослых – 5,6 – 7,3‰, детей от 5,6 до 12,1‰. Отмечается, что регистрация заболевания в большей степени происходит в детские годы, другая меньшая половина больных с впервые диагностированной БА – лица

старше 40 лет. По РС(Я) с 2002-2012 гг. заболеваемость бронхиальной астмой повысилась на 5,8%, что составляет в абсолютных числах к 2012 году 8739, это на 587 человек больше, чем в 2002 г. По первичной заболеваемости, в сравнении с 2011г наблюдается снижение в 0,8 раз (1, 2, 3).

По РС (Я) общая заболеваемость ХОБЛ с 2002-2012 гг повысилась на 19,6%. В абсолютных числах в 2012г зарегистрировано 5851, что на 1054 выше, чем в 2002 г. По первичной заболеваемости без существенной динамики.

Для изучения распространенности ХНЗЛ в республике, нами проведено медико-географическое деление на регионы. Территория республики была поделена на условные 4 региона: Северный, включающий заполярную и приполярную зоны, Вилюйский, Центральный и Южный. Каждый регион имеет свои климатические, профессиональные особенности, характеристики заселения населением, а также факторы, влияющие на здоровье населения.

Анализ заболеваемости ХНЗЛ по районам показал, что высокие показатели наблюдаются в Центральной и Южной зонах. Мегино-Кангаласском районе, за 10 лет произошел рост заболеваемости ХНЗЛ в 1,1 раза. В Алданском районе отмечается тенденция к незначительному снижению. В Оймяконском районе выявлено снижение заболеваемости за анализируемый период в 2,5 раза.

По инвалидности наиболее высокие показатели наблюдаются в Алданском районе, при этом увеличение показателей инвалидности наблюдается во всех районах. Смертность за 3 года также наиболее выросла в Мегино-Кангаласском районе в 2 раза. В Алданском и Оймяконском районах наблюдается снижение смертности.

Анализ заболеваемости в зависимости от факторов риска. Проведенный анализ показал, что ХНЗЛ преобладает среди курящих лиц, профессиональный фактор, сопутствующие и/или ранее перенесенные заболевания.

Одной из причин высоких показателей заболеваемости в Мегино-Кангаласском районе является высокий уровень диагностики болезней органов дыхания. Хорошая диагностика может быть обусловлена более полным материально-техническим оснащением ЦРБ и территориальной близостью от г.Якутска. Также сложившаяся неблагоприятная динамика ряда показателей отражает комплексное воздействие ряда факторов: экологический статус территории, образ жизни населения района с большой численностью населения. В промышленных районах наряду с ростом показателей заболеваемости, в структуре болезней органов дыхания значительно преобладает доля хронического бронхита.

Показатель инвалидности за три года вырос во всех районах, что свидетельствует о затяжном и тяжелом течении патологических процессов. Причина вероятно связана с тем, что многие заболевания своевременно не выявляются и не лечатся. Большую роль играет поздняя обращаемостью пациентов, хронизацией патологического процесса, вследствие длительного воздействия неблагоприятных факторов.

Высокие показатели смертности в районах могут быть связаны как с высокой выявляемостью (доступностью диагностической возможности), так и относительно стабильным составом населения (малое количество временных приезжих, рабочих на контрактной основе, большое количество пожилых жителей). Показатели инвалидности и смертности находятся в прямой зависимости от численности и структуры населения. Рост смертности от нагноительных легочных заболеваний в промышленных районах вероятно связан с видом профессиональной деятельности.

Можно отметить, что показатели заболеваемости в большей степени зависят от уровня диагностики и выявляемости болезней органов дыхания. Также немаловажно влияние условия труда, рода деятельности, характера проживания. Экологические факторы являются одной из важнейших причин заболеваемости, инвалидизации и смертности населения. Неблагоприятное состояние окружающей среды действует на человека наиболее постоянно и длительно. Влияет на реактивность и сопротивляемость организма в целом. Таким образом, в каждом регионе

формируются наиболее характерные для данного региона заболевания. Это подтверждают результаты анализа структуры и динамики заболеваемости районов. Климатический фактор оказался менее значимым в развитии ХНЗЛ. По результатам многих исследований процессы адаптации, к условиям жизни на Севере протекают довольно успешно. К тому же на Севере характерна миграция населения. Этим могут объясняться низкие показатели, в частности, в Оймяконском районе.

Таким образом, полученные нами данные о высокой заболеваемости хроническими неспецифическими заболеваниями легких, росте смертности и инвалидности не могут не настораживать и диктуют задачу снижения данных показателей.

Список литературы:

1. Саввина Н.В., Петрова М.Н., Егорова В.Б., Аргунова А.Н. Окружающая среда и качество жизни человека. В сборнике: Экология и здоровье человека на Севере Сборник материалов IV-го Конгресса с международным участием. ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный Федеральный университет имени М.К. Аммосова», Медицинский Институт; Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия); Лига «Женщины-Ученые Якутии»; Якутский Научный Центр комплексных медицинских проблем СО РАН. 2013. С. 548-556.
2. Аргунова А.Н., Антонова О.А., Тихонова Г.Д. Выявление пневмококковой инфекции при помощи экспресс-теста «VinaXnow streptococcus pneumoniae» у больных внебольничной пневмонией. В сборнике: Экология и здоровье человека на Севере Сборник материалов IV-го конгресса с международным участием. ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный Федеральный университет имени М.К. Аммосова», Медицинский Институт; Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия); Лига «Женщины-Ученые Якутии»; Якутский Научный Центр комплексных медицинских проблем СО РАН. 2013. С. 65-69.
3. Биличенко Т.Н., Аргунова А.Н., Антонова О.А., Соловьев К.И., Гладин С.А., Никитина Н.Н., Лямин А.В., Чигищев А.П., Пучкина Н.Е. Частота пневмококковой пневмонии у взрослых больных терапевтических стационаров на трех территориях Российской Федерации Пульмонология. 2013. № 4. С. 29-36.

НАНИЗМ, СОМАТОТРОПНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ РБ №1-НЦМ

Аргунова Е.Ф., Данилова Г.И., Никифорова М.И., Желобцова А.Ф.

Россия, Северо-Восточный федеральный университет имени
М.К.Аммосова, Медицинский институт

Россия, Республиканская больница №1 – Национальный центр медицины,
г. Якутск

Аннотация. За период с 2004 по 2013 гг. выявлено 17 случаев нанизма, СТГ-недостаточности, из них с гипопитуитаризмом – 7, с изолированной СТГ-недостаточностью (селективным дефицитом гормона роста) – 10. Диагноз был установлен в среднем в возрасте $9,2 \pm 0,8$ лет. Все пациенты к моменту значительно отставали в физическом развитии, о чем свидетельствуют низкие показатели SDS, индекса массы тела детей, отставание костного возраста. У половины детей по данным МРТ выявлена гипоплазия гипофиза. Все дети получали лечение гормоном роста (ГР). На фоне лечения ГР отмечена положительная динамика, среднегодовая прибавка в росте составила 6,57 см. Дети достигают социально-значимого роста, что важно для социальной адаптации и улучшения качества жизни пациентов.

Ключевые слова: дети, нанизм, соматотропная недостаточность, гормон роста.

Abstract. From 2004 for 2013 was registered 17 cases of a nanizm, somatotropyinsufficiency, from them with a gipopituitarizm – 7, with the isolated , somatotropyinsufficiency (selective deficiency of a hormone of growth) – 10 are revealed. The diagnosis was established on average at the age of $9,2 \pm 0,8$ years. All patients by the time of much lagged behind in physical development to what low indicators of somatotropyinsufficiency, an index of body weight of children, lag of bone

age testify. At a half of children according to MRT diagnosis of hypoplasia is revealed. All children received treatment by the harmony of growth. Against treatment of harmony of growth positive dynamics is noted, the average annual increase in growth made 6,57 cm. Children reach the socially significant growth that is important for social adaptation and improvement of quality of life of patients.

Key words: children, nanizm, somatotropny insufficiency, hormone of growth.

Нанизм – резкое отставание в росте и физическом развитии, связанное с абсолютным или относительным дефицитом соматотропного гормона (СТГ) при патологии гипофиза, нарушениях не только биосинтеза гормона роста (гипофизарный нанизм), но и гипоталамической регуляции функции гипофиза (церебрально-гипофизарный, гипоталамо-гипофизарный нанизм), а также тканевой чувствительности к гормону роста в связи с недостаточностью инсулиноподобных ростовых факторов (ИРФ), особенно I типа (соматомединов) и тканевых рецепторов к СТГ. У большинства больных нарушается секреция и других гипофизарных гормонов (ФСГ, ЛГ, ТТГ), что проявляется различными сочетаниями эндокринной и обменной патологии (пангипопитуитарный нанизм). Гипосоматотропный нанизм встречается с частотой 1:30000 жителей [1].

Большинство форм гипофизарного и гипоталамо-гипофизарного нанизма – генетические. Наиболее распространенная пангипопитуитарная карликовость наследуется по рецессивному типу. Первичными являются гипоталамические нарушения, а недостаточность гормонов передней доли гипофиза развивается вторично. Известны генетические формы нанизма с изолированным дефицитом СТГ [1].

Гормон роста (ГР) (соматотропный гормон – СТГ) является главным регулятором роста, стимулируя продольный рост костей, хрящевой и мышечной ткани, рост и дифференцировку внутренних органов [1, 2].

Достижения современной биотехнологической науки, внедрение генноинженерных методов синтеза соматропина сделали возможным производить препараты ГР в необходимом количестве, что кардинально изменило судьбу больных с гипофизарной карликовостью. Применение препаратов ГР в лечении детей с гипопитуитаризмом, прежде всего с

дефицитом СТГ, позволяет полностью нормализовать процессы физиологического роста и достичь в итоге прогнозируемого окончательного роста [3].

Цель исследования: изучение нанизма, СТГ-недостаточности, у детей по данным эндокринологического отделения Педиатрического центра РБ №1-НЦМ.

Пациенты и методы: проведено ретроспективное исследование стационарных карт больных, журналов учета приема больных (форма 001/у) с диагнозом нанизм, СТГ-недостаточность, находившихся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении Педиатрического центра (ПДЦ) РБ №1-НЦМ за период с 2004 по 2013 г. Диагноз был установлен на основании результатов двух стимуляционных проб (с инсулином, клофелином). Инсулиновая проба (тест толерантности к инсулину, инсулин-индуцированная гипогликемия): инсулин короткого действия вводят внутривенно в дозе 0,1 МЕ/кг. Наибольшее падение уровня гликемии отмечается через 15-30 минут после введения инсулина, тогда как максимальные концентрации СТГ определяются в большинстве случаев на 60-й мин пробы. В норме средние пиковые концентрации ГР варьируют от 11 до 20 нг/мл. Клонидин (клофелин) вводят per os в дозе 0,15 мг/м². Забор крови для определения СТГ производят на -15, 0, 30, 60, 90 и 120 мин. Клонидин является более сильным стимулятором секреции ГР, чем инсулин. Данные пробы проводятся детям старше 5 лет. Проба считалась сомнительной при уровне СТГ от 7,0 – 10,0 мкМЕ/л, отрицательной при уровне – более 10,0 мМЕ/л. С 2012 г. в гормональной лаборатории РБ №-НЦМ определяют ИРФ-1 (инсулиноподобный ростовой фактор 1). Концентрация этого фактора зависит от уровня СТГ. Этот метод характеризует секреторную функцию соматотрофов. В норме показатели ИРФ-1 колеблется от 98 до 404 мкг/л. Всем детям при госпитализации проводились МРТ головного мозга, определение костного возраста.

Оценку физического развития осуществляли на основании антропометрических показателей – длины и массы тела. Для оценки степени отклонения роста пациента от среднего роста в популяции

рассчитывали коэффициент стандартного отклонения SDS (Standard Deviation Score) по формуле: $SDS = \frac{X - X'}{SD}$, где X – рост пациента, X' – средний конечный рост для данного пола, SD – стандартное отклонение для данного пола. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывали по формуле: $ИМТ = \frac{\text{масса тела (кг)}}{\text{рост (м)}^2}$. Оценку полового развития проводили согласно классификации Tanner (1968). Объем тестикул у лиц мужского пола оценивали с помощью орхидометра Prader.

СТГ назначался с момента установления диагноза. Больные получали следующие препараты СТГ: Хуматроп, Нордитропин-нордилет (производитель: фирма Ново Нордиск, Дания), Растан (ОАО фирма УфаВита, Россия). СТГ вводился подкожно из расчета 0,033 мг/кг/сут, 1 раз в день перед сном (22 ч.) 6 раз в неделю с однодневным перерывом.

Результаты исследования. За указанный период выявлено 17 случаев нанизма, СТГ-недостаточности. Из них с гипопитуитаризмом – 7, с изолированной СТГ-недостаточностью (селективным дефицитом гормона роста) – 10. Среди детей с СТГ-недостаточностью было 3 девочки и 14 мальчиков, соотношение по полу 1,0:4,6, т.е. значительно преобладали мальчики. Детей городского населения было 7, сельского – 10. Распределение по национальности: русских – 6, саха – 10, других – 1. Дети в основном родились от повторной беременности, роды срочные физиологичные, в одном случае оперативные роды. Один ребенок родился в асфиксии с тугим обвитием пуповины. При рождении средний вес детей составил $3280,9 \pm 171,7$, длина – $51,0 \pm 0,9$ см. Из анамнеза выяснилось, что у 5 пациентов отмечается низкорослость по линии матери, у 2-х – по линии отца. Средний рост матерей составил $155,9 \pm 3,3$ см, отцов – $168,6 \pm 2,4$ см.

Задержку роста родители в основном стали отмечать у своих детей с 2-4-летнего возраста. Скорость роста до лечения составляла не более 3-х см в год. Диагноз был установлен в среднем в возрасте $9,2 \pm 0,8$ лет (колебания от 5 лет до 15 лет).

Все пациенты к моменту начала лечения имели различной степени выраженную задержку роста, SDS роста варьировал от –5,0 до –1,6, среднее значение составило $-3,2 \pm 0,3$. Индекс массы тела детей с СТГ-

недостаточностью составил $17,2 \pm 0,82$ кг/м² (пределы колебаний от 13,7 до 24,3). Костный возраст отставал от паспортного в среднем на $3,4 \pm 0,4$ года (1 – 6 лет)

При первичном обследовании всем больным проводилась стимуляционная проба с инсулином или клофелином. Максимальный выброс гормона роста в среднем составил $6,1 \pm 1,4$ мкМЕ/л. Показатель ИФР-1 в среднем был равен 27,4 мкг/л, что значительно ниже нормы. По данным МРТ головного мозга у половины больных (8 человек) была выявлена гипоплазия гипофиза, у единичных пациентов отмечались эктопия нейрогипофиза, аплазия прозрачной перегородки, отсутствие ножки гипофиза, агенезия мозолистого тела, эктопия миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие. Одной девочке в возрасте 5 лет после обследования в ВЭНЦ ИДЭ г. Москвы установлен диагноз – синдром септо-оптической дисплазии (синдром Де-Морсье), куда входит гипопитуитаризм (СТГ-недостаточность, гипотиреоз). После установления диагноза всем детям был назначен гормон роста – соматотропин.

Лечение гормоном роста получают в настоящее время 7 детей, закончили лечение 10 пациентов. Продолжительность терапии СТГ составила от 5 месяцев до 7 лет. За первый год лечения СТГ дети прибавили в росте $7,92 \pm 0,71$ см (6,0 – 10,0 см/год). Среднегодовая прибавка в росте за время терапии составила $6,57 \pm 0,88$ см/год (3,0 – 11,8 см/год). Терапия гормоном роста была завершена при наступлении социально значимого роста (не менее 160 см), наступлением пубертата.

Заключение. Среди детей с нанизмом преобладали дети с изолированной СТГ-недостаточностью. Диагноз установлен в среднем в возрасте 9,2 года. У половины детей, в основном это пациенты с гипопитуитаризмом, по данным МРТ выявлена гипоплазия гипофиза. На фоне лечения ГР отмечается положительная динамика, среднегодовая прибавка в росте составила 6,57 см. Дети достигают социально-значимого роста, что важно для социальной адаптации и улучшения качества жизни пациентов.

Список литературы:

1. Дедов И. И., Тюльпаков А. Н., Петеркова В. А. Соматотропная недостаточность. М.: ИндексПринт, 1998. 312 с.
2. Дедов И. И., Петеркова В. А. Детская эндокринология. Руководство. М.: УП-Принт, 2006. 595 с.
3. Петеркова В. А., Безлепкина О. Б., Чикулаева О. А. Результаты 3-летнего применения гормона роста у детей с соматотропной недостаточностью // Педиатрия. 2008. № 5. С. 25-30.

ПРОБЛЕМЫ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

АФАНАСЬЕВА Е.К., БРОДНИКОВ Е.П., МАЛЕНОВА Л.П.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Самостоятельное лечение лекарственными средствами в России началось в 90-е годы прошлого века и набирает силу в наши дни. По результатам социологического исследования Фонда "Общественное мнение" 33% населения России предпочитает бороться с недомоганием самостоятельно. Самолечение предпочитают в основном респонденты 25-34 лет (38%) и россияне с доходами ниже среднего уровня (37%). При этом 54 % опрошенных довольна результатами самолечения. [1]

Основными причинами самолечения 6% респондентов объяснили нехваткой времени на посещение врачей, 8% участников опроса назвали сложности с записью к специалистам, очереди. 7% заявили, что сами знают, какое лечение им необходимо, а еще 7% считают недостаточным уровень профессионализма российских медиков. [1]

С другой стороны, информация об условиях отпуска любого зарегистрированного в РФ лекарственного препарата содержится на его упаковке и в инструкции по применению. Чтобы признать конкретное наименование «годным» для самолечения, достаточно обнаружить на его упаковке указание «Без рецепта». Следовательно, самолечение является реальностью в России. А реальность невозможно отменить или игнорировать. Но можно создать условия для того, чтобы россияне получили максимальную пользу и минимизировать возможные риски.

Какие препараты покупает население без рецептов? По результатам исследования, проведенного Витебским медицинским университетом,

население без рецептов врача покупают нестероидные противовоспалительные средства 84%, противокашлевые и отхаркивающие и средства, применяемые для лечения ЛОР органов (боль в горле, насморк) 63% и около 40% антибиотиков. [3]

Из перечисленных групп лекарственных средств наиболее опасным является самостоятельное лечение антибиотиками. При этом нежелательные эффекты характерны как для отдельного пациента, так и для общества в целом. Для отдельного пациента — это неправильный диагноз, злоупотребление, повышенный риск проявления побочных реакций и др. Глобальной проблемой для общества становится уменьшение чувствительности к антибактериальным средствам, развитие резистентности, ослабление иммунитета. [2]

Исследования, проведенные В.С.Шуховым и соавторов, в России объем продаж анальгетиков превышает 30% от числа всех препаратов на фармацевтическом рынке. [4] Большой популярностью у населения обладает ненаркотический анальгетик метамизол (анальгин), который только в России разрешен к безрецептурному отпуску. Приобретают его до 45% посетителей аптек, а если к этому добавить препараты на его основе, то число покупателей увеличивается до 79%. [5]

За рубежом для лечения различных болей легкой и умеренной интенсивности без участия медицинского персонала нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС) рекомендованы препараты - ацетилсалициловая кислота (аспирин), ацетаминофен (парацетамол) и ибупрофен (нурофен). Уступая опиатным (наркотическим) анальгетикам по “силе” действия, они имеют неоспоримые преимущества в плане безопасности, не вызывают толерантности или физической зависимости, что, собственно, и обосновывает возможность их безрецептурного приобретения (С.С.Павленко, 1999).

На сегодняшний день, проблема выбора пути лечения (самолечения или в лечебном учреждении с врачом), выбора лекарственного средства (малотоксичность при прочих равных условиях), дозировки (уменьшение доли активного вещества в лекарственных средствах безрецептурного

списка) находятся на ответственности самого больного человека и должны способствовать формированию и развитию «ответственного самолечения». Широкое применение «ответственного самолечения» требует разработки дополнительных критериев ответственности и дополнительных функций фармацевтов в системе «болезнь – пациент – лечение».

Таким образом, можно сделать вывод, что проблемы самолечения в России являются малоизученными. Требуют детальной разработки причины, ведущие к широкому распространению этого явления, возможные риски самолечения, последствия самолечения, пути минимизации рисков.

Список литературы:

1. Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ) «Государственная поликлиника и самолечение – наш ответ болезням!» от 6 декабря 2012 г. www.wciom.ru.
2. Григорян Самвел «(Без)ответственное самолечение» // «Катрен-Стиль» Ks.katren.ru
3. В. В. Кугач, Е. Н. Тарасова «Проблемы самолечения глазами населения» <http://www.provisor.com.ua>.
4. Шухов В.С. // Врач. - 2002. - №2.- С.39-40
5. А.А. Зайцев, Ю.Д. Игнатов, О.И. Карпов «Самолечение боли анальгетиками» Институт фармакологии им. А.В.Вальдмана Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П.Павлова.

УГЛОВСКИЕ ЧТЕНИЯ – ЭФФЕКТИВНАЯ ФОРМА ФОРМИРОВАНИЯ ТРЕЗВОГО ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

БАШАРИН К.Г.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. В сообщении дана история “Угловских чтений” в Якутии, в частности Северо-Восточном Федеральном Университете им. М.К. Аммосова. Проведено пять “Угловских чтений” с 2009 года, в рамках Всероссийской конференции, в них участвовали студенты первых курсов всех факультетов и институтов СВФУ. Проведенные “Угловские чтения” показали большую эффективность в формировании и утверждении трезвого здорового образа жизни. Впредь необходимо проводить их ежегодно.

Ключевые слова: Федор Григорьевич Углов, Угловские чтения, трезвый здоровый образ жизни, история, алкоголь.

Abstract. The history of "Uglovsky readings" in Yakutia, in particular in M. K. Ammosov`s North-Eastern Federal University (NEFU) given in this article. There are five "Uglovsky readings" was organized since 2009, as part of All-Russian conferences. First courses NEFU`s students are participate in these conferences every year. The carried-out "Uglovsky readings" showed great efficiency in formation and the statement of a sober healthy lifestyle. From now on it is necessary to carry out them annually.

Key words: Fedor Grigoryevich Uglov, Uglovsky readings, sober healthy lifestyle, history, alcohol.

Актуальность. На XVII-ой Международной конференции по собриологии, профилактики, социальной педагогики было принято решение об увековечивании памяти академика Ф.Г.Углова в связи с его уходом из жизни на 104 году (22.06.2008 года) проведением ежегодных всероссийских конференций “Угловские чтения”.

Цель: кратко осветить историю “Угловских чтений” в Якутии. (1,2,3,4,5,6,7)

По инициативе и непосредственном участии и организации и проведении К.Г.Башарина, д.м.н. профессора, ректора Народного университета трезвого здорового образа жизни при кафедре анатомии 10 ноября 2009 года в культурном центре Якутского государственного университета (с 2010 СВФУ) впервые состоялись “Угловские чтения” в рамках 1-ой Международной конференции, посвященной 105-летию со дня рождения академика Ф.Г. Углова. С докладом “Значение жизни и деятельности академика Ф.Г. Углова в формировании трезвого здорового образа жизни народов планеты” выступил профессор К.Г. Башарин, вице-президент Международной академии трезвости, академик Академии духовности РС(Я) заслуженный деятель науки РС(Я). В докладе К.Г. Башарина глубоко и ярко было раскрыто значение полувековой деятельности Ф.Г. Углова – борца за народную трезвость. Докладчик отметил, что Ф.Г. Углов на основе анализа научной литературы и собственных исследований пришел к выводу, что любое употребление всех видов алкогольных изделий (пиво, шампанское, водка, спирт, коньяк, брага и т.д.) есть злоупотребление, так как алкогольные изделия являются нейротропным наркотическим протоплазматическим ядом, в первую очередь разрушающим клетки коры головного мозга. Особенно опасным употреблением алкогольных изделий Ф.Г. Углов считал так называемое “культурное употребление”, так как “культурнопитейщики” программируют, вовлекают людей, особенно молодежь, на употребление этого опасного яда. Поэтому академик Ф.Г. Углов метко назвал культурнопитейщиков убийцами, а пьяниц и алкоголиков самоубийцами. Доклад профессора К.Г. Башарина сопровождался презентацией уникальных слайдов со столетнего юбилея Ф.Г. Углова, который проходил в Санкт-Петербурге 5 октября 2004 года, где К.Г. Башарин выступил с поздравительным словом.

В своем выступлении А.Н. Маюров, президент МАТр, сопредседатель общероссийского движения “Трезвая Россия”, эксперт Государственной Думы Российской Федерации сказал, что познакомился с академиком Ф.Г. Угловым в 1965 году, с тех пор тесно с ним сотрудничал, стал его единомышленником, соратником, другом. Профессор А.Н. Маюров

рассказал об истории развития современного трезвеннического движения в СССР и России, подчеркнул выдающуюся роль академика Ф.Г. Углова в этом движении. Он считает Ф.Г. Углова своим учителем, наставником, духовным отцом. А.Н. Маюров дал высокую оценку той работе, которая проводится в нашей республике по формированию трезвого здорового образа жизни. С 2000 года в республике по инициативе первого президента РС (Я) М.Е.Николаева разработана и внедряется уникальная эффективная, не имеющая аналогов в мире доктрина трезвого здорового образа жизни. Он отметил, что большая работа проводится в университете, особенно в медицинском институте, где при кафедре анатомии с 1999 года профессором К.Г. Башариным создан постоянно действующий народный университет трезвого здорового образа жизни. В педагогическом институте под руководством профессора МАТр Л.С. Григорьевой работает “Школа здоровья” и общественная студенческая организация пединститута “Мы выбираем трезвость и здоровье”. Профессор А.Н. Маюров пожелал не останавливаться и продолжать работу до полного и окончательного утверждения трезвого здорового образа жизни.

Профессор В.Г. Жданов, вице-президент МАТр, президент Международной ассоциации психоаналитиков, председатель Союза борьбы за народную трезвость, эксперт Государственной Думы РФ, отметил огромную роль Ф.Г. Углова в создании трезвеннического движения в России. Он сказал, что Ф.Г. Углов спас Россию от алкогольного геноцида, подняв высоко с научных позиций знамя борьбы за трезвость, а мы, его ученики и соратники продолжаем его дело. Во второй части выступления он дал высокую оценку деятельности профессора К.Г. Башарина, как одного из ведущих пропагандистов трезвого здорового образа жизни, признанного не только в России, но и за ее пределами. Профессор В.Г. Жданов завершил свое яркое выступление словами что трезвость восторжествует в России.

Затем выступила профессор МАТр Л.С. Григорьева, которая рассказала о работе общественного движения “Трезвость и здоровье”. С интересными сообщениями выступил Иван Гоголев, студент 4 курса Мединститута слушатель народного университета ТЗОЖ и студентка 3 курса пединститута Раиса Кудринова. В третьей части “Угловских чтений” состоялось

чествование профессора К.Г. Башарина в связи с награждением Золотой медалью академика Ф.Г. Углова. Его тепло и искренне поздравили проректор по учебной работе И.Н. Николаев, А.А. Григорьева, директор пединститута, профессор, президент “Лиги женщины – ученые Якутии”; председатель творческого объединения “Ыллык” Хангаласского улуса М.А. Филиппова, якутским алгысом – благословением; коллеги А.С. Труфанов, Д.К. Гармаева, А.Х. Савватеев и другие. С концертными номерами выступили ансамбль ЯГУ “Сэргэлээх уоттара” и ученица 3 класса Хангаласского улуса Анжелика Филиппова. В ответном номере Карл Георгиевич поблагодарил организаторов и участников первых “Угловских чтений” и сказал, что свою награду он посвящает 75-летию высшего профессионального образования в Якутии и университету. Так интересно и динамично прошли первые “Угловские чтения”, посвященные 105-летию великого патриота, ученого, хирурга гуманиста, борца за народную трезвость академика Ф.Г. Углова. Большой зал культурного центра университета был полон студентами, преподавателями обучающего семинара “Культура здоровой, трезвой жизни” и другими, что свидетельствуют о понимании значения трезвого здорового образа жизни как фундамент благополучия, счастья каждого человека. Было принято решение ежегодно проводить угловские чтения.

Вторые “Угловские чтения” в университете прошли 3,4,5 ноября 2010 г. в культурном центре СВФУ, на котором с докладами выступали профессор К.Г. Башарин, вице президент МАТр; профессор З.К. Башарина академик МАТр; студенты мединститута 3 курса П.С. Ожегов, А.С. Макарова – слушатели народного университета ТЗОЖ и другие. Третьи “Угловские чтения” прошли с 25 по 27 октября 2011 года в Северо-Восточном Федеральном Университете в рамках конференции проходил 3-х дневный обучающий семинар. Приняли участие приглашенные известные в России и за ее пределами специалисты: А.Н. Маюров, президент МАТр, д.п.н. профессор; В.А. Толкачев, вице-президент МАТр, председатель Общебелорусского общественного объединения “Оптималист - Трезвенность”; В.П. Кривоногов, вице-президент МАТр, доктор исторических наук, профессор. Они вели трехдневный семинар по

собриологии. На конференции состоявшемся в культурном центре выступили К.Г. Башарин и З.К. Башарина, приглашенные специалисты, с сообщениями выступили студенты 5 курса мединститута, слушатели народного университета А.С. Макарова и П.С. Ожегов а также двухкратный чемпион мира по вольной борьбе Виктор Лебедев. Призывом к действию прозвучало выступление М.И. Лыткина, начальника Управления физической культуры и массового спорта министерства по молодежной политике и спорту РС (Я). После завершения курса обучения слушателям были вручены сертификаты международного образца. Четвертые “Угловские чтения” прошли 15 ноября 2013 года в форме мастер-класса профессора К.Г. Башарина “Алкоголизм – коварный разрушитель организма человека” в спорткомплексе “Триумф”, в котором приняли участие 3 тысячи студентов первых курсов университета. Пятые “Угловские чтения” состоятся в СВФУ в конце октября 2014 года. “Угловские чтения проводились в Чурапчинском улусе в 2012 году и Намском улусе 2014 году”.

Таким образом, “Угловские чтения” являются эффективным методом формирования и утверждения трезвого здорового образа жизни. Необходимо проводить их ежегодно.

Список литературы:

1. Башарин К.Г. Академик Ф.Г. Углов – лидер трезвеннического движения современности // Дорогой знаний. -2007.- С. 11-16.
2. Башарин К.Г. Утверждение трезвости – важнейшая общецивилизационная миссия университета в XXI веке // Дорогой знаний. -2007. –С. 85-87.
3. Башарин К.Г. Алкоголь – коварный разрушитель организма человека. – Якутск, 2012. – 36с.
4. Башарин К.Г. Алкоголь – коварный разрушитель организма человека – М.,2013. – 29с.
5. Башарин К.Г., Башарина З.К. Собриология: практический опыт борьбы за трезвость в с. Нуоргана (Якутия)//Основы собриологии, профилактики, социальной педагогики и алкоголии: материалы XXII Международной конференции-семинара. – Нижний Новгород, 2013. – С.43-46.
6. Григорьева Л.С. Метод Шичко – метод формирования установки на здоровый трезвый образ жизни. – Якутск, 2013. -92с.
7. Жданов В.Ю., Троицкая С.И.. Алкогольный террор. Пить или жить? – СПб., 2010. - 254с.

РОЛЬ САНАТОРИЯ-ПРОФИЛАКТОРИЯ В ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ

БЕГИЕВ В.Г., ПИНИГИНА А.В., МОСКВИНА А.Н.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. Изучается состояние здоровья студентов в период обучения, получивших санаторно-курортное лечение.

Ключевые слова. Санаторий-профилакторий, студенты, здоровье.

Abstract. Examined the state of health of students during the training period, receiving a Spa treatment.

Key words. Sanatorium-preventorium, students, health.

Актуальность исследования определяется значением состояния здоровья студентов в период обучения.

Целью исследования является изучения структуры студентов, получивших санаторно-курортное лечение по классам болезней.

Методы: статистическая обработка документации.

Результаты. В настоящее время в связи с интенсивным освоением природных богатств Северо-востока страны возросла потребность в расширении подготовки высококвалифицированных специалистов для растущего промышленного и сельского хозяйства, культуры и науки региона. С каждым годом численность обучающихся студентов в Северо-Восточном федеральном университете увеличивается и вместе с этим возрастает ответственность руководства университета, профессорско-преподавательского состава за состояние здоровья студентов.

Исследование образа жизни студентов университета показало, что на их здоровье оказывают влияние условия и факторы образа жизни. Важной составляющей в формировании образа жизни является самооценка состояния здоровья. Хотя данные самооценки не являются и не могут являться основанием для точных научных выводов о состоянии здоровья, но вместе с тем, именно самочувствие является основанием для обращения за медицинской помощью. Выяснилось, что здоровыми считают себя лишь 42,1% студентов. Из студентов, считающих себя здоровыми, 22,0% удовлетворены качеством оказания медицинской помощи. Студенты, считающие себя больными, в 48,6% оценивают качество медицинской помощи как неудовлетворительное. Большую значимость имеет мнение человека о факторах, определяющих уровень его здоровья. По мнению анкетированных, здоровье, прежде всего, зависит от самого человека (76,6%), образа его жизни (62,4%), условий труда (37,5%), качества медицинской помощи (34,7%), 26,5% студентов отметили значимость семьи в сохранении здоровья. Для улучшения своего здоровья студенты считают необходимым, прежде всего, улучшить качество питания (50,4%), увеличить время отдыха (43,0%), проведение санаторно-курортного лечения (40,7%), занятие спортом (39,3%).

С целью сохранения и укрепления здоровья студентов и преподавателей по распоряжению Якутского обкома профсоюза работников просвещения, высшей школы и научных учреждений в 1967 году открывается санаторий-профилакторий «Смена» Якутского государственного университета. В санатории «Смена» организуется оказание профилактической медицинской помощи студентам, сотрудникам университета и населению.

Лечебно-профилактическая помощь пациентам с различной патологией осуществляется на основе стандартов санаторно-курортного лечения – федерального эталона медицинских технологий, определяющего гарантированный объем диагностических и лечебных мероприятий пациентам с конкретным заболеванием, а также требования к качеству их проведения и конкретным результатам. Деятельность санатория-профилактория «Смена» СВФУ осуществляется в соответствии с Приказом

Минздравсоцразвития РФ от 07.10.2005, № 627 [1] и Приказом Минздравсоцразвития РФ от 10.05.2007, № 323 (ред. 09.09.2009)[2].

Отбор и направление студентов на лечение в санаторий-профилакторий осуществляют лечащий врач и врачебная комиссия студенческой поликлиники.

Специфическими чертами деятельности студенческого санатория-профилактория являются тесная связь условий оказания профилактической медицинской помощи с учебным процессом, профилактика социально-значимых заболеваний в организованном коллективе, снижение потенциально предотвратимых потерь здоровья.

Основными задачами санатория-профилактория являются оказание лечебно-профилактической помощи, укрепление здоровья студентов и преподавателей, формирование здорового образа жизни, предупреждение заболеваний, вредных привычек и других факторов, отрицательно влияющих на здоровье.

В структуре санатория-профилактория имеются лечебный отдел, хозяйственный блок и пищеблок. В штате санатория-профилактория имеется 29,5 единиц, из них 14,5 – медицинский персонал. Медицинские работники являются высококвалифицированными специалистами, имеющими сертификаты и квалификационные категории.

В 2010 - 2012 году план работы санатория-профилактория, составляющий 75600 койко-дней, выполнен на 100%. Длительность курса санаторного лечения составляет 21 день. В 2010-2012 году в санатории-профилактории получили лечение 3600 студентов, в том числе девушек – 2089 (58%), юношей – 1511 (42%). Студентов, состоящих на диспансерном учете, пролечилось – 1394, или 38,7% из общего числа получивших санаторно-профилактическое лечение, 25 беременных, 34 сироты, 9 инвалидов.

В санатории-профилактории получают лечение в основном студенты, проживающие в общежитиях студенческого городка (2088 человек или 58%).

В структуре заболеваемости студентов, получивших лечение в санатории-профилактории в 2010-2012 годах, первое место занимают болезни нервной системы, второе место – заболевания желудочно-кишечного тракта, третье место – болезни уха, горла, носа.

В 2010 – 2012 году выполнено 37952 процедуры физиолечения, 14989 процедур светолечения, 2163 процедуры грязелечения, массаж получили 1328 человек.

Имеется различие по рангам в структуре студентов, получивших лечение в санатории-профилактории различных институтов: в 2010 году: институт физической культуры и спорта, медицинский институт, инженерно-технический институт. В 2011 году: физико-технический, инженерно-технический, медицинский институты. В 2012 году: биолого-географический, финансово-экономический, педагогический институты.

В санатории-профилактории уделяется особое внимание санитарно-просветительной работе, формированию здорового образа жизни. Совместно с ППОС СВФУ, с центром психологической поддержки «Развитие» проводятся тренинги, беседы и семинары по пропаганде ЗОЖ, регулярно выпускаются санитарные листки.

Заключение. Многолетняя деятельность санатория-профилактория «Смена» показала важность его открытия, успешное выполнение задач по укреплению и сохранению здоровья студентов, высококвалифицированных специалистов Северо-Восточного федерального университета имени М.К. Аммосова. Федеральный Закон РФ №323 – ФЗ от 31.10.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» имеет приоритетное значение в реализации конституционного права граждан РФ на здоровье и его охрану, статьи 20 и 40 этого закона особо подчеркивают значимость санаторно-курортной помощи [3].

Список литературы:

1. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 07.10.2005, №627.
2. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 10.05.2007, №323 (ред. 09.09.2009).

3. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» №323-ФЗ от 31.10.2011.

РОЛЬ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ В ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

Босикова В.И., Николаева Л.А.

Россия, Республиканская больница №1 – национальный центр медицины,
г. Якутск

Аннотация. Актуальность проблемы: Результаты научных исследований свидетельствуют, что в последние годы наблюдается ухудшение общественного здоровья, в том числе здоровья детского населения. Подчеркивается прогрессирующий рост хронических заболеваний у детей, имеющих тяжелые последствия, приводящие к социальной дезадаптации (М.В. Эрман, 2001; А.А. Баранов, 2002; Т.Ю. Панфилова, 2003; В.И. Орел, 2005).

Ключевые слова: Якутия, детское население, диагностическая консультативная помощь.

Введение. Состояние здоровья детей относится к числу важнейших показателей, определяющих будущее благополучие общества. Современный этап развития здравоохранения характеризуется концепцией приоритетного развития амбулаторно-поликлинической службы и профилактического направления в медицине.

Детская Консультативная поликлиника (КП) является головным учреждением в системе ЛПУ республики по детской консультативной помощи, координирует деятельность всех консультативных детских медицинских учреждений республики. Консультативная поликлиника также является научной и клинической базой медицинских учебных заведений, базой для повышения квалификации, прохождения

специализации врачей и среднего медицинского персонала ЛПУ РС (Я). Консультативная поликлиника работает в составе Педиатрического центра. Структура поликлиники сформирована с учетом потребности детского населения практически во всех видах специализированной консультативной медицинской помощи, которая осуществляется с применением современных медицинских технологий.

Целью деятельности Консультативной поликлиники ПДЦ является оказание качественной и доступной специализированной диагностической, консультативной и лечебной помощи детям Республики Саха(Якутия) в возрасте с 1мес до 17 лет 11 месяцев 29 дней РС(Я) с применением высокоэффективных медицинских технологий, способствующих улучшению показателей детского здоровья:

- снижение заболеваемости, инвалидности и смертности детского населения РС (Я);
- сохранение и улучшение здоровья детей и детей подросткового возраста РС (Я);
- повышение качества и доступности амбулаторно-поликлинической медицинской помощи.

Специалистами поликлиники ведется обширная работа по созданию базы данных регистра больных по социально значимым заболеваниям у детей в Республике как эпилепсия, врожденные пороки развития с применением компьютерной программы с системой универсального поиска больных.

Мощность поликлиники рассчитана на 350 посещений в день. Дневной стационар при поликлинике, открытый в 2000г., включает 2 соматических и 1 койку отоларингологического профиля. Соматические койки начали свою работу с 1 июня 2006г.

Материалы и методы: проводился анализ обращений пациентов в Консультативную поликлинику Педиатрического центра ГБУ РС(Я)РБ№1-НЦМ за 2011- 2013 гг.

Результаты и обсуждение. Показатель обращаемости детского населения республики в Консультативную поликлинику ПДЦ РБ№1-НЦМ за 2011- 2013

гг. остается стабильно на высоком уровне и за 2013 год составляет 12854 пациента, выполнено специалистами поликлиники - 91331 посещения. Количество улусных пациентов в среднем составляет 65% от общего количества обращений, а городских жителей 35%. Среди улусных пациентов преимущественно обращаются жители из сельской местности, так за 2013 год 48,6% (4138 сельских жителей).

За анализируемый период обращаемость пациентов остается высокой из Вилюйской группы районов (за 2013 год: Вилюйский -297, В-Вилюйский -66, Нюрбинский -474, Сунтарский -407), заречных районов (за 2013 год: Мегино-Кангаласский -709, Чурапчинский -1195, Усть-Алданский -378, Таттинский -310), а также высокий уровень обращений остается с Горного района - 636 пациента, с Намского – 527, Хангаласского – 467. Низкая обращаемость отмечается из промышленных районов, за 2013 год: Ленский -90, Мирнинский -158, Нерюнгринский -53, и с Арктической зоны улусов (Аллаиховский -75, Булунский -133, Анабарский -78, Момский -98). Такая тенденция сохраняется в течении 3 лет. Территориальная структура обращаемости связана прежде всего с дороговизной транспортных расходов для жителей республики, жители близлежащих районов приезжают чаще, чем жители северных и арктических районов. Кроме того, плотность населения в вилюйской, заречной группе районов выше, соответственно обращаемость из этих районов также должна быть выше.

Таблица 1 - Возрастная структура пациентов, обратившихся в КП ПЦ РБ№1-НЦМ за 2013 год

Возрастная группа	Абсолютное число	%
До 1 года	887	7,0%
1-4 лет	2716	21%
5-7 лет	3623	28%
8-14 лет	4053	31,5%
15-18 лет	1575	12%
Всего:	12854	100%

В возрастной структуре обратившихся в Консультативную поликлинику преобладает доля детей с 8-14 лет (31,5%), на втором месте дети дошкольного возраста (5-7 лет 28%), на третьем дети раннего возраста с 1-

4 лет (21%) (табл.1). Обращения подростков остается на низком уровне – 12%.

Как показано в таблице 3, наибольший удельный вес посещений приходится к таким специалистам как: детский кардиолог - 13,9%, невролог - 15,3%, врач отоларинголог - 13,3% и гастроэнтеролог – 11,5%. Это объясняется тем, что узких специалистов педиатрического профиля, таких как детский кардиолог, невролог, врач отоларинголог и гастроэнтеролог в районах не предусмотрено штатным расписанием.

Таблица 2 - Удельный вес посещений к специалистам КП ПЦ РБ№1-НЦМ

Специалисты	2011г.	2012 г.	2013 г.
Детский кардиолог	16,3 (14712)	14,1 (12634)	13,9 (11962)
Невролог	15,2 (13715)	15,1 (13603)	15,3 (13674)
Отоларинголог	12,2 (10997)	10,9 (9825)	13,3 (11683)
гастроэнтеролог	9,6 (8698)	9,6 (8633)	11,5 (9359)

Структура первичной заболеваемости детского населения Республики Саха (Якутия) по данным обращаемости в консультативную поликлинику ПЦ РБ№1-НЦМ по итогам 2013г. представлена следующим образом:

Структура	2012 г		2013 г	
	патология	%	патология	%
1 место	Нервная система	13,5	Нервная система	19,1
2 место	ЛОР органов	11,4	Сердечно-сосудистая система	17,7
3 место	Сердечно-сосудистой системы	10,0	Пищеварительная система	8,7
4 место	Пищеварительная система	8,4	ЛОР органов	6,8

Дневной стационар поликлиники по 2012 год был рассчитан на 8 коек, 3 койки по отоларингологическому профилю, 5 коек по соматическому профилю. За 2013 год было проведено перепрофилирование на 3 койки по стационарозамещающей помощи, 5 коек были переведены в стационарное отделение Педиатрического центра. В условиях дневного стационара

пациент получает необходимый объем диагностического обследования и лечения, физиотерапевтические процедуры, различные манипуляции и малые оперативные вмешательства на ЛОР органах.

Продолжительность лечения в среднем в днях составило 6,9, что соответствует показателям РФ.

Таблица 4 - Хирургическая работа на койках отоларингологического профиля

Количество операций	2011	2012	2013
Всего операций:	76	111	85
Из них на ухе	12	11	2
На горле	17	11	13
На носу	47	89	70
Количество манипуляций	1479	1434	3312

Как видно из таблицы, количество операций проводимых в условиях дневного стационара за 2013 год составляет 85 операций, в то числе на ухе – 2, на горле – 13, на носу – 70, а количество манипуляций составляет 3312. В сравнении с 2012 годом отмечается снижение количества оперативных вмешательств, в основном за счет операций проводимых на ухе – 2,3%, операции на горле и на носу остаются стабильно на одном уровне, колебания незначительны. За 2013 год выросло количество манипуляций – 3312 (в 2012 году – 1434 манипуляций).

Уменьшение количества операций, проводимых в ДС КП по сравнению с предыдущими годами связано с усовершенствованием оперативного вмешательства (если в прошлые года делали ежедневные эндоназальные дренирования через иглу Куликовского, то с 2007-2008г.г. стали использовать катетеры для дренирования верхнечелюстных пазух). В связи приведением в соответствие стандарта стат. отчетности по кодам оперативных вмешательств закономерно сократилось количество операций (ранее к операциям относили такие манипуляции как: прижигание сосудов в зоне Киссельбаха, промывание аттика, катетеризация слуховых труб).

В консультативной поликлинике Педиатрического центра организован кабинет катамнеза с 1 октября 2013 года с целью оказания консультативно-диагностической помощи недоношенным детям, в том числе детям с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении и детей перенесших оперативное лечение в Педиатрическом центре в периоде новорожденности.

Основная задача катамнестического наблюдения – предупреждение хронических заболеваний, связанных с врожденной и перинатальной патологией, ранняя их диагностика, устранение проблем, препятствующих нормальному росту и развитию ребенка.

Согласно единому реестру по данным отделения выхаживания новорожденных Перинатального центра состоит на учете 115 недоношенных детей, в том числе с экстремально низкой массой тела – 14 новорожденных, с врожденными пороками развития (хирургия, ВПС) – 13, с тяжелыми поражениями ЦНС (ВЖК) – 7 детей.

За 4 квартал 2013 года и за первое полугодие 2014 года в кабинете катамнеза прошли обследование (консультативно-диагностическая помощь) всего 97 пациентов, ими сделано 310 посещений в консультативной поликлинике. Из них 75 детей, проживающих в городе Якутске, а 22 пациента из улусов РС(Я). В том числе 5 пациентов из Хангаласского улуса, из Мегино-Кангаласского улуса – 4, с Усть-Майского улуса – 1, Чурапчинского – 2, Кобяйского улуса – 3, Сунтарского улуса – 2, Намского – 2, с Горного улуса 1 ребенок.

Из них в госпитализации нуждались 8 пациентов, в том числе в психоневрологическое отделение №2 – 4, в пульмонологическое отделение – 3, один ребенок получил стационарное лечение в хирургическом отделении ПДЦ.

Все пациенты были осмотрены узкими специалистами КП, в том числе окулистом офтальмологического отделения КДЦ и проведены необходимые диагностические исследования.

Заключение. Таким образом, результаты проведенного анализа деятельности Консультативной поликлиники Педиатрического центра за 2011- 2013 гг позволяют заключить, что среди обследованных пациентов преимущественно составляют жители из сельской местности. В основном это жители из Вилюйской группы улусов, заречных районов и центральных районов, а обращения из промышленных районов и Арктических улусов остается на низком уровне.

Наибольший удельный вес посещений приходится к таким специалистам, как детский кардиолог, невролог, врач-оториноларинголог и гастроэнтеролог, что соответствует структуре выявленной патологии у обследованных пациентов Консультативной поликлиники.

По стационарозамещающей помощи отделения фактически доля пациентов, находящихся на обследовании и лечении в условиях дневного стационара из года в год растет, продолжительность лечения в среднем составляет 6,9 пациенто-дней, что соответствует показателям по РФ. В условиях дневного стационара по отоларингологическому профилю проводятся малоинвазивные оперативные вмешательства, за 2013 год идет уменьшение количества операций, это связано с усовершенствованием операций на органах верхних дыхательных путей и с приведением в соответствие статистической отчетности по кодам оперативных.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ПРОГРАММЫ) В 2013 ГОДУ НА ТЕРРИТОРИИ ДАЛЬНЕВОСТОЧНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА (ДФО)

БОГАЧЕВСКАЯ С.А.¹, КАПИТОНЕНКО Н.А.², ПЧЕЛИНА И. В.^{1,2}

¹ Россия, ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЦЕНТР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, г. ХАБАРОВСК

² Россия, ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Аннотация. Представлен анализ результатов реализации Программы государственных гарантий в 2013 году на территории ДФО на основании официальных данных Министерства здравоохранения РФ.

Ключевые слова: территориальные программы государственных гарантий (ТПГГ), дефицит финансового обеспечения, критериев доступности и качества медицинской помощи

Abstract. Presented analysis of the results of the territorial programs of state guarantees of free medical care in Far East region in year 2013 is based on official data of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation.

Key words: territorial programs of state guarantees, deficit of financing, criteria of quality and accessibility of medical care.

Введение. В 2013 году все субъекты Российской Федерации реализовывали ТПГГ бесплатного оказания гражданам МП в соответствии с Программой на 2013 год, утвержденной постановлением Правительства РФ от 22 октября 2012 г. № 1074 [1].

Материалы и методы. Проанализированы результаты реализации ТПГГ бесплатного оказания гражданам МП в 2013 году на территории ДФО и статистические данные Годовой формы федерального статистического наблюдения № 62, проведен сравнительный анализ с результатами Программы на 2013 год по РФ [1,3].

Результаты. В 2013 году ТПГГ оказались бездефицитны в 25 субъектах РФ, в том числе в 6 субъектах ДФО: Республике Саха (Якутия), Чукотском автономном округе (ЧАО), Камчатском, Хабаровском краях, Магаданской, Сахалинской областях.

В ДФО дефицит финансового обеспечения ТПГГ за счет бюджетных ассигнований консолидированных бюджетов отмечался в 3 субъектах: Приморском крае, Амурской области, ЕАО. Максимальный дефицит финансового обеспечения ТПГГ в ДФО наблюдался в Приморском крае (13,5% от общей потребности или 39,4% потребности в бюджетных ассигнованиях бюджетов субъектов РФ, рассчитанной в соответствии с установленными на 2013 год нормативами), что оказалось выше средних значений по ДФО и средних значений по «дефицитным» субъектам РФ. Минимальный дефицит ТПГГ на 2013 год в ДФО зарегистрирован в Еврейской автономной области (ЕАО): 8,9% или 26,1% потребности соответственно, что ниже соответствующих средних значений по ДФО и 58 «дефицитным» субъектам РФ (9,2% или 26,9% соответственно). Данные о размере дефицита финансового обеспечения ТПГГ за счет бюджетных ассигнований консолидированных бюджетов субъектов ДФО представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Дефицит финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи в субъектах РФ в 2013 году

Субъекты Российской Федерации	Потребность в финансовом обеспечении; тыс. рублей	Потребность в финансовом обеспечении за счет средств конс. бюджета; тыс. рублей	Расходы конс. бюджета с учетом межбюджетных трансфертов	Дефицит	% дефицита от общей потребности	% дефицита от потребности в средствах бюджета субъекта РФ
Приморский край	26 884 256,2	9 197 049,7	5 570 247,6	-3 626 802,2	-13,5	-39,4
Амурская область	11 785 322,8	4 031 735,1	2 777 233,5	-1 254 501,6	-10,6	-31,1
Еврейская автономная область	2 426 816,7	830 209,1	613 293,2	-216 915,9	-8,9	-26,1
Средние значения по дефицитным субъектам ДФО	13 698 798,57	4 686 331,30	2 986 924,77	-1 699 406,57	-11	-32,2
Средние значения по 58 «дефицитным» субъектам РФ	15 947 558,52	5 455 627,55	3 833 555,5	-1 622 072,1	-10,8	-31,6

Оказание скорой медицинской помощи (СМП). Существенное превышение объема СМП в расчете на 1 застрахованное лицо отмечено в ЕАО (0,429), Сахалинской области (0,352), а также в Хабаровском крае (0,358). В целом же регион не превысил установленный норматив в 0,318 и составил 0,296 (по РФ – 0,290). Стоимость вызова СМП колебалась по ДФО от 2112,2 руб

(ЕАО) до 7504,6 руб (Магаданская область), составив в среднем по региону 2906,8 руб., что более чем в 2 раза выше установленного норматива (1435,6 руб). Стоимость единицы объема СМП в ДФО, оказанной за счет средств ОМС (30647,1 руб.), превысила общероссийскую в 12 раз! (по РФ – 2546,4 руб). *Оказание неотложной МП (НМП).* В 2013 году служба НМП присутствовала во всех субъектах ДФО (отсутствовала в 4 субъектах РФ, в 2012 г. – в 26). Самые низкие объемы посещений по неотложной медицинской помощи (в расчете на 1 застрахованное лицо) отмечены в Республике Саха (Якутия) (0,068) и Камчатском крае (0,059). *Оказание МП в амбулаторных условиях.* По ДФО в среднем данный показатель за счет средств ОМС оказался значительно выше (3,282 посещения на 1 застрахованное лицо) при установленном нормативе в 2,04 посещения, причем в Республике Саха (Якутия), ЧАО и Приморском крае этот показатель превышал норматив в 2 и более раз, составив 4,734; 4,683 и 4,286 посещений на 1 застрахованное лицо соответственно при сопоставимом значении в среднем по ДФО (0,433), РФ (0,469) и установленных нормативах (0,4) объеме МП за счет бюджетных ассигнований бюджета субъектов РФ в расчете на 1 жителя: по Республике Саха (Якутия) - 0,465 посещений, по Приморскому краю – 0,354 посещения на 1 жителя. В Сахалинской области выявился существенный дисбаланс по распределению объемов МП. Оказались не достигнуты установленные нормативы по количеству посещений с профилактической целью за счет средств ОМС (1,709 при нормативе 2,040) и значительно превышены (почти в 4,3 раза) установленные нормативы объема МП, оказанного за счет бюджетных ассигнований бюджета области (1,074 при нормативе 4,0). Среди обращений пациентов в субъектах ДФО в связи с заболеваниями отмечалась тенденция к низкой обращаемости в субъектах с наибольшей стоимостью единицы объема МП, оказанной за счет средств ОМС: в ЧАО зарегистрировано 0,932 на 1 застрахованное лицо при стоимости 2922,4 рублей за единицу объема МП; в Магаданской области – 0,990 обращения на 1 застрахованное лицо при стоимости 2761,3 рублей; в Республике Саха (Якутия) - 1,22 обращения при стоимости 2751,7 рублей за единицу объема МП. *Оказание МП в условиях стационара.* Превышение установленного Программой среднего норматива (0,818 койко-дней на жителя), отмечено в

9 субъектах РФ, в том числе в 3 субъектах ДФО: Сахалинской области (1,076), Магаданской области (1,369) и Хабаровском крае (0,836). В части МП, оказанной за счет средств ОМС во всех субъектах ДФО (как и в подавляющем большинстве субъектов РФ) объем МП в стационарных условиях превышал средний норматив, установленный Программой (1,74 койко-дня на 1 застрахованное лицо). *Паллиативная МП в стационарных условиях* не оказывалась в 3 субъектах ДФО: Республике Саха (Якутия), ЕАО, ЧАО. По результатам комплексной оценки уровня и динамики критериев доступности и качества МП (по сумме баллов) средний рейтинг в субъектах ДФО составил 15,5, что незначительно превысило общероссийский рейтинг (15,3735 баллов) по 83 субъектам РФ. Наиболее высокий рейтинг в ДФО имеет Республика Саха (Якутия) - 21 балл. Этот субъект является единственным из ДФО, вошедшим в 7-ку с самым высоким общероссийским рейтингом. Самый низкий рейтинг по ДФО отмечен в Камчатском крае (11 баллов). В список регионов с наиболее низким рейтингом достижения установленных целевых значений критериев доступности и качества МП и их динамики среди 58 субъектов РФ субъекты ДФО не вошли.

Заключение. Проблемы реализации ТППГ в ДФО в 2013 году отражают основные тенденции при реализации Программы в 2013 году в целом по 58 субъектам РФ: несбалансированность ТППГ по объемам оказанной МП и их финансовому обеспечению, недостаточное развитие первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в неотложной форме, и паллиативной МП. Средняя стоимость единицы объема МП, оказанной как за счет средств ОМС, так и за счет бюджетных ассигнований бюджета ДФО оказались значительно выше общероссийских (особенно в разделе СМП). Тем не менее, дефицит финансового обеспечения ТППГ в ДФО оказался менее значительным: в 3 из 9 субъектов ДФО против 33 из 58 субъектов по РФ, и составил 33% по субъектам ДФО и 57% по всем субъектам РФ. В 2013 году в большинстве субъектов ДФО способы оплаты МП по видам и условиям ее оказания соответствовали способам оплаты, установленным Программой. Вместе с тем, в ряде субъектов ДФО использовались способы оплаты, не предусмотренные Программой: в Республике Саха (Якутия) и ЕАО 1

пациенто-день лечения в дневном стационаре, в Приморском крае 1 койко-день в стационарных условиях. Во всех субъектах ДФО (как и во всех субъектах РФ) применялась методика расчета тарифов на оплату МП по ОМС в соответствии с выбранными способами оплаты, установленная Правилами ОМС, утверждёнными приказом Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 г. №158н [4].

Список литературы:

1. Доклад Министерства здравоохранения РФ «О реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2013 году». [Электронный ресурс] URL: <http://www.rosminzdrav.ru/documents/8122-doklad-o-realizatsii-programmy-gosudarstvennyh-garantiy-besplatnogo-okazaniya-grazhdanam-meditsinskoj-pomoschi-v-2013-godu> (Дата проверки ссылки: 27.09.2014)
2. Доклад о реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2012 году. [Электронный ресурс] URL: <http://www.rosminzdrav.ru/news/2013/07/03/1603-ministerstvom-opublikovan-doklad-o-realizatsii-programmy-gosudarstvennyh-garantiy-okazaniya-grazhdanam-rossiyskoj-federatsii-besplatnoy-meditsinskoj-pomoschi-v-2012-godu> (Дата проверки ссылки: 27.09.2014)
3. Письмо Минздрава РФ от 25 декабря 2012 г. N 11-9/10/2-571 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» [Электронный ресурс] URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70193444/> (Дата проверки ссылки: 27.09.2014)
4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 февраля 2011 г. N 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» с изменениями и дополнениями от: 10 августа, 9 сентября 2011 г., 22 марта, 21 июня, 20 ноября 2013 г. [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_155222/ (Дата проверки ссылки: 27.09.2014).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ НА МЛАДШИХ КУРСАХ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА (НА ПРИМЕРЕ ДИСЦИПЛИНЫ БИОЭТИКА)

Бодунова А.С, Федулова А.Г., Бодунов Б.Е.

Россия, Северо-Восточный Федеральный Университет имени
М.К.Аммосова, Медицинский институт

Аннотация. В статье представлены результаты исследования эффективности интерактивных методов обучения первокурсников Медицинского института Северо-восточного федерального университета им. М.К.Аммосова на примере дисциплины «Биоэтика».

Ключевые слова: интерактивные методы обучения, биоэтика, учебный процесс.

Abstract. The article presents the results of research on the effectiveness of interactive teaching methods freshmen of the Medical Institute of the North- Eastern Federal University . Ammosov the example of discipline "Bioethics ".

Keywords: interactive teaching methods, bioethics, the learning process.

Актуальность. Проблема методов обучения всегда привлекала внимание педагогов как центральная проблема достижения успешности педагогического процесса, становления личности будущего врача

Цель исследования. Определить эффективность усвоения учебного материала при проведении интерактивных занятий по предмету «Биоэтика».

В современных условиях врачи-педагоги часто задаются вопросом о том, какие методы современны, а какие устарели? «Любая метода хороша», - заметил Лев Толстой в середине XIX столетия, когда отстаивал новации в

обучении и противостоял догматическим методам. Однако, как человек, проникший в глубины человеческой сущности и любивший педагогическую деятельность, он понимал, что, казалось бы, самый обычный и знакомый метод (например, объяснение, беседа) в руках мастера все равно несет огромный творческий потенциал и не может в этом случае рассматриваться как «устаревший».

Реформы в области образования, происходящие в нашей стране, наряду с разработкой новых образовательных стандартов, введением новых учебных дисциплин, новых учебников и учебных пособий, вызвали потребность и в изменении методики преподавания. В условиях реализации Национальной программы по подготовке медицинских кадров невозможно представить себе учебный процесс без использования интерактивных методов обучения.

Интерактивное обучение – это специальная форма организации образовательного процесса, суть которой состоит в совместной деятельности учащихся над освоением учебного материала по решению общих, но значимых для каждого проблем, в обмене знаниями, идеями, способами деятельности.

Эксперимент проводился на базе Медицинского института СВФУ г. Якутска РС(Я) и состоял из следующих этапов: Проведение тематических занятий по дисциплине «Биоэтика» с применением интерактивных техник, проведение контрольных методик (тестирование, анкетирование), сравнение эффективности с другими методиками и подведение итогов эксперимента.

Цель эксперимента заключается в анализе эффективности применения интерактивных методов обучения у студентов младших курсов Медицинского института, реализации творческих способностей средствами интерактивных методов.

Для проведения эксперимента было выбрано 2 темы.

Занятие по первой теме "Основные модели взаимоотношения врача и пациента. Этика профессионального взаимодействия" было проведено в виде ролевой игры.

В ходе проведения занятия учебная группа была разделена на 4 подгруппы, по количеству моделей взаимоотношений врач-пациент. Каждой подгруппе давалось задание показать ту или иную модель взаимоотношений врач-пациент. Затем подгруппы по очереди выступали, с последующим обсуждением особенностей модели, ее плюсов и минусов, возможности применения для той или иной категории пациентов.

Положительные моменты формы такого занятия:

- участие каждого студента;
- полное взаимодействие обучаемых;
- наглядный пример моделей врач-пациент,
- возможность обсудить тему, поспорить, выразить свое мнение.

Такая форма совместной работы на практических занятиях способствует преодолению смущения, страха перед публичным выступлением, наилучшей мотивации к обсуждению актуальных проблем «Биоэтики».

С целью определения мнения студентов по форме ведения занятия было проведено анкетирование (Табл1).

Вторая тема "Биоэтические проблемы медицинских вмешательств в репродукцию человека. Ценность жизни" охватывала 2 занятия. Первое занятие было проведено в виде показа видеофильмов: "Чудо жизни" и "Безмолвный крик". На втором занятии по данной теме студенты выступали с защитой собственных социальных программ по уменьшению количества абортов.

Таблица1 - Результаты анкетирования студентов по форме ведения занятия в виде ролевой игры «Основные модели взаимоотношения врачей и пациентов. Этика профессионального взаимодействия»

	Да	Нет	Не определился или все равно.
1. Понравилось ли вам занятие в форме игры?	92,5%	5,7%	1,7%
2. Хотели ли бы вы чтобы занятие по этой теме проводилось в форме обычного опроса?	1,7%	95,4%	2,9%
3. Удовлетворены ли вы полученными знаниями на этом занятии?	98,2%	1,7%	0

В начале изучения дисциплины «Биоэтика» был проведен письменный опрос:

1. Когда начинается жизнь?

с вариантами ответов: а) в момент зачатия б) в 12 недель беременности в) в 24 недель г) 36 недель д) сразу после рождения (Табл 2).

Таблица 2 - Ответы студентов на вопрос: Когда начинается жизнь?

в момент зачатия (уд вес студентов)	в 12 нед. беременности	в 24 нед	36 нед	сразу после рождения
5,7%	53%	3,4%	8,6%	29%

2. Чем определяется ценность жизни?

- а) Количеством прожитых лет;
- б) Социальным статусом;
- в) Расовой принадлежностью;
- г) Уникальностью и неповторимостью каждого человека;

Таблица 3 - Чем определяется ценность жизни?

Количеством прожитых лет	Социальным статусом	Расовой принадлежностью	Уникальностью и неповторимостью каждого человека
65,3%	8%	0	26,6%

Итак, в начале изучения дисциплины, мы видим, что правильный ответ на первый вопрос дали всего 5,7% от числа опрошенных студентов, на второй вопрос 26,6% студентов.

По теме занятия "Биоэтические проблемы медицинских вмешательств в репродукцию человека. Ценность жизни" группам было показано два фильма: 1- «Чудо жизни» (о зарождении и внутриутробном развитии ребенка). 2 - «Безмолвный крик» (об аборте, проводимом под контролем УЗИ).

На втором занятии каждый студент выступил со своей программой по уменьшению количества абортов. В дальнейшем программы обсуждались, определялись положительные и негативные моменты, возможность внедрения в жизнь.

После изучения данной темы был вновь проведен опрос, результаты значительно изменились.

Выводы: После изучения данной темы вновь был проведен опрос, результаты значительно изменились. 97% опрошенных студентов отметили начало жизни уже в момент зачатия. 95,3% - определили ценность жизни уникальностью и неповторимостью каждого человека. Количество правильных ответов увеличилось в 16 раз.

Интерактивное обучение повышает мотивацию участников в решении обсуждаемых проблем, что дает эмоциональный толчок к последующей поисковой активности участников, побуждает их к конкретным действиям. В интерактивном обучении каждый успешен, каждый вносит свой вклад в общий результат групповой работы, процесс обучения становится более осмысленным и увлекательным.

Таким образом, освоение преподавателем проблемно-поисковых методов – это и есть, самый верный путь к организации творческо-исследовательской деятельности обучающихся, а значит, интерактивного обучения.

Список литературы:

1. Косолапова М.А., Ефанов В.И., Кормилин В.А., Боков Л.А. Положение о методах интерактивного обучения студентов по ФГОСЗ в техническом университете: для преподавателей ТУСУР – Томск:ТУСУР, 2012
2. Кудрявая Н.В., Уколова Е.М. Врач-педагог в изменяющемся мире. Традиции и новации Под редакцией академика РАМН? профессора Н.Д. Ющука- М.: ГОУ ВУНМЦ, 2005. -336с.
3. Зимин, В. Н. Качество профессионального образования с позиций личностно-ориентированного подхода Текст.: метод. рекомендации / В. Н. Зимин. Иркутск: ИГПСРО, 2001. - 23 с.

ФОРМИРОВАНИЕ ТРЕХУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА Г. ЯКУТСКА ПРИ ПЕРЕХОДЕ НА ПОДУШЕВОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ

БОРИСОВА Е.А., САВВИНА Н.В., ЛУЦКАН И.П.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. В настоящее время в рамках модернизации здравоохранения формируется новая модель отрасли, основанная на принципах получения максимального медицинского, социального и экономического эффекта на единицу затрат. Основными направлениями в совершенствовании организации оказания медицинской помощи остается приоритетное развитие первичной медико-санитарной помощи, выведение объемов помощи со стационарного на амбулаторный уровень. Кооптация должна проводиться в свете принятия новых федеральных законов в сфере здравоохранения, с учетом переходного периода на новые формы финансирования.

Ключевые слова: подушевое финансирование, оптимизация, трехуровневая система медицинской помощи.

Abstract. Now within modernization of health care the new model of branch based on the principles of receiving the maximum medical, social and economic effect on a unit of cost is formed. The main directions in improvement of the organization of rendering medical care there is a priority development of primary medical and sanitary help, removal of volumes of the help with stationary on out-patient level. Cooptation has to be carried out in the light of adoption of new federal laws in the health care sphere, taking into account a transition period on new forms of financing.

Keywords: per capita financing, optimization, three-level system of medical care.

Введение. За последние 15 лет Столичное здравоохранение города Якутска претерпело ряд существенных изменений, связанных с переходом отрасли на систему обязательного медицинского страхования, дважды связанных с

разграничением полномочий между муниципальной и государственной уровнями власти, реализацией приоритетного национального проекта «Здоровье», модернизацией, подготовкой к переходу на новую систему оплаты труда, ориентированную на конечный результат, внедрению элементов рыночных отношений в системе здравоохранения.

За эти годы проведена структурная реорганизация учреждений муниципального здравоохранения г. Якутска количество их уменьшилось с 37 до 14, с увеличением числа комплексных стационарно-поликлинических учреждений, включающих в свою структуру пригородные больницы, образована единая городская аптека за счет объединения муниципальных аптечных предприятий. Структура стала более упрощенной, управляемой, значительно сократился аппарат руководства.

Первый этап реформирования структуры здравоохранения г. Якутска выявил отсутствие четкой системы учета населения, что привело к значительным трудностям в определении численности прикрепленного к лечебно-профилактическим учреждениям населения и в результате этот вопрос не всегда объективно решался, чаще методом споров и достижения согласия между медицинскими организациями, без апеллирования статистическими данными, что снижало заинтересованность руководителей в увеличении численности обслуживаемого населения. Неопределенность в количестве и составе населения свидетельствует о больших проблемах в получении объективных характеристиках здоровья и, соответственно, о дезориентации лиц, принимающих решения.

С начала пилотного проекта в 2012 года совместно с Территориальным фондом ОМС Республики Саха (Якутия) для перехода на подушевое финансирование проведена работа по уточнению фактического населения, прикрепленного к медицинским учреждениям г. Якутска, по состоянию на 1 мая 2012 года численность составила 312 149 человек, при этом по состоянию на 27.06.2012г. идентифицировано и принято без ошибок 280 767 человек, что составило 90% от населения. Выявлено что дубли внутри и между МО составили от 13,9% до 65-68%, что явилось основной причиной возникновения финансовых рисков.

Например: разница с предварительно утвержденной Территориальной программой ОМС РС (Я) подушевого норматива 1730,7 руб. и фактической стоимостью на душу населения (в среднем по городу Якутску 1859,58 руб)., на 7,44% процента выше утвержденного норматива. При анализе сравнения разницы утвержденной территориальной программы государственных гарантий от расчетного объема финансирования по подушевому нормативу прогнозируемо, что только те учреждения, у которых фактическая стоимость меньше подушевого норматива, остаются в плюсе, то есть при переходе на подушевое они могут заработать больше чем при нынешнем тарифе программы государственных гарантий.

Учреждения, у которых фактическая стоимость на душу населения по утвержденному тарифу программы государственных гарантий на 2013 год выше, чем подушевой норматив, остаются в минусе, то есть финансирование данных учреждений при переходе на подушевое финансирование станет дефицитным. Соответственно по данным учреждениям возникнут финансовые риски, которые могут привести к банкротству фондодержателя, под которым подразумевается:

- отсутствие финансирования на содержания материально-технической базы организации;
- невозможность оплатить заработную плату, как собственному персоналу, так и работу (услуги) специалистов сторонних организаций;
- по опыту других регионов проведение взаиморасчетов между медицинскими организациями могут составлять до 40-50 %;
- возникновение задолженностей перед кредиторами и т.д.

Целью работы является разработка модели трехуровневой системы обслуживания пациентов в здравоохранении города Якутска для предотвращения рисков, направленных на повышение эффективности использования ресурсов (материальных, финансовых, кадровых, информационных).

Результаты и обсуждение. Ведущими факторами, определяющими проблемы здравоохранения в городе Якутске, являются:

- отсутствие корреляции между услугами медицинской помощи и структурой заболеваемости и смертности населения;
- несоответствие потребностям в медицинской помощи, фактически оказываемым объемам медицинской, в т.ч. специализированной помощи;
- необходимость приведения численности кадров к нормативным показателям;
- опережающее развитие нормативно-правовой и методической основы при сохранении ресурсов, оставшихся с советского периода;
- при переходе на новые механизмы финансирования возникновение финансовых рисков, которые могут привести к банкротству фондодержателя;
- низкая удовлетворенность оказываемой медицинской помощью по данным социального опроса страховых компаний.

Одним из путей решения является проведение реорганизации инфраструктуры здравоохранения с приведением в соответствие с численностью и составом населения города Якутска, с учетом структуры заболеваемости на территории города Якутска путем укрупнения структуры учреждений здравоохранения с организацией межтерриториальных медицинских объединений, вместо существующих сегодня шести отдельных юридических лиц с различными ресурсами.

Для повышения доступности и качества предоставляемой амбулаторной медицинской помощи на территории г. Якутска внедряется поэтапное формирование трехуровневой системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, в целях достижения поставленных задач с 24 января 2013 года в столице организован «Медицинский центр города Якутска» путем слияния трех больниц.

Первый уровень – медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, включающую: участковую терапевтическую службу, врача-офтальмолога, хирурга, невролога, эндокринолога, оториноларинголога, уролога, кабинет (отделение) профилактики, включая смотровой кабинет, флюорографию, рентгенографию,

электрокардиографию, школы здоровья, лабораторную диагностику (общий анализ крови, мочи, сахар крови), физиотерапию, с развитием ВОП (врач общей практики) на отдаленных участках, спальных микрорайонах, при возможности, выведение из территориальных поликлиник ВОП, как вариант в квартиры или помещения на первых этажах многоэтажных домов, приобретение модульных систем ВОП в пригородах.

Второй уровень - межтерриториальные амбулаторные центры, оказывающие квалифицированную специализированную амбулаторную медицинскую помощь: центр амбулаторной хирургии, центры здоровья, центр амбулаторной онкологии, централизованные лаборатории, респираторный центр, центр остеопороза и т.д. Развитие стационарозамещающих технологий (первичные специализированные отделения по типу дневных стационаров, стационары на дому), реабилитационная помощь (амбулаторная, стационарная и на дому) и т.д.

Третий уровень - это поэтапное формирование консультативно-диагностической специализированной амбулаторной помощи на базе существующих многопрофильных медицинских центров или стационаров, имеющих возможности оказания консультативно-диагностической помощи в амбулаторном режиме. На уровне г. Якутска это развитие консультативно-диагностического центра при детской городской больнице, где будут осуществляться консультативно-диагностические исследования по наиболее востребованным профилям по направлениям из амбулаторных центров, специалистов первичного звена, будет представлен широкий спектр диагностических процедур, включая эндоскопические исследования, ультразвуковую диагностику экспертного класса, специальные рентгенологические исследования (в том числе маммография) и т.д.

Проведение реформирования сети учреждений первичного звена г. Якутска при переходе на подушевое финансирование здравоохранения необходимо для повышения ответственности медицинских работников, прежде всего, участковой службы, как основного фондодержателя. Проведение реформирования предполагает повышение квалификации

врачей первичного звена, расширение круга их функций, роста ответственности за состояние здоровья обслуживаемого населения. Продолжение внедрения системы врача общей практики и повышение их квалификации, позволит лечить основную часть наиболее распространенных заболеваний на первом уровне. Узкие специалисты будут иметь дело с более сложными заболеваниями, опираясь на диагностическую базу, которая будет существенно превосходить возможности прежних поликлиник. На уровне первичного звена предполагается приоритетное развитие стационарозамещающих технологий, с высокой концентрацией дорогостоящей стационарной помощи в крупных медицинских организациях.

Вывод. Таким образом, внедрение данной модели позволит компенсировать неравномерность развития амбулаторной медицинской помощи, что необходимо для повышения качества медицинской помощи и доступности для населения, преимущественно по участково - территориальному принципу. Выполнение данной задачи в полном объеме позволит рационально использовать дорогостоящее оборудование и медицинскую технику, а также снизить сроки ожидания медицинской помощи и компенсировать дефицит врачей-специалистов по необходимому профилю. Назрел момент, когда нужно «уходить от старых устоявшихся устоев» и проводить политику управления в зависимости от существующих на данный момент потребностей.

Список литературы:

1. Гусева С.Л. Совершенствование управления человеческими ресурсами как стратегический императив лечебного учреждения// Организационные основы кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации: Сборник научных трудов ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава». – М., 2012г. - С. 30-40.
2. Гусева С.Л., Кондратьев И.Н., Пучков К.Г. Реформирование системы управления в первичном звене муниципального здравоохранения. ЭЖ. Социальные аспекты здоровья населения №4 2012. -20 с.
3. Экономика здравоохранения: учебное пособие / А.В. Решетников, В.М. Алексеева, Н.Г. Шамшурина [и др.]; под общ. ред. акад. РАМН проф. А.В. Решетникова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2012. – 272 с.

4. Kutzin J., Cashin C., Jakab M. Реформы финансирования здравоохранения: Опыт стран с переходной экономикой / Под ред.- Европейское региональное бюро ВОЗ / Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2012. – 442с.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ПРОФИЛАКТИКА ВРЕДНЫХ РЕЖИМОВ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ СРЕДИ ВРАЧЕЙ Г. ЯКУТСКА

ГРИГОРЬЕВ Г.И., САВВИНА Н.В.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. Проведено исследование доли рискованного, опасного и возможно зависимого потребления алкоголя среди врачей г. Якутска. Изучена взаимосвязь социально-гигиенических аспектов, сопровождающих рискованное и опасное потребление алкоголя. Выявлены факторы риска. Предложены пути профилактики алкогольной зависимости среди врачей.

Ключевые слова: врачи, алкоголь, рискованное потребление алкоголя, опасное потребление, факторы риска, профилактика, город Якутск.

Abstract. The investigation of the share of risky, dangerous, and possibly dependent drinking among doctors of Yakutsk. The interrelation of social and hygienic aspects accompanying risky and hazardous alcohol consumption, identified risk factors.

Key words: doctors, risky alcohol consumption, dangerous consumption, risk factors, prevention, Yakutsk city.

Уровень заболеваемости работников здравоохранения превышает по большинству показателей заболеваемость других профессиональных групп населения [1]. Так, общая заболеваемость медицинских работников г. Якутска в 2009 составляла 1943 на 1000 чел. и превышала общую заболеваемость взрослого населения (1579 на 1000 чел.). Ряд авторов относят профессию врача к факторам повышенного риска злоупотребления алкоголем. Исследования, проведенные в мире в период с 1984 по 2013 гг. показали, что доля врачей, страдающих алкогольной зависимостью, может варьировать от 1,6% до 20,2% [2]. Лечение и реабилитация врачей с

алкогольной зависимостью всегда сопряжено с профессиональными и социальными особенностями [3]. Врачи знают о биопсихосоциальных причинах алкоголизма и некритично относятся к лечению, т.к. оно, на их взгляд, может понизить их социальный статус и самооценку. Между тем, социальные, медицинские, профессиональные и людские потери продолжают место быть.

Но всё же, длительная или пожизненная ремиссия возможна, и как показывают исследования ряда авторов, она варьирует от 27% до 92%.

Актуальность. Изучение и выявление взаимосвязи различных видов потребления алкоголя среди врачей г. Якутска с социально-гигиеническими аспектами их жизнедеятельности стало основой для разработки программы профилактики вредного потребления алкоголя в среде врачей.

Новизна исследования. Получены новые сведения о распространенности типов потребления алкоголя среди врачей г. Якутска. Выявлены факторы риска и их корреляция с режимами потребления алкоголя среди врачей г. Якутска. Разработана программа профилактики.

В итоге было проведено обсервационное, поперечное исследование выборки из 330 врачей, репрезентативность которой была сгенерирована с помощью программы OpenEpi из генеральной совокупности в 2294 врача. Основным методом исследования явился социологический метод. Объектом исследования были врачи, работающие в г. Якутске и система, направленная на профилактику и реабилитацию врачей с опасным потреблением алкоголя. Статистическая обработка данных проводилась с помощью стандартного пакета SPSS (версия 13,0). Для сравнительного анализа было сформировано 4 группы: 1) группа анестезиологов; 2) группа хирургов; 3) врачи терапевтического профиля; 4) группа врачей других специальностей. Анкета содержала блок вопросов, направленных на выявление факторов риска и блок международного опросника (AUDIT), призванный выявить уровни потребления алкоголя. Факторный анализ был проведен с помощью метода Varimax с нормализацией Кайзера. Данный метод даёт устойчивые результаты и облегчает их интерпретацию, благодаря чему применяется наиболее часто. Наличие связи между

уровнями потребления алкоголя и факторами риска оценивали с помощью классического критерия Хи-квадрат Пирсона (χ^2), направленность связи (линейную зависимость) – с помощью критерия dСомерса, а статистическую значимость с помощью величины (p). Для вычисления отношения шансов использовали модуль «описательные статистики / таблицы сопряженности / риск».

Результаты исследования. Все опрошенные были представлены 29 медицинскими организациями г. Якутска. 69 опрошенных – (21,0%) были мужчинами и 261 (79,0%) женщинами. Доля врачей с низкой вероятностью алкогольной зависимости составила 71,2%. В режиме чрезмерного или рискованного потребления принимают алкоголь 18,2% врачей. Опасное потребление алкоголя и употребление алкоголя с вредными последствиями обнаружено у 9,4% врачей. Возможное присутствие алкогольной зависимости зафиксировано у 1,2% врачей г. Якутска.

Доли специалистов с возможной зависимостью расположились следующим образом (% от количества врачей в своей специальности): анестезиологи – 4,3%, хирурги - 3,6%, врачи других специальностей - 1,3%, среди терапевтов зависимых не обнаружено. Наибольшая доля врачей с возможной алкогольной зависимостью присутствует у врачей - эвенков, лиц с возможной алкогольной зависимостью среди них оказалось 2,9%, у врачей славян и якутов данная доля составила 2,3% и 0,8% соответственно.

Наиболее сильная корреляционная связь с зависимым уровнем потребления алкоголя установлена у фактора «Раннее начало потребления алкоголя» ($\chi^2=274,896$, ст. св.=9, $p=0,000$). Данная связь является наиболее направленной (dСомерса=0,530, $p=0,000$). Вторым по степени выраженности связи с зависимым уровнем потребления алкоголя, явился «Психологический фактор» ($\chi^2=69,282$, ст. св.=9, $p=0,000$). Установленная связь носит менее направленный характер (dСомерса=0,231, $p=0,000$). Фактор «Материальные затруднения» имеет значимую связь ($\chi^2=31,159$, ст. св.=9, $p=0,000$), но линейной зависимости при этом нет. Фактор «раннее начало потребления алкоголя», увеличивает шансы манифестации алкогольной зависимости у врачей г. Якутска в 1353,86 раз. Шансы развития

алкогольной зависимости у врачей хирургического профиля (анестезиологи и хирурги) в 2,36 раза выше, чем у врачей терапевтического профиля.

Выводы:

1. Среди врачей г. Якутска присутствуют 1,2% специалистов, которые возможно потребляют алкоголь в режиме зависимости.
2. Наибольшая доля возможно зависимых докторов приходится на специалистов хирургического профиля.
3. Наиболее сильная связь с опасными уровнями потребления алкоголя установлена у фактора «Раннее начало потребления алкоголя».
4. Фактор «Материальные затруднения» значимой связи с опасными уровнями потребления алкоголя врачами не продемонстрировал.

Предложения. Основным компонентом комплексной программы профилактики алкогольной зависимости среди врачей должен стать модуль, представленный мерами первичной профилактики.

Список литературы:

1. Измеров, Н. Ф. Труд и здоровье медиков / Н. Ф. Измеров // Профессия и здоровье : материалы I Всерос. конгр. «Профессия и здоровье» (19-21 нояб., 2002 г.). – М., 2002. – С. 271-278.
2. Loyd G. One hundred alcoholic doctors: A 21- year follow-up // Alcohol Alcohol. – 2002. – Vol. 37, № 4. – P. 370-374.
3. Rosta J. Aasland OG., Changes in alcohol drinking patterns and their consequences among Norwegian doctors from 2000 to 2010: a longitudinal study based on national samples. Alcohol And Alcoholism. 2013; 48 (1): 99-106.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У СОТРУДНИКОВ УГОЛОВНО- ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ И ВОПРОСЫ ВОЕННО-ВРАЧЕБНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

ДАВЫДОВА Е.Н.

Россия, МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ЧАСТЬ № 14 ФСИН России, г. ЯКУТСК

Аннотация. Артериальная гипертония (АГ) является актуальной научно-практической проблемой в связи с высоким уровнем заболеваемости, а также большой частотой развития тяжелых осложнений. Служба в уголовно-исполнительной системе (УИС) связана с дополнительными специфическими стрессовыми ситуациями, часто ненормированным рабочим днем, ночными дежурствами. Высокий уровень нервно-эмоциональной напряженности, неблагоприятные условия службы, контакт с маргинальными элементами общества, повышающие риск развития различных заболеваний у личного состава УИС увеличивают вероятность преждевременного увольнения (по болезни) опытных сотрудников из кадров УИС.

Abstract. Arterial hypertension (AH) is actual scientifically-practical problem in connection with high level of the diseases, as well as big frequency of the development of the heavy complications. The Service in criminal-executive system (UIS) is connected with additional specific stressful situation, often abnormal worker daytime, night-duties. The High level nervously-emotional tension, disadvantage conditions of the service, contact with marginal element society, raising risk of the development of the different diseases beside the personal composition UIS enlarge probability of the premature sacking (on disease) experienced employee from personnel(frames) UIS.

Актуальность. Влияние АГ на способность качественно исполнять обязанности военной службы – несение службы с оружием и связанные с

этим вопросы безопасности и является серьезной проблемой. Исследований по изучению факторов риска (ФР), в том числе профессиональных, развития АГ у сотрудников УИС немного.

Цель исследования состояла в определении основных и дополнительных факторов риска развития АГ у сотрудников УИС.

Пациенты и методы. В исследование, по принципу случайной выборки, были включены 156 сотрудников УИС, направленных на освидетельствование военно-врачебной комиссией (ВВК) при перемещении на другую должность, при продлении контракта, а также при увольнении. В настоящее исследование включалась оценка анамнеза, антропометрических данных, показателей артериального давления (АД), данные клинического анализа крови, биохимических показателей, общих анализов мочи, ЭКГ.

В структуре болезней, выявленных у сотрудников УИС, направленных на освидетельствование ВВК болезни системы кровообращения были выявлены у 43 сотрудников (27,6%), из них были признаны негодными и ограниченно годными к военной службе – 21 (48,8%), годными с незначительными ограничениями – 22 (51,2%). В структуре болезней кровообращения ишемическая болезнь сердца выявлена у 4 (9,3%) сотрудников, из них были признаны негодными и ограниченно годными к военной службе – 3 (75%), годными с незначительными ограничениями – 1 (25%). Цереброваскулярные болезни у 11 (25,6%) сотрудников, из них были признаны ограниченно годными к военной службе – 5 (45,5%), годными с незначительными ограничениями – 6 (54,5%). В структуре болезней кровообращения ведущая роль принадлежит болезням, характеризующимся высоким АГ, которые были выявлены у 28 (65,1%) сотрудников, из них были признаны ограниченно годными к военной службе – 13 (46,4%), годными с незначительными ограничениями – 15 (53,6%).

Результаты. У сотрудников УИС с повышенным АД были выявлены изменения ряда показателей, которые отличали их от группы пациентов без АГ. Так, в этой группе достоверно было больше лиц с алиментарным

ожирением (со значения индекса массы тела (ИМТ) $> 30 \text{ кг/м}^2$), курящих, систематически употребляющих алкоголь, имеющих «отягощенную наследственность» по АГ. В группе с АГ был достоверно больший стаж службы в органах УИС, осуществляли суточные и ночные дежурства от 2 и более раз в неделю, имели низкую физическую активность. Между группами с нормальным АД и с АГ установлены различия и в некоторых лабораторно-инструментальных показателях. У больных с АГ, достоверно, по отношению к контрольной группе, отмечалось повышение уровня холестерина, триглицеридов (ТГ), креатинина крови. Одной из задач исследования явилось определения ФР развития АГ у сотрудников УИС. Использование многофакторного анализа позволило установить параметры, которые независимо связаны с АГ. К общепринятым ФР АГ можно отнести наличие алиментарного ожирения, стаж курения более 10 лет, не менее 1 пачки в день, малоподвижный образ жизни и наличие «отягощенной наследственности» по АГ. Выявлены дополнительные ФР АГ для сотрудников УИС - повышение уровня ТГ крови, повышенная частота сердечных сокращений в покое. Кроме того, систематическое употребление алкоголя увеличивало риск развития АГ. К профессиональным ФР АГ у сотрудников УИС можно отнести: стаж работы более 10 лет, специфические стрессовые ситуации, ненормированный рабочий день, частые суточные дежурства.

Заключение. Таким образом, факторы риска развития АГ у сотрудников УИС можно разделить на общепринятые (алиментарное ожирение, курение, наследственность, малоподвижный образ жизни, систематическое употребление алкоголя) и профессиональные. Наиболее значимыми из последних являются: суточные дежурства более 2 раз в неделю, стаж работы в системе УИС более 10 лет, специфические стрессовые ситуации. Проведенный комплексный анализ ФР АГ для сотрудников УИС в целом и для каждой из групп предназначения позволит использовать полученные данные для понимания причин возникновения АГ, и применить результаты исследования в профилактических целях.

Список литературы:

1. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика.- 2010.- № 7.-Приложение 2.
2. Ильинцев Е.В. Совершенствование системы медицинского обеспечения личного состава Федеральной службы исполнения наказаний. /Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. 2009. Москва.
3. Скрипцова А.Я., Шварц Ю.Г. Факторы риска артериальной гипертензии у сотрудников уголовно-исполнительной системы // Русский медицинский журнал.- 2006.-Том 14, № 21.
4. Факторы риска, распространенность предгипертензии и артериальной гипертензии у сотрудников пенитенциарной системы и вопросы военно-врачебной экспертизы//Кардиология. – 2012.
5. Шальнова С.А., Деев А.Д., Вихирева О.В. и др., / Распространенность АГ в России: информированность, лечение, контроль. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2001.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

ДЕМЕНТЬЕВА Е.Л., КОРАБЛЕВ В.Н.

РОССИЯ, ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ

Аннотация. Для оценки качества медицинской помощи используется многоуровневая система целевых показателей и индикаторов. Основу этой системы заложили Указы Президента РФ от 28.06.2007 № 825 "Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации", от 28.04.2008 № 607 "Об оценке эффективности деятельности органов местного самоуправления городских округов и муниципальных районов", от 07.05.2012 №597 "О мероприятиях по реализации государственной социальной политики".

Ключевые слова: оценка эффективности, здравоохранение, качество медицинской помощи.

Abstract: For an assessment of quality of medical care the multilevel system of target indicators and indicators is used. The foundation of this system was laid by Decrees of the Russian President of 28.06.2007 No. 825 "About an assessment of efficiency of activity of executive authorities of subjects of the Russian Federation", of 28.04.2008 No. 607 "About an assessment of efficiency of activity of local governments of city districts and municipal areas", of 07.05.2012 No. 597 "About actions for realization of the state social policy".

Key words: efficiency assessment, health care, quality of medical care.

В условиях современного законодательства по здравоохранению можно выделить четыре уровня оценки эффективности:

1. Федеральный уровень. Система оценок эффективности системы здравоохранения отражена в разделе VIII Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016

годов, утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 18 октября 2013 № 932 (далее – Программа государственных гарантий). Однако данный раздел устанавливает только показатели доступности и качества медицинской помощи без индикаторов. Эта проблема решена в Государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной Распоряжением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 № 294.

Обращает на себя внимание, что в Программе государственных гарантий и Государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения» перечень показателей по оценке эффективности здравоохранения не совпадает, а в Программе государственных гарантий, утвержденной на три года (2014 – 2016), отсутствуют целевые индикаторы эффективности, что, в свою очередь, исключает целеполагание и не позволяет оценить как медицинскую результативность, так и экономическую эффективность здравоохранения. Ресурсы будут потрачены, но какой при этом должен быть достигнут результат?

Следует также отметить, что ответственность за исполнение Программы государственных гарантий несет Минздрав РФ, а Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» имеет межведомственный статус. Исключение из Программы государственных гарантий целевых индикаторов оценки эффективности здравоохранения означает, что Минздрав РФ отвечает за процесс оказания медицинской помощи, но не за результат медицинской помощи.

2. Субъектовый уровень. В Приложении № 3 к Территориальной программе государственных гарантий (далее – ТПГГ) бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Хабаровского края на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов, утвержденной Постановлением Правительства Хабаровского края от 24 декабря 2013 № 452-пр, определены показатели и индикаторы доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках ТПГГ на территории Хабаровского края.

Данные показатели по перечню полностью соответствуют Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации. Индикаторы данных показателей отражают в среднесрочной (3 года) перспективе целеполагание органов управления здравоохранения субъектов РФ.

Сведения о показателях (индикаторах) государственной программы Хабаровского края «Развитие здравоохранения Хабаровского края», принятой Постановлением Правительства Хабаровского края от 22.10.2013 № 350-пр "О государственной программе Хабаровского края "Развитие здравоохранения Хабаровского края", даны в приложении №1 и рассчитаны до 2020 года. Данные показатели по перечню полностью соответствуют Государственной программе «Развитие здравоохранения», но имеют свои территориальные индикаторы.

3. Медицинские организации. Организацию проведения независимой оценки качества в субъекте Российской Федерации регламентирует Приказ Минздрава России от 31.10.2013 № 810а "Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения" (вместе с "Методическими рекомендациями по проведению независимой оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения"). Независимую оценку качества в субъекте Российской Федерации осуществляет орган государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, осуществляющий функции и полномочия учредителя организаций.

Анализ предложенного в приказе перечня целевых показателей свидетельствует о том, что они отражают преимущественно доступность и удовлетворенность пациента. Вместе с тем, в них отсутствуют показатели и индикаторы, отражающие медицинскую результативность и экономическую эффективность.

Проблему оценки медицинской результативности частично решает Приказ Минздрава России от 28.06.2013 № 421 «Об утверждении Методических рекомендаций по разработке органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников»).

В соответствии с данным приказом к целевым показателям оценки деятельности врача относятся:

1. Осложнение основного заболевания (количество пациентов с осложнением от общего количества пациентов)
2. Расхождение клинических и патологоанатомических диагнозов
3. Соблюдение норм медицинской этики и деонтологии
4. Обоснованные жалобы (рассмотрение врачебной комиссии)
5. Дефекты в оформлении медицинской документации.

Вместе с тем данный приказ не содержит показатели, характеризующие медицинскую результативность медицинской организации, что противоречит ч.1 ст. 64 «Экспертиза качества медицинской помощи» Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», которая гласит: «Экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата», а также ч. 6 ст. 40 «Организация контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи» Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании» в аналогичной редакции.

Следует также отметить, что Программа государственных гарантий и Территориальные программы государственных гарантий, Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», отраслевые нормативные правовые акты не содержат показателей,

которые отражают экономическую эффективность или эффективность использования ресурсов, как системы здравоохранения, так и медицинских организаций.

Кроме того, следует отметить, что на уровне медицинской организации до настоящего времени отсутствуют показатели и целевые индикаторы, отражающие результаты деятельности структурных подразделений, в которых работает основной, вспомогательный и обслуживающий персонал.

Таким образом, до настоящего времени в системе управления медицинской организацией отсутствует в полном объеме целеполагание, отражающее медицинскую результативность и экономическую эффективность ее деятельности в целом и отдельных структурных подразделений на основе системы целевых показателей и их индикаторов.

4. Персональный – включает в себя показатели и индикаторы, отражающие эффективность деятельности работника медицинской организации, включая как медицинский, так и не медицинский персонал.

При этом следует исходить из того, что перечень целевых показателей и их индикаторы формируются в зависимости от выполняемых функций, отраженных в должностных инструкциях специалистов.

Анализ должностных инструкции ряда медицинских организаций министерства здравоохранения Хабаровского края показал, что до настоящего времени в них отсутствуют показатели эффективности деятельности работника. Вероятно, данная проблема будет решена в ходе перехода на эффективный контракт.

Мы, в свою очередь, предлагаем следующие показатели, отражающие эффективность деятельности работника медицинской организации, исходя из их функций.

Показатели, отражающие эффективность деятельности врача:

1. Удовлетворенность пациентов (в %).
2. Соблюдение стандартов и порядков медицинской помощи (в %).

3. Отсутствие замечаний по правилам внутреннего распорядка.
4. Отсутствие замечаний по ведению медицинской документации.

Показатели, отражающие эффективность деятельности медицинской сестры:

1. Выполнение норм и правил санитарно – эпидемиологического режима.
2. Соблюдение технологии выполнения манипуляций.
3. Своевременность выполнения врачебных назначений.
4. Своевременная подготовка пациентов к различным видам исследований.
5. Учет, хранение и использование лекарственных средств, предметов медицинского назначения и пр.

Таким образом, анализ нормативных правовых актов по здравоохранению свидетельствует о том, что до настоящего времени отсутствует многоуровневая интегрированная система показателей и их индикаторов, позволяющая оценить медицинскую результативность и экономическую эффективность системы здравоохранения, медицинской организации, ее структурного подразделения и отдельного работника, включая немедицинский персонал, что не позволяет провести полноценную экспертизу качества медицинской помощи.

Данный факт свидетельствует о системных проблемах в управлении как системой здравоохранения, так и медицинскими организациями в первую очередь в части целеполагания, план-фактного анализа и принятия управленческих решений

Для решения данной проблемы органам управления здравоохранением и медицинским организациям можно рекомендовать разработку локальных нормативных актов, содержащих систему целевых показателей и их индикаторов для оценки медицинской, экономической и социальной эффективности медицинской организации в целом, ее структурных подразделений, включая немедицинский персонал и отдельных специалистов. Эти показатели должны найти отражение в регламенте

деятельности медицинской организации, положениях о структурных подразделениях и должностных инструкциях.

АКДО, КАК ОСНОВА АДРЕСНОГО РАСПРЕДЕЛЕНИЯ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РС (ЯКУТИЯ)

ЕВСЕЕВА С.А.¹, ЧАСНЫК В.Г.¹, БУРЦЕВА Т.Е.²

¹Россия, САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПЕДИАТРИЧЕСКАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

²Россия, ЯКУТСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР КОМПЛЕКСНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ПРОБЛЕМ
СИБИРСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ РАМН

Аннотация. Амбулаторно-поликлиническая помощь в России является первым и основным звеном здравоохранения, беря на себя более 80% больных (2). От правильной организации работы первичной медицинской помощи зависит дальнейшее успешное развитие остальных этапов педиатрической службы. Неоспоримо особое значение профилактики, ранней диагностики заболеваний и эффективной реабилитации больных. В этой связи в работе представлена схема оптимизации диспансеризации детского населения путем использования автоматизированных систем профилактического осмотра детей и организации работы выездных медицинских бригад.

Ключевые слова: дети, автоматизированные системы, диспансеризация.

Abstract. Science substantiated improvement of organization and management medical-diagnostics processes allow to rise on new stage the decision main tasks of health services. Out-patient and polyclinic treatment is one of main links of health services, it includes more than 80 per cent. Further successful development of pediatric depends on correct organization of first-aid. The special sense of preventive treatment, early diagnostic of illness and effective rehabilitation of patients is incontestable. In this work were presented the optimization scheme of children prophylactic system by using automated system of survey and organization of away medical works.

Key words: children, automated systems, prophylactic system.

Цель работы. Показать возможность применения АКДО для повышения качества диспансеризации детей в детских городских поликлиниках и в районах РС (Якутия), на основании опыта использования АСПОНД-АКДО в ДШО поликлиники №3 и на примере Оленекского района.

Материалы и методы. Кабинет АСПОН-Д в детской поликлинике №3 г. Якутска работал с 2001г. по 2006года в составе ДШО и занимал 2 кабинета: кабинет педиатра, кабинет функциональной диагностики. Профилактические осмотры по программе АСПОНд проводились в основном декретированные сроки согласно приказу МЗ РФ №186/272 от 30.06.1992года «Совершенствование системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях».

Это дети 3-4 ,5-6 ,7-8, 11 ,14-15 лет. При помощи комплекса АСПОНд с 2001-2005г. всего обследовано - 8177 ребенка.

В Оленекском районе врачей общей практики - 1. Педиатров всего в районе - 2. Наслега имеют статус малокомплектных участков, в участковых больницах наслеггов (Жилинда, Харьялах) работают врачи-терапевты, в п. Эйик работает врач общей практики. По системе АКДО в Оленекском районе обследовано 166 детей. Из них в Оленьке - 117, в с. Жилинда обследованы -31 ребенок, в с. Харьялах - 16 детей, в с. Эйик – 2.

Результаты и обсуждения. По результатам осмотра по программе АСПОНд в детской поликлинике №3

1 место занимают: болезни костно - мышечной системы -78% (нарушения костно-мышечной системы);

2 место занимают: болезни эндокринной системы - 52,9% (эндокринологические нарушения, нарушения физического развития);

3 место занимают: болезни пищеварительной системы – 48,9% (гастроэнтерологические нарушения, нарушения питания, стоматологические нарушения);

4 место занимают: болезни нервной системы – 48,2%(нарушения нервной системы);

5 место занимают: болезни глаз и его придатков - 38,1%(офтальмологические нарушения).

При анализе детей, прошедших АСПОНд и при сравнении данных детей прошедших углубленный медосмотр с привлечением узких специалистов, подтверждаемость выявляемой патологии 90% и выше.

Недостаткам работы АСПОНд в работе поликлиники №3 заключалось в том, что по результатам осмотра выдавались заключения в виде профиля патологии, в котором дальнейшем надо было проходить специалистов для подтверждения диагнозов. Выявленные по профилю патологии АСПОНд дети почти 95,5% не доходили до специалистов, из-за больших очередей, талонная система, нет времени, думают, что будут проходить во время каникул. Поэтому не было обратной связи. Преимущества АКДО в том что, она формирует документ «Медицинскую карту Всероссийской диспансеризации детей (форма №30д/у)». В дальнейшем экспорт форм №30-д/у-вр в Федеральный и региональные регистры по диспансеризации.

По системе АКДО в Оленекском районе обследовано 166 детей. Из них в Оленьке - 117, в с. Жилинда обследованы -31 ребенок, в с.Харыялах - 16 детей, в с. Эйик – 2.

На 1 месте по профилю патологии – кардиоревматология (92,8%), затем эндокринология (50,3%), офтальмология (40,4%), стоматология (36,7%), пульмонология и ЛОР патология.

Использование данной технологии на местах позволило выявить следующую проблему - в Оленекском районе фактически работают 2 педиатра, которым вменена обязанность по работе в системе АКДО. Время обследования 1 ребенка в среднем 20-25 минут. Поэтому, на наш взгляд, целесообразно использование данной технологии в районных центрах надо подключать медицинских работников в школе школьным фельдшером или врачом, в деревнях ответственность на врача или на фельдшера. Только комплексное совместное обследование сможет

внедрить автоматизированные системы скринирующей диагностики. Врач АКДО обучает своих медицинских работников из района (врачей, медсестер, фельдшеров) работающих в других селах.

Поскольку словарь описания состояния ребенка в терминах АКДО включает в себя жалобы и симптомы, регистрируемые даже на доврачебном уровне, мы считали целесообразным использовать эти описания в предположении о широком использовании среднего медицинского персонала в обследовании детей, проживающих в маленьких поселках.

Социологический опрос среди медицинских работников работающих в педиатрической службе РС (Якутия) позволил выявить ряд негативных медико-социальных факторов. Большинство медицинских работников считают, что больше времени идет на запись амбулаторной карточки 85,9%, чем на осмотр ребенка. Все почти единогласно как районы так и город Якутск 89,7% считают что с годами работа только ухудшается.

70,4% респондентов ежедневно не заполняют диспансерный журнал и ф.30, так как перезагружены другой бумажной работой и нет преемственности между специалистами и работниками школьно-дошкольного отделения, а также между узкими специалистами.

Переработка идет из-за следующих факторов: стало много бумажной работы (84,3%), очень много разных проверок (39,7%), перезагружены участки (20,8%). Также считают, что работа узких специалистов организовано нерационально, что приводит к необоснованному посещению детей и перегруженности врача пациентами (по мнению респондентов в 41,2% случаев).

Заключение. Рекомендуется организовать АКДО в составе дошкольно-школьного отделения.

1. Профилактические осмотры по программе АКДО лучше проводить в декретированные сроки согласно приказу МЗ РФ №186/272 от 30.06.1992года «Совершенствование системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях». С целью улучшения организованности, ответственности и преемственности в

работе учреждений здравоохранения и, тем самым, создать чёткую систему направления углубленных осмотров на специализированные приемы.

2. Врач АКДО адресно только по показаниям приглашает бригаду врачей – специалистов в ДШО.
3. Освобождает врачей-специалистов от рутины бригадных осмотров
4. Врачи специалисты в школах идут ставить не только заключения, а записывать диагнозы с рекомендациями.
5. Врач АКДО вносит данные специалистов заключения с рекомендациями и формируются полностью заполненные ф.30 .
6. Врач АКДО распределяет родителям и по поликлиникам готовые ф.30, что облегчает работу педиатрам и специалистам.

Так как эти ф.30 характеризует полностью портрет пациента они также нужны врачам педиатрам и узким специалистам при заполнении санаторно-курортных карт, обменных карт, для поступления в школу, в детские учреждения также для абитуриентов, в лагеря. Родители и дети не стали бы проходить повторно разных специалистов и сдавать различные анализы. Автоматически улучшится преемственность участковых педиатров, специалистов и врачей дошкольно-школьных учреждений.

В районах РС (Якутия) на примере Оленекского района

Врач АКДО обучает своих медицинских работников из района (врачей, медсестер, фельдшеров) работающих в других селах. По очереди или по графику один закупленный аппарат АКДО отправляют по селам Оленекского района. Район обучает врача из ЦРБ по АКДО ответственного за данную технологию проведения профилактических осмотров. Например: обученный врач АКДО в с.Оленек, обучает своих медсестер или фельдшеров ДШО. Затем обучает медицинских работников (врачей или медсестер или фельдшеров) дальних сел по выбору кто хорошо разбирается на персональном компьютере. В с.Жилинда (СУБ) (207 детей), работают 1 врач семейный и 8 средних медработников. Можно сделать ответственного на врача, медсестры помогают. 207 детей должны осмотреть. Если за день расчет возьмем по 10 детей в среднем, то 207 детей

должны осмотреть за 21 день. В среднем за 1 месяц возможно осмотреть один поселок. В с. Эйик (СУБ) (124 детей), 1 семейный врач, 4 средних медработников работают, значит, в среднем за 13 дней, возможно, осмотреть всех детей. В с. Харыялах (СВА) (286 детей), 1 врач, 4 средних медработников. За 29 дней можно осмотреть. В с. Оленек (ЦРБ) (732 детей). 2 педиатра и 15 средних медработников. В ЦРБ врач АКДО должна обучить медсестер и фельдшеров ДШО. По 10 детей это в среднем за первый год потом становится легче работать и пропускная способность может увеличиться до 30 детей. Затем из поселков или сельских наслегов, заключения по АКДО передаются в ЦРБ на АКДО врача ответственного за АКДО. АКДО признан для ЛПУ с малым количеством специалистов наиболее удобным для проведения сочетанных скрининго-диагностических функций первого этапа. Вторым этапом является выезд специалистов Педиатрического центра для оказания диагностической и лечебной помощи с учетом выявленных профилей патологии. Третьим этапом организуется выезд оснащенной передвижной медицинской бригады хирургического профиля для оказания специализированной медицинской помощи на местах (приказ МЗ №01-8/4-378 от 07.03.2012).[2]

Список литературы:

1. Самсонова М.И. Этнические и экологические факторы в формировании здоровья подростков Республики Саха (Якутия) в процессе их роста и развития. Автореф.дисс...докт. мед.наук. Хабаровск, 2012. 35с.
2. Медик В.А., Юрьев В.К. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. - М.,2003. - Ч.2.- 456 с.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И МЕДИКО- ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

Егорова В.Б., Саввина Н.В.

Россия, Северо-Восточный федеральный университет имени М.К.
Аммосова, Медицинский институт

Аннотация. В настоящее время оценка демографической ситуации и разработка основных направлений решения проблем снижения смертности и заболеваемости, повышения рождаемости признается государственным приоритетом. Среди этих ценностей лидирующие позиции занимают здоровье детей, образование и среда обитания.

Ключевые слова: рождаемость, смертность, заболеваемость, дети.

Abstract. Estimation of demographic situation and decision of basic problems of mortality and morbidity decreasing, fertility increasing recognized as government priority. Among these values, leadership positions are occupied by children's health, education and the environment.

Key words: fertility, mortality, morbidity, children.

Согласно государственной политике РФ в области развития здравоохранения, одним из приоритетных направлений является совершенствование оказания медицинской помощи детскому населению. При этом, особого внимания заслуживает проблема обеспечения здоровья детей, проживающих в регионах Крайнего Севера. В данных регионах наиболее четко прослеживается воздействие на организм детей неуправляемых климатогеографических и биосоциальных факторов,

способствующих формированию патологии со стороны различных органов и систем.

Известно, что показатели деятельности службы охраны материнства и детства являются наиболее чувствительным индикатором, отражающих эффективность проводимой государственной политики в области профилактики и сохранения здоровья женщин и детей.

В Республике Саха (Якутия) действует государственная программа «Развитие здравоохранения РС (Я) на 2013-2020гг.», целью которой является улучшение показателей здоровья детского населения республики путем повышения эффективности службы родовспоможения и детства, совершенствования системы санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации детей и обеспечения медицинской помощью неизлечимых больных, в том числе детей.

1. Медико-демографическая ситуация

Улучшение медико-демографической ситуации должно происходить за счет повышения рождаемости, снижения смертности и увеличения общей продолжительности жизни. Республика Саха (Якутия) традиционно входит в первую десятку субъектов Российской Федерации с высоким уровнем рождаемости населения. В 1990 году коэффициент рождаемости по РС(Я) составил 19,4‰. С середины 90х годов отмечается существенное снижение этого показателя, который в 2001 году достиг своего минимума – 13,6‰. На сегодняшний день, благодаря демографической политике государства и республики, показатель рождаемости стабилизировался и имеет тенденцию к повышению. В 2009 году он составил 16,8‰, в 2012 году – 17,6‰.

Следует отметить, что наряду с повышением уровня рождаемости в целом, повышается уровень внебрачной рождаемости, что в последствие негативно отражается на состоянии здоровья детского населения. Анализ статистических данных по внебрачной рождаемости в Республике Саха (Якутия), полученных в ТО ФСГС по РС (Я) за 1990-2009 годы, показал тенденцию увеличения удельного веса детей, рожденных вне брака. В 1990

г. 17,9%, в 2000 г. 32,7%, а в 2010 г. 37,8% детей были рождены женщинами, не состоящими в зарегистрированном браке. Эта тенденция характерна как для городской, так и для сельской местности.

По данным ТО ФСГС по РС (Я), значительный удельный вес в рождении внебрачных детей имеют юные женщины в возрасте 15-19 лет. В городе за 2009 год юные матери, не состоящие в браке составили 63,5%, в селе – 68,2%. Эти показатели далеко превышают аналогичные показатели в других возрастных группах.

Показатели младенческой и детской смертности так же являются важными индикаторами медико-социального благополучия общества.

В Республике Саха (Якутия) показатель младенческой смертности за последнее десятилетие значительно снизился, в 2000 году он составил 17,6 ‰, в 2005 – 13,5‰. К 2010 году показатель младенческой смертности в Республике Саха (Якутия) был ниже, чем в целом по Российской Федерации – 7,2‰ и 7,5‰ соответственно. А в 2011 году достиг своего минимума – 6,3‰. После введения в 2012 году новых критериев живорожденности уровень младенческой смертности в республике вырос и составил в 2012-2013 гг. 9,6‰. Смертность детей 1-го года жизни в РС (Я), в основном определялась болезнями перинатального периода.

Среди причин смерти детей в возрасте 1-4 лет лидируют внешние причины. Помимо этого, в этой возрастной категории детей 15,3 % составляют болезни органов дыхания (занимая в структуре 2 место), 6,9% - инфекционные болезни.

Структуру смертности детей 1-14 лет на 60% определяют внешние причины, на 8,1% - болезни органов дыхания, на 7,4% - врожденные аномалии, на 6,5% - болезни нервной системы.

Что касается анализа структуры причин смерти детей 15-19 лет, то доминирующими являются внешние причины, составляя 80,4%.

Структура внешних причин вариабельна в различных возрастных группах. Особо подчеркнем, что у детей, начиная уже с 1 года жизни (1-14 лет),

ведущими причинами смерти являются несчастные случаи, утопления, ДТП. Основными внешними причинами смерти подростков 15-19 лет являются самоубийства и убийства.

2. Состояние здоровья детей

Состояния здоровья детей Республики Саха (Якутия) находится под постоянным пристальным вниманием исследователей. Опубликован целый ряд работ, посвященных этой теме.

Изучение состояния здоровья новорожденных показало, что ключевую роль в формировании здоровья будущего ребенка играет состояние здоровья женщины до и во время беременности. Более низкие показатели физического развития, высокая заболеваемость отмечены у детей, рожденных женщинами с хроническими заболеваниями мочеполовой системы, неспецифическими заболеваниями легких, сердечно-сосудистой системы и анемией во время беременности.

В 2010 г. показатель общей заболеваемости новорожденных, по сравнению с 2005 годом снизился почти в 1,5 раза и составил 282,4 на 1000 родившихся живыми (в 2005 году – 409,9). В структуре 1 место стабильно занимает внутриутробная гипоксия и асфиксия в родах (99,8), на 2 месте – ВПР (65,0), на 3 месте - замедление роста и недостаточность питания (39,4).

Болезненное состояние новорожденных определяет в значительной степени здоровье детей в будущем. Заболеваемость детей 1-го года жизни за 2010 г. составила 2321,7 на 1000 детей до 1 года, что в сравнении с предыдущим годом ниже на 11,8% (2009 г. – 2633,4; 2005 г. – 2730,9). В структуре заболеваемости детей первого года жизни преобладают болезни органов дыхания (1133,2 на 1000 детей), осложнения перинатального периода (303,9), болезни органов нервной системы и органов чувств (2476,3), болезни органов пищеварения (175,9).

В структуре общей заболеваемости детей от 0 до 17 лет в 2010 году в Республике Саха (Якутия) первое место занимали болезни органов дыхания – 1419,6 на 1000 детского населения, второе место болезни органов пищеварения – 225,2, третье место болезни нервной системы – 156,9.

Рост заболеваемости за период 2005-2010 гг. у детей и подростков отмечается по многим классам болезней, но самые высокие темпы прироста отмечаются при заболеваниях нервной системы, болезнях глаз и его придаточного аппарата, болезнях костно-мышечной системы, значительный рост социально значимых болезней.

Следует отметить, что состояние здоровья детей, проживающих в сельской местности, значительно хуже, чем детей-горожан. Так, здоровые дети, проживающие в городе, составляют 36,9%, тогда как в сельской местности - 29,02%. У детей, проживающих в сельской местности показатель заболеваемости впервые в жизни выявленной патологией выше, чем в городах.

Необходимо отметить, что значительная доля болезней формируется в школьном возрасте. За период обучения в школе число детей с хронической патологией возрастает более, чем в 1,5 раза.

С целью характеристики отношения современных школьников к своему здоровью мы использовали традиционные показатели: самооценка здоровья, медицинская информированность, место здоровья в системе жизненных ценностей, наличие у индивида вредных привычек.

В соответствии с результатами исследования, нами не выявлено достоверных различий в самооценке подростками своего здоровья в зависимости от типа семьи. При этом «очень хорошим» и «достаточно хорошим» считает свое здоровье 15,2% и 22,7% подростков, «нормальным» - 51,7%, «удовлетворительным» - 9,4%, «очень плохим» - 1%.

На наличие хронических заболеваний указывает каждый десятый подросток: 11% юношей и 14,6% девушек знают о наличии у них хронического заболевания. В структуре хронической патологии чаще всего подростки отмечали наличие хронический тонзиллита и хронический гастрита (по 16,5%), хронического бронхита (13,2%), ВПС и хронического пиелонефрита (7,7%), бронхиальной астмы (6,2%). Наличие хронической патологии предполагает регулярный прием лекарственных средств, которые получают 6,5% подростков.

Существует тенденция к снижению числа детей, имеющих нормальную массу тела. Так, за последние 5 лет существенно увеличилось количество детей с избыточной массой тела. У подростков в возрасте 15-17 лет заболеваемость ожирением увеличилась с 8,5 до 13,2 на 1000 населения. Ранняя трудовая занятость подростков является существенным фактором ухудшения их здоровья. Все это позволяет сделать вывод о нарастании критических тенденций в состоянии здоровья подростков.

3. Социально обусловленные и социально значимые заболевания.

В последние годы в детской и подростковой среде растет число социально обусловленных и социально значимых заболеваний, частота которых выше, чем в России. Заболеваемость туберкулезом среди детей – 29,6 на 100 тыс., выше общероссийских показателей в 3,5 раза. В республике заболеваемость туберкулезом с впервые установленным диагнозом у детей 0-14 лет снизилась с 44,5 на 100000 детей до 21,8; у подростков – с 49,2 до 32,8.

Исследования поведенческих факторов здоровья подростков показали, что в последние годы сохраняется тенденция усиления таких факторов риска здоровья подростков, как алкоголизм, курение, наркотическая зависимость, повышение влияния стрессогенных факторов, снижения физической активности (Н.В. Саввина, 2006, С.Ю. Артамонова, 2008 г.).

Распространенность среди подростков таких вредных привычек, как курение, употребление алкогольных напитков и наркотически действующих веществ, является серьезной угрозой здоровью и благополучию общества. Согласно полученным результатам исследований, примерно каждый третий юноша и девушка ответили, что никогда не курили. Пробовали курить 35% юношей и 38% девушек, периодически курят около 25% подростков обоего пола. Регулярно курят 7% юношей и девушек.

Алкоголизм как явление все больше вторгается в детскую и подростковую среду. Показатель среди подростков в 2010 г. - 562,9 на 100000. Порядка 30%

опрошенных подростков употребляют алкоголь. 75% из них предпочитают пиво, 10% вино, 3% водку.

Следует отметить, что в 2003-2004 гг. на фоне некоторого снижения регистрируемой заболеваемости подростков наркоманией численность впервые выявленных больных с диагнозом токсикомании существенно увеличились. Число детей и подростков, состоящих на профилактическом учете в связи со злоупотреблением наркотических средств (показатель среди подростков в 2010 г. - 35,0 на 100000).

Более широко распространено среди детей и подростков употребление ненаркотических психоактивных веществ с вредными последствиями - за 2010 г. показатель составил 24,8 и 133,6 на 100 тыс. соответствующего населения.

Несмотря на положительную динамику показателей некоторых социально обусловленных и социально значимых заболеваний, актуальность данной проблемы сохраняется.

Заключение. Таким образом, в настоящее время для коренного улучшения ситуации с состоянием здоровья детей необходимо комплексное решение наиболее актуальных проблем организации охраны здоровья женщин и детей. В Республике Саха (Якутия) последовательно, на межведомственной основе, реализуется программа, ориентированная на улучшение положения детей и подростков республики. Несмотря на это, необходимо дальнейшее развитие правовой базы для поддержки детей и подростков, в особенности детей-инвалидов, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Необходимо формирование здорового образа жизни, как стратегического приоритета государственной политики в сфере охраны здоровья подрастающего поколения.

В связи с вышеизложенным, необходима разработка научно-обоснованных мер по профилактике заболеваний и оздоровлению детей с установлением причинно-следственной зависимости между состоянием здоровья детей и факторами, его формирующими и с учетом состояния оказания медицинской помощи.

Список литературы:

1. Баранов А.А., Яковлева Т.В., Альбицкий В.Ю., Модестов А.А., Антонова Е.В. Сокращение предотвратимых потерь здоровья детского населения – стратегия социальной педиатрии / Вопросы современной педиатрии, 2008. - Том 7. -№ 4 – С. 6-8.
2. Полунина Н.В., Нестеренко Е.И., Полунина В.В., Борисенко В.В. - Роль семьи в сохранении здоровья детей / Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2004. - №4. – С.14-16.
3. Саввина Н.В. Механизм реализации сохранения и укрепления здоровья детей школьного возраста / Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук, Москва, 2006.
4. Чичахов Д.А., Вербицкая Л.И. Детская смертность в Республике Саха (Якутия) // Дальневосточный медицинский журнал», 2010. – С.62-64.
5. Доклад министра здравоохранения РС(Я) Горохова А.В. «Состояние и перспективы развития здравоохранения Республики Саха (Якутия)», на межрегиональной научно-практической конференции «Перспективы развития здравоохранения Дальнего Востока и Байкальского региона» 08.04.2013 г.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА СВФУ

ЗАХАРОВА Ф.А., ВАСИЛЬЕВА С.Н., ЯКОВЛЕВА А.Д.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. Метаболический синдром (МС) является фактором риска развития атеросклероза сосудов, ишемической болезни сердца (ИБС), гипертонической болезни, сахарного диабета и многих других заболеваний. Целью данного исследования является ранняя диагностика факторов риска развития МС уже в молодом возрасте. По результатам проведенного исследования группа риска составила 17,5%, а метаболический синдром диагностирован у 4 студентов.

Ключевые слова: метаболический синдром, индекс массы тела, группа риска, студенты.

Abstract. The Metabolic syndrome (MS) is a risk factor for atherosclerosis, coronary heart disease (CHD), hypertension, diabetes and many other diseases. An objective of this research is early diagnostics of risk factors of development for MS already at young age. By results of the conducted research the group of risk made 17,5%, and the metabolic syndrome is diagnosed for 4 students.

Key words: Metabolic syndrome, body mass index, risk group, students.

Актуальность. Метаболический синдром (МС) является фактором риска развития атеросклероза сосудов, ишемической болезни сердца (ИБС), гипертонической болезни, сахарного диабета и многих других заболеваний. В патогенезе МС основную роль играют нарушения жирового и углеводного обмена.

Чтобы снизить уровень заболеваемости и смертности населения от сердечно - сосудистых заболеваний и сахарного диабета необходима ранняя диагностика факторов риска уже в молодом возрасте. Исследований по изучению распространения метаболического синдрома среди молодежи в литературе практически нет.

Результаты исследования многих ученых свидетельствуют о том, что в программы скрининга по диагностике МС нужно включать лиц с индексом массы тела (ИМТ) 23-24,9, а не только лиц с избыточной массой тела и ожирением, так как у них повышен риск развития МС и атеросклероза по сравнению с участниками исследования с более низкими значениями ИМТ.

Цель работы: изучить риск развития метаболического синдрома у студентов Медицинского института, имеющих ИМТ выше 24,0 (≥ 25 , ≥ 30).

Задачи исследования:

1. Провести скрининговое обследование студентов 3 курса МИ и проанализировать общее состояние их здоровья
2. Определить ИМТ и объем талии
3. Обследовать студентов с ИМТ ≥ 24 на наличие признаков МС.

Материалы и методы. Проведен опрос и анкетирование 94 студентов 3 курса. Программа обследования включала следующие обязательные разделы:

1. Стандартный опрос по анкете Rose (пол, возраст, национальность, наследственность, заболеваемость и т.д.)
2. Антропометрия: вес, рост, ИМТ, объем талии (ОТ), объем бедер (ОБ), ОТ/ОБ
3. Измерение артериального давления (АД)
4. Забор крови из локтевой вены натощак в утренние часы с 8 до 9:50
5. Определение содержания в крови глюкозы (Г), общего холестерина (ХС) и триглицеридов (ТГ) на микроанализаторе «Микролаб» и глюкометром.

Все исследования выполнены с информированного согласия испытуемых в соответствии с этическими нормами Хельсинской декларации (2000 г.).

Результаты и обсуждения. Всего было обследовано 93 студента 3 курса в возрасте от 18 до 29 лет (средний возраст 21 год). Из них 67 девушек - 72,0% и 26 юношей - 28,0%.

Средний показатель ИМТ ($\text{кг}/\text{м}^2$) составил 21, средний объем талии 79 см (табл.1). Артериальное давление колебалось от 70/50 мм.рт.ст. до 150/95 мм.рт.ст. Артериальная гипертензия выявлена у 4 студентов (4,3%), гипотензия – у 19 (20,4%). Студентов с повышенным ИМТ ≥ 24 оказалось 13 (17,5%), которые отнесены в группу риска развития метаболического синдрома. Объем талии больше 80 см выявлен также у 13 студентов. В группе риска данный показатель был повышен у 9 студентов, что составило 69,2%.

Результаты биохимических анализов крови (пределы колебаний и среднее значение показателей ($M \pm m$)) представлены в таблице 1.

Таблица 1

	ИМТ $\text{кг}/\text{м}^2$	Объем талии (см)	АД мм.рт.ст.	Глюкоза (ммоль/л)	Триглицериды (ммоль/л)	Холестерин (ммоль/л)
$M \pm m$	$21 \pm 3,0$	$79 \pm 13,2$	110/70	$5,3 \pm 1,22$	$0,6 \pm 0,55$	$3,2 \pm 1,59$
min	16,9	64	70/50	3,4	0,2	0,73
max	31,4	115	150/95	9,5	1,9	5,7

Для оценки отклонений от нормы были использованы следующие критерии: гиперхолестеринемия - $\geq 5,5$ ммоль/л, гипохолестеринемия - $\leq 3,3$ ммоль/л, гипергликемия - $\geq 6,0$ ммоль/л, гипогликемия - $\leq 3,5$ ммоль/л, триглицериды – норма=1,0-2,29 ммоль/л.

По результатам проведенных исследований гипергликемия установлена у 5 студентов (5,4%), гиперхолестеринемия – у 2 (2,1%), гипохолестеринемия – у 17 (18,3%).

Выводы:

1. По результатам проведенного обследования повышенный ИМТ обнаружен у 17,5% студентов, признаки метаболического синдрома среди них выявлены у 4 студентов, что составляет 30,8% среди 13 лиц с повышенным ИМТ.
2. Средние значения глюкозы были в пределах установленных норм, а средние значения триглицеридов и холестерина ниже нормы.
3. У студентов группы риска (с ИМТ \geq 24) средние значения содержания глюкозы и холестерина выше, чем у студентов с нормальным ИМТ.
4. 18 – 20% обследованных студентов имеют пониженное артериальное давление и пониженное содержание в крови холестерина и триглицеридов.

Список литературы:

1. Романова, А.Н. Метаболический синдром и коронарный атеросклероз у жителей Якутии / А.Н. Романова, М.И. Воевода, А.С. Гольдерова // Бюллетень СО РАМН, том 31, 2011. -№5. – С. 90-99.
2. Уварова, Т.Е. Липидный профиль крови и особенности нарушений липидного обмена у коренных малочисленных народов севера Якутии / Т.Е. Уварова, Т.Е. Бурцева, С.И. Софронова, С.Д. Ефремова, А.С. Гольдерова // Якутский медицинский журнал, 2013. -№2. – С. 85-88.

ПРЕПАРАТЫ МАГНИЯ КАК ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ ГЕСТОЗОВ

КАЗАКОВА Е.В., ПЕРЕВЕРЗЕВА А.Л., БАРАНОВА А.А.

РОССИЯ, ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ

Аннотация. Эффективность и безопасность магниальной фармакотерапии в профилактике гестозов как основа благополучного формирования и течения гестационных процессов.

Ключевые слова: магний, профилактика, гестоз, анализ.

Abstract. The efficacy and safety of pharmacotherapy in the prevention of magnesia gestosis as the basis of successful formation and gestational process.

Key words: magnesium, prevention, preeclampsia, analysis.

Во время беременности в организме женщины происходит ряд серьезных адаптационных изменений, позволяющих обеспечивать качество гестационных процессов, рост и развитие плода [2].

Проблема гестозов актуальна во всем мире как одна из ведущих причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности [7]. Нарушения морфофункционального состояния плаценты снижают возможности компенсаторно-приспособительных механизмов в фетоплацентарном комплексе, что замедляет рост и развитие плода, обеспечивая высокий риск осложненного течения беременности и родов.

Мета-анализ клинических исследований свидетельствует о многофакторной природе развития гестозов [6]. Особое место в сложной цепи биохимических преобразований и патофизиологических реакций при гестозах придается магнию.

Магний – важнейший микроэлемент, являясь кофактором различных ферментов и физиологическим антагонистом кальция, участвует в осуществлении энергетических процессов, активизации обмена веществ (включая гликолиз и синтез белка), обеспечении процессов возбуждения в нервных клетках и сокращения гладкой и поперечно-полосатой мускулатуры, принимает участие в стабилизации генома [3]. При беременности суточная потребность в магнии возрастает не менее чем в 1,5 раза, что обусловлено активно протекающими синтетическими процессами в организме матери и плода. Потребность беременной женщины в магнии нередко превышает его поступление, что позволяет рассматривать беременность как состояние физиологической гипوماгнемии [4].

Эта проблема приобретает особую актуальность в свете широкой распространенности дефицита магния и особенно в условиях Крайнего Севера. По данным многоцентрового исследования [5], проводившегося под эгидой Российского общества акушеров-гинекологов в 2011-2012 гг., распространенность дефицита магния в популяции беременных женщин РФ составил 81,2%.

Таким образом, сложность патогенетических механизмов развития гестозов, а также трудности медикаментозной коррекции нарушений в системе мать-плацента-плод обуславливают актуальность и клиническую значимость разработки профилактических мероприятий направленных на снижение частоты и тяжести данного осложнения беременности.

Цель исследования: оценка эффективного восполнения дефицита магния для профилактики гестозов и гестационных осложнений, улучшение исходов беременности.

Материалы и методы исследования: под наблюдением находилось 56 беременных женщин, сопоставимых по всем социально-гигиеническим и медико-биологическим характеристикам, наблюдавшихся в медицинском учреждении Краевое государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения «Родильный дом №1» Министерства здравоохранения Хабаровского края Женская консультация Краснофлотского района г.Хабаровска.

В группы исследования были включены женщины, которые с момента взятия на учет (I, II и III триместре беременности при изначально низком уровне магния) получали препарат Магне В6 форте (цитрат магния – 618, 43 мг и пиридоксина гидрохлорид – 10 мг) 3 раза в сутки. Пациентки были разбиты на 3 группы в соответствии с возрастом. В I группу были включены 20 беременных женщин в возрасте 20-25 лет. Во II группу вошли 20 беременных женщин в возрасте 26-30 лет. В III группу исследования вошли 16 беременных женщины в возрасте старше 30 лет.

Критерии включения в исследование: наличие клинических проявлений дефицита магния – боли в низу живота, повышение тонуса матки, изменения психоэмоционального статуса (тест предварительной диагностики дефицита магния), судорги икроножных мышц, вегето-сосудистые изменения и др.; отсутствие тяжелой соматической патологии по основным классам заболеваний (МКБ-10); подписанное информированное согласие женщины на участие в исследовании.

Критерии исключения: декомпенсированные формы соматической патологии по основным классам заболеваний (МКБ-10); отказ беременной от участия в исследовании, носительство инфекций TORCH – комплекса.

Магнезиальная фармакотерапия проводилась Магне В6 форте (цитрат магния – 618, 43 мг и пиридоксина гидрохлорид – 10 мг) 3 раза. Выбор препарата определен клинико-фармакологическими свойствами препарата: наиболее оптимальная биодоступность при пероральном применении; цитрат – это центральный продукт в цикле Кребса, что способствует увеличению содержания калия, натрия, магния в плазме крови, значительному повышению активности Na, K – помпы в эритроцитах; в качестве эндогенной молекулы, специфически взаимодействующей с рядом транспортных белков; также является идеальным переносчиком магния ввиду его полной утилизации превращение в углекислый газ и воду, что делает его идеальным экологическим переносчиком ионов магния в клетку [3]. В сочетании с магниевым протектором пиридоксином (витамином В6) усвояемость магния повышается до 50% [1]. Прием

препарата Магне В6 форте по 1 таблетке 3 раза в сутки, каждая участница исследования получала 300 мг элементного магния в сутки.

Клиническое обследование беременных включало анкетирование, общий осмотр, антропометрию, тазоизмерение, специальные исследования (акушерское и влагалищное) по стандартным методикам, комплекс обязательных (по стандартам) лабораторных исследований, осмотры специалистами. Специальный скрининг включал исследование магния (ммоль/л) в периферической крови беременной и проводился с использованием стандартных тест-систем.

Статистическая обработка материала проведена с использованием «Метода сложной аналитической группировки», двух дихотомических переменных с определением коэффициента контингенции (K).

Результаты и обсуждение: анализ обработки полученных результатов показал, что в I группе средний исходный уровень Mg составил 0,66 и средний контрольный уровень Mg составил 0,9. Во II группе исследования средний исходный уровень Mg составил 0,68, средний контрольный уровень Mg составил 0,94. В III группе исследования средний исходный уровень Mg составил 0,74, средний контрольный уровень Mg составил 0,98.

Таким образом, при проведении первого скрининга в группах исследования средний исходный Mg по всей совокупности ($0,69 \pm 0,01$) в плазме крови. При проведении повторного мониторинга через 30 дней средний контрольный Mg по всей совокупности ($0,93 \pm 0,03$) в плазме крови в группах исследования на фоне использования препарата Магний В6 форте с целью восполнения дефицита магния и профилактики гестоза и его осложнений, что значительно выше, чем исходные показатели.

Несмотря на проведение профилактических мероприятий, течение беременности осложнилось развитием гестоза в 9% случаев и прегестоза в 21%, гестоз средней степени тяжести не был зарегистрировано. Частота экстрагенитальной патологии составила 50% с преобладанием ВСД. При оценке физического статуса - анализ индекса массы тела (ИМТ) показал, что частота встречаемости угрозы прерывания и гестоза выше в группе с

избыточной массой тела (17,9%) и ожирением 10,7% . Пациентки с дефицитом массы тела составили 37,5%, что подтверждает воздействие и алиментарных факторов на патогенез гипомagneмии в период беременности. Оценка гемостаза показала, что в группе исследования по результатам лабораторного мониторинга частота встречаемости гиперкоагуляции составила на момент обследования 25% .

Установлено, что в группах исследования угроза гестоза при прогнозируемом и установленном дефиците магния наблюдался чаще в I триместре беременности (48,2%), средний возраст пациенток составил 27 лет.

Для измерения связи между двумя дихотомическими переменными использовали два значения (показатели гемостаза и ИМТ), данные представили в виде таблицы сопряженности 2x2. Для таких таблиц разработаны специальные меры связей: коэффициент ассоциации, и коэффициент контингенции. Более достоверное измерение связи обеспечивает коэффициент контингенции (K). При определении коэффициента контингенции (K) установлена средняя сила связи между двумя дихотомическими переменными в группах исследования.

Ни в одном случае назначения фармакотерапии в группах исследования препаратом Магний В6 форте не потребовалось отмены препарата.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о возможности применения профилактических мероприятий у женщин для эффективного восполнения дефицита магния с целью профилактики гестозов и гестационных осложнений, улучшения исходов беременности. Магний В6 форте способен устранять дефицит магния, при хорошей переносимости препарата.

Список литературы:

1. Громова О.А. Магний и пиридоксин: основы знаний. М 2006; 135 с.
2. Блинов Д.В. Объективные методы определения тяжести и прогноза перинатального гипоксически – ишемического поражения ЦНС, Акушерство, гинекология и репродукция. 2011; 2: 5-1

3. Дадак К. Дефицит магния в акушерстве и гинекологии, Акушерство, гинекология и репродукция. 2013; 7:2: 6-14
4. Николаева Л.Б. Первая беременность и первые роды/Л.Б. Николаева, Г.А. Ушакова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.-261 с.
5. Макацария А.Д., Бицадзе О.В., Хизроева Д.Х., Джобова Э.М. распространенность дефицита магния у беременных женщин, наблюдающихся в условиях амбулаторной практики. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии 2012; 11:5: 25-34
6. Сидорова И.С. гестоз. М. 2003; 414 с.
7. Сидорова И.С. Кулакова В.И., Макаров И.О. Руководство по акушерству: Учебное пособие. М: Медицина, 2006; 240 с.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОРГАНИЗАЦИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ДОГОСПИТАЛЬНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (НА ПРИМЕРЕ ГБУ РС(Я) КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР)

КАРПОВА А.Г., ПРОТАСОВА Н.А., ДЬЯЧКОВСКИЙ Н.С.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М.К.
АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. В течение ряда последних десятилетий сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место в общей структуре причин смертности и инвалидизации населения России. Ежегодно в России от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) умирает более 1 млн. человек, причем значительная доля случаев смерти приходится на сравнительно молодой возраст.

Ключевые слова: медицинская сестра, сердечно-сосудистые заболевания, диспансеризация.

Abstract. During the past several decades, cardiovascular diseases occupy the first place in the overall structure of causes of death and disability in the population of Russia. Every year in Russia due to cardiovascular disease (CVD) kills more than 1 million. Persons, and a large proportion of deaths are a relatively young age.

Keywords: nurse, cardiovascular disease, clinical examination.

Формирование сердечно-сосудистой патологии у человека приводит к огромному социально-экономическому ущербу общества за счет значительных трудопотерь, расходов на лечение и реабилитацию больных. Поэтому очень важны организационные мероприятия по профилактике,

раннему выявлению и адекватному лечению больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и создание алгоритмов дифференцированного подхода к оказанию помощи больным с данной патологией на амбулаторно-поликлиническом и стационарном этапах. Среди проблем снижения смертности от ССЗ, наряду с профилактикой факторов риска, значительное место отводится качественной работе специализированного лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ), уровню подготовки медицинских работников на этапе поступления пациента, наличию необходимой диагностической базы с последующей возможностью оказания адекватной терапии, включая высокотехнологичные медицинские вмешательства.

Все вышеприведенное и послужило основанием для изучения организации диспансеризации пациентов сердечно-сосудистыми заболеваниями и до госпитальной кардиологической помощи.

Цель изучить роль медицинской сестры в организации диспансеризации пациентов сердечно-сосудистыми заболеваниями на примере Республиканского кардиологического диспансера.

Предмет исследования деятельность медицинской сестры в РКД.

Материалы и методы. Проведен анализ показателей, отражающих ситуацию, обусловленную ССЗ среди взрослого населения Республики Саха (Якутия). Изучена организация деятельности Республиканского кардиологического диспансера. Проанализированы показатели деятельности кардиологического диспансера и роль медицинской сестры в организации диспансеризации пациентов сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Результаты и обсуждение. Анализ болезней системы кровообращения всего населения РС(Я) за 2012 – 2013 гг. показывает увеличение всего заболеваний 116631 в 2012 г. и 172995 в 2013 г. среди них преобладали болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением (51176 в 2012 г. и 75467 в 2013 г.). Ишемическая болезнь сердца составили в 2012 г. 27428 случаев, в 2013 г. – 42874, из них доминировала хроническая

ишемическая болезнь сердца в 2012 г. – 17160 случаев и в 2013 г. – 27788, стенокардия (9457 в 2012 г. и 14446 в 2013 г.), острый инфаркт сердца составил в 2012 г. 484 случаев, в 2013 г. – 405, нестабильная стенокардия в 2012 г. – 545 и в 2013 г. – 308, наблюдается снижение показателей. Повторных инфарктов миокарда наблюдалась в 2012 г. 68 случаев, в 2013 г. – 65 случаев. За анализируемый период наблюдается увеличение других болезней сердца от 3646 в 2012 г. до 4925 случаев в 2013 г. Среди них часто встречается кардиомиопатия в 2012 г. – 1305 и в 2013 г. – 1705 случаев.

Цереброваскулярные болезни составили в 2012 г. – 14410 и в 2013 г. – 23711 случаев. Из них инфаркт мозга составил в 2012 г. – 1151 случаев, в 2013 г. наблюдается уменьшение (679 случаев), инсульт составил в 2012 г. – 175 случаев, в 2013 г – 170. Отмечается снижение случаев субарахноидального кровоизлияния (от 114 в 2012 г. до 64 в 2013 г.).

От всех причин, умерших на 100000 человек населения, составил в 2011 г. – 939,5, в 2012 г. – 933,1. Из них от болезней системы кровообращения по РС(Я) в 2011 г. 440,9 и в 2012 г. – 443,1 на 100000 населения.

Республиканский кардиологический диспансер (РКД) является структурным подразделением ГБУ РС(Я) «Республиканская больница №1 – Национальный центр медицины». В структуре РКД имеется поликлиническое отделение с дневным стационаром на 15 коек.

РКД в своей деятельности руководствуется следующими нормативными документами: действующим законодательством РФ и РС(Я), приказами и распоряжениями МЗ РФ, МЗ РС(Я), Порядком оказания плановой медицинской помощи населению Российской Федерации при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля, Уставом ГБУ РС(Я) «РБ№1-НЦМ», приказами и распоряжениями генерального директора ГБУ РС(Я) «РБ№1-НЦМ», коллективным договором ГБУ РС(Я) «РБ№1-НЦМ», правилами внутреннего трудового распорядка, документами системами менеджмента качества и Положением РКД.

Основные задачи Республиканского кардиологического диспансера: оказание специализированной кардиологической амбулаторно-

поликлинической и стационарозамещающей помощи населению в рамках Программы государственной гарантии оказания населению РС(Я) бесплатной медицинской помощи; организационно-методическое руководство учреждениями здравоохранения РС(Я) по профилактике, диагностике, лечению, реабилитации и диспансерному наблюдению больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями; подготовка технических заданий и других официальных документов по вопросам проектирования, строительства и оснащения 2-й очереди Республиканского кардиологического диспансера (Кардио-сосудистого центра на 150 коек) в г.Якутске; планирование деятельности РКД в пределах своих полномочий; подготовка нормативных документов в пределах своих полномочий.

Основные функции РКД: организационно-методическое руководство, оценка качества и эффективности работы республиканских ЛПУ и муниципальных образований по профилактике, диагностике, лечению, реабилитации и диспансерному наблюдению больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в том числе службы скорой медицинской помощи, санаторного и амбулаторно-поликлинического звена; координация, организация и проведение мероприятий по первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в РС(Я); мониторингирование и анализ основных медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности (догоспитальной и госпитальной) от сердечно-сосудистых заболеваний в РС(Я); информационное обеспечение лечебно-профилактических учреждений и населения РС(Я) по вопросам организации оказания помощи и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, сохранения и укрепления здоровья населения; организационно-методическое руководство республиканскими учреждениями здравоохранения и муниципальных образований по выполнению федеральных и республиканских целевых программ, направленных на снижение сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности в РС(Я); оказание амбулаторно-поликлинической, стационарозамещающей медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями в соответствии со стандартами медицинской помощи, а также организационно-методическое

руководство и оценка качества ее проведения в медицинских и иных учреждениях РС(Я); оказание консультативной, диагностической и лечебной помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями и лицам с повышенным сердечно-сосудистым риском, направляемым медицинскими организациями РС(Я) в установленном порядке; диспансерное наблюдение и реабилитация больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями; участие в разработке стандартов оказания кардиологической помощи и формуляров лекарственных средств; внедрение в клиническую практику современных достижений в области оказания амбулаторно-поликлинической, стационарозамещающей медицинской помощи больным с ССЗ и проведение анализа эффективности их применения; организационно-методическое руководство по раннему выявлению и отбору в медучреждениях РС(Я) больных с ССЗ, нуждающихся в оказании специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, ежегодное прогнозирование и учет числа получивших высокотехнологичную медицинскую помощь по поводу заболеваний ССС в РС(Я); оценка организации санаторно-курортного и амбулаторного этапов реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда, другие заболевания ССС, а также лиц, перенесших операции на сердце и магистральных сосудах, в лечебно-профилактических и санаторно-курортных учреждениях РС(Я); организация диспансерного наблюдения за больными, страдающими ССЗ; осуществление экспертизы временной нетрудоспособности; участие в повышении квалификации врачей первичного звена здравоохранения, скорой медицинской помощи и среднего медицинского персонала по вопросам кардиологии; участие в гигиеническом воспитании населения по вопросам профилактики ССЗ, в том числе с привлечением возможностей средств массовой информации; ведение совместно с ЯРМИАЦ учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности;

За 2013 год Республиканский кардиологический диспансер ГБУ РС(Я) «РБ№1-НЦМ» выполнил возложенные задачи по оказанию специализированной кардиологической амбулаторно-поликлинической

помощи населению республики согласно Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В мае 2013г. открыта клинико-диагностическая лаборатория (КДЛ) в составе РКД, развернуты дополнительные специализированные методы исследования на базе КДЦ: мультиспиральная компьютерная томография сердца и сосудов; РКТ головного мозга; РКТ органов грудной клетки; МРТ головного мозга; сцинтиграфия миокарда; чреспищеводная эхокардиография.

Укомплектованность врачей на приеме составила 100%. Привлечены 3 молодых специалиста по окончанию клинической ординатуры в центральных вузах гг. Москвы и Санкт-Петербурга. Среди среднего медицинского персонала удельный вес медсестер имеющих квалификационную категорию составляет 28,5%. Всего обращений за 2013 г. было 10929, из них сельские составили 7500.

Перевыполнен план посещений по Территориальной программе госгарантий (154%). Направлено на спец.лечение по ВМП сердечно-сосудистой хирургии 258 пациентов в федеральные центры и клиники. Анализ посещений по специальностям на приеме в поликлинике показывает, что число посещений к кардиологу составило 8485, из них сельского населения – 5718. Число посещений к неврологу – 603, сельские составили 444, офтальмологу – 1054 посещений, сельские – 1009.

В РКД в основном направляются пациенты из улусов, на их долю приходится 64,8% от всего обращений, следующим каналом обращений являются больные направленные из поликлиник г.Якутска. В структуре заболеваемости из числа обратившихся пациентов в амбулаторно-поликлиническое подразделение преобладают хроническая ишемическая болезнь сердца (75%), на втором месте – состояние после оперативного вмешательства, на третьем месте – гипертоническая болезнь (5%).

Анализ возрастного состава пациентов показывает, что в основном преобладают больные в возрасте от 51 – 60 лет (32,9%), и 61 – 70 лет (27%). По количеству обращений пациентов на первом месте находится

Хангаласский улус (151 обращений), на втором месте – Олекминский (121 обращений) и на третьем – Нюрбинский (118 обращений).

Республиканский кардиологический диспансер активно продолжил организационно-методическую работу с МО городов и районов. Подготовлен приказ МЗ РС(Я) от 24.01.2013г. № 01-8/4-74 «О «Схеме маршрутизации при оказании плановой медицинской помощи населению РС(Я) при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля», подготовлен проект приказа МЗ РС(Я) «О внедрении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Республике Саха (Якутия)». Подготовлены следующие документы: в адрес главных врачей МО РС(Я) – письмо от 15.05.2013г. №01-21/357 «Об ошибках направления пациентов в РКД ГБУ РС(Я) «РБ№1-НЦМ», письмо от 28.06.2013г. №01-01-17/919 – о маршрутизации больных, направляемых на оказание ВМП по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» в ГБУ РС(Я) «РБ№1-НЦМ». В адрес МЗ РС(Я) подготовлена «Информация по реализации республиканской целевой подпрограммы «Развитие кардио-сосудистой помощи» за 6 мес. 2013г. с анализом медико-демографических показателей в области БСК.

Проводится запись больных из районных больниц на динамическое наблюдение в РКД. Проведено 60 консультаций больных по телефону по тактике ведения больных (В-Колымский, Сунтарский, Мирнинский, Ленский и др. районы). Подготовлены следующие документы: в адрес главных врачей МО РС(Я) – письмо от 15.05.2013г. №01-21/357 «Об ошибках направления пациентов в РКД ГБУ РС(Я) «РБ№1-НЦМ», письмо от 28.06.2013г. №01-01-17/919 – о маршрутизации больных, направляемых на оказание ВМП по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» в ГБУ РС(Я) «РБ№1-НЦМ».

За 2013г. экстренная медицинская помощь оказана 149 пациентам, обратившимся в РКД и переведены в отделения неотложной кардиологии в РСЦ РБ№2-ЦЭМП и отделение кардиологии ЯГКБ во исполнение Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

РКД является куратором республиканской подпрограммы «Развитие кардио-сосудистой помощи» на 2012-2016гг. В рамках программы подготовлены заявки на аукционы по приобретению медицинского оборудования для РКД, медикаментов для межрайонных сосудистых отделений. Распределено медикаментов для МО на сумму 2950 тыс. руб. Направлено 11 специалистов РБ№1-НЦМ, Медицинского центра г. Якутска, Хангаласской ЦРБ на повышение квалификации в гг. Санкт-Петербург, Волгоград, Москву по профилю «кардиология».

Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. предусматривает ее модернизацию, которая должна обеспечить снижение уровня смертности населения трудоспособного возраста, расширить доступ к медицинским услугам для неимущих и социально уязвимых групп, повысить качество обслуживания пациентов, реализацию принципов здорового образа жизни. Важным условием решения обозначенных задач выступает эффективная организация медицинской помощи.

Функциональные обязанности медицинских сестер РКД входят: помощь врачу при оказании медицинской помощи больным с ССЗ; помощь врачу при приеме пациента; выполнение врачебных назначений. Также основными задачами медицинской сестры являются регулирование потока пациентов. Дает направления на лабораторные и другие исследования больным. Также проводит антропометрию, измерению артериального давления, температуру тела и др.

Медицинская сестра РКД выполняет следующие функции: обеспечение инфекционной безопасности (соблюдение правил санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима); правильное хранение, учет, списание лекарственных средств; ведение медицинской документации установленной формы.

Медицинская сестра РКД готовит кабинет к приему врача. Регулирует поток пациентов к приему врача, учитывая их состояние здоровья. При неотложных состояниях оказывает доврачебную медицинскую помощь. Одной из основных функций является выполнение назначений и указаний

врача, также ассистирует врачу при проведении лечебных и диагностических процедур. Объясняет пациентам порядок подготовки к различного рода исследованиям, процедурам, к амбулаторному приему врача.

В обязанности медицинской сестры входит оформление под руководством и контролем врача выписки, направления на обследование и лечение. Осуществляет сбор и утилизацию медицинских отходов после манипуляций врача. Своевременно подклеивает выписку в медицинскую карту амбулаторного больного, результаты его обследования и выписку с рекомендациями врача выдать на руки пациенту. И по окончании обследования медицинскую карту амбулаторного больного сдавать в регистратуру РКД.

Принимает участие в составлении отчетов по работе кабинета. Своевременно подает заявки на лекарственные средства, расходный материал, инструментарий и медицинское оборудование.

Ведет учет и обеспечивает сохранность медикаментов, этилового спирта, расходных материалов. Своевременно и качественно ведет учетно-отчетную документацию, предоставляет статистическую отчетность в установленном порядке. Проводит санитарно-просветительную работу среди населения, руководит работой младшего медицинского персонала кабинета.

Медицинский регистратор РКД выполняет следующие функции: регистрация пациентов, направленных в РКД; оформление и хранение медицинской документации; предоставление информации по вопросам приема населения.

Медицинский регистратор соблюдает санитарно-эпидемиологический режим диспансера; ведет регистрацию направленных в РКД больных; обеспечивает хранение и сохранность медицинской документации; четко, доступно и вежливо информирует посетителей о порядке работы учреждения, о времени приема, о местонахождении кабинетов;

своевременно отображает все изменения, вносимые в расписание врачей; соблюдает конфиденциальность персональных данных пациентов.

Главной медицинской сестре подчинены средний и младший персонал СП РКД. Возглавляет организацию работы со средним медицинским персоналом СП РКД в соответствии с разработанными и утвержденными планами. Организует работу по кадровому планированию, рациональной расстановке и использованию средних и младших медицинских кадров РКД. Проводит первичный инструктаж на рабочем месте со средним и младшим медицинским персоналом. Организует мероприятия по повышению квалификации, подготовке и оценке квалификации средних медицинских кадров. Разрабатывает и представляет главному специалисту по сестринскому делу на согласование, директору РКД на утверждение планы повышения квалификации среднего медперсонала РКД на год и на перспективу (курсы специализации, обучение на рабочем месте без отрыва от работы и пр.); составляет план конференций медицинских сестер, организуя их проведение, используя их как действенную форму повышения квалификации среднего медперсонала.

Организует и осуществляет контроль за работой среднего медицинского персонала в области медицинского и фармацевтического обеспечения деятельности центра (порядок выписывания, учета, хранения и использования лекарственных средств и расходных материалов); за выпиской, распределением и хранением перевязочных материалов, медикаментов и др., в т.ч. наркотических и дорогостоящих лекарственных средств; за своевременным и качественным ведением медицинской документации. Анализирует документы, отражающие деятельность средних и младших медицинских кадров.

Обеспечивает своевременное составление таблиц и графиков учета рабочего времени, графиков отпусков администрации РКД. Осуществляет систематический контроль за своевременным и качественным выполнением медицинскими сестрами лечебных и диагностических назначений врача; за трудовой дисциплиной, соблюдением морально-

правовых норм профессионального общения, медицинской этики и деонтологии среди среднего и младшего персонала РКД.

Ведет индивидуальную работу с медицинскими сестрами, воспитывая в них высокую ответственность, гуманность по отношению к больным, честность, принципиальность, коллегиальность. Контролирует соблюдение санитарно-противоэпидемического режима, соблюдение трудовой дисциплины средним медицинским персоналом, состояние рабочих мест медицинских сестер. Контролирует деятельность медицинских сестер и санитарок СП РКД, отдает им распоряжения и указания. Также организует мероприятия по деятельности центра в экстремальных условиях.

Главная медсестра обеспечивает рациональную организацию труда среднего и младшего медицинского персонала, повышение квалификации, организует получение работниками подчиненных подразделений дополнительного профессионального образования (повышение квалификации, профессиональная переподготовка) в соответствии с законодательством Российской Федерации. Способствует внедрению в практику новых организационных форм и ресурсосберегающих технологий деятельности сестринского персонала. Контролирует работы среднего и младшего медицинского персонала, выполнение средним медицинским персоналом врачебных назначений; соблюдение лечебно-охранительного и санитарного эпидемиологического режимов в РКД, санитарных правил и норм; обеспечивает проведение профилактических мероприятий по предупреждению производственного травматизма и профессиональных заболеваний; ведет необходимую учетно-отчетную документацию.

Качество лечебно-диагностической работы РКД оценивалось с использованием социологических методик исследования. Было изучено мнение пациентов путем заполнения респондентами «Карты изучения мнения пациентов» (автор Кузьмиченко С.С., 2008г.). Всего проанализировано 100 анкет пациентов.

Основными пациентами РКД были люди пожилого возраста (51-60 лет) возраста (56%). По социальному статусу в основном составили пенсионеры (82%), служащие – 10% и рабочие (8%). Среди опрошенных мужчин – 55%,

женщин – 45%, преобладали пациенты из сельского населения (65%), городское население составила 35%.

Результаты анкетирования 100 пациентов показали, что качество диагностики и качество лечения в РКД получили достаточно высокие оценки. Наибольшее влияние на степень удовлетворенности пациента оказывают внимательное отношение (100%) и частота осмотра врачами (90%), удовлетворенность объемом диагностических исследований (100%), комплексность лечебно-диагностических мероприятий (90%), деонтологическое поведение персонала (100%). 85% пациентов оценили качество лечения на «отлично», 15% - на «хорошо».

В ходе анкетирования удалось определить факторы, отрицательно влияющие на формирование мнения пациента об организации лечебно-диагностического процесса в РКД. Прежде всего, это касается на приобретение достаточного количества аппаратуры на Холтеровское мониторирование ЭКГ. Из-за нехватки данного аппарата запись больных на данное исследование проводится за 2-3 недели. Все пациенты отметили хорошее санитарно-гигиеническое состояние и эстетическое оформление диспансера.

Заключение. В 2011 г. в РФ стартовала программа модернизации здравоохранения. Преобразования в каждом муниципалитете были направлены на организацию этапности оказания помощи и создания в целом 3-х уровневой системы оказания помощи.

Основные задачи Программы модернизации:

1. Укрепление материально-технической базы медицинских учреждений.
2. Внедрение современных информационных систем в здравоохранение.
3. Внедрение стандартов оказания медицинской помощи.

В настоящее время медицинская помощь населению республики оказываются в 582 медицинских объектах республиканского и муниципального уровня. Первичную медицинскую помощь оказывается в

34-х центральных районных больницах, имеющих в своем составе сельские участковые больницы, врачебные амбулатории, фельдшерско-акушерские пункты. С 2000 года в республике проводятся кардиохирургические операции. За 2009 год выполнено 160 операций по федеральной квоте для жителей республики, Магаданской области и Камчатского края. В области трансплантологии с 2007 года проведено 45 операций по родственной пересадке почки. С развитием эндоскопической и рентген хирургии растет доля малоинвазивных оперативных вмешательств. Ежегодно около 3-х тысяч семей получают медико-генетическую консультацию. При проведении пренатальной диагностики беременных используются методы ДНК и цитогенетической диагностики.

Эффективность функционирования кардиологической службы зависит от использования перспективных организационных и ресурсосберегающих технологий, уровня подготовки высокопрофессиональных кадров, экономического стимулирования высокого качества. Особая роль кардиологической службы обусловлена тем, что, с одной стороны, сердечно-сосудистые заболевания занимают ведущее место в структуре причин смертности, инвалидности и временной утраты трудоспособности, а с другой - эффективная организация лечебно-диагностического процесса и системы профилактики может существенно снизить распространенность этой патологии и тяжесть наносимого ими урона.

Таким образом, работа медсестры требует наличия не только профессиональных навыков, но и организаторских способностей. Комплексный подход к работе сестринского персонала с использованием его профессиональной подготовки, организаторских способностей создает реальные возможности для улучшения качества, доступности и экономичности медицинской помощи.

Список литературы:

1. Алексеева О.Д., Соловьева А.В. Роль руководителя сестринской службы в создании «мотивационной» среды учреждения // Медицинская сестра. - 2008. - № 4. - С. 37-39.

2. Антонова Е.В. Организация здравоохранения в РФ//Методическое пособие. М.: ЗАО Научно-Технический Центр МикИнфо, 2013. – 40 с.
3. Бибанов С.А. Пути оптимизации медицинской помощи населению // Пробл. соц. гиги., здравоохран. и истор. медиц. 2009. - № 3. -С. 30-32.
4. Блужас И.Н., Жемайтите Д.И. и др. Проблемы реабилитации в системе кардиологической службы // Сов. здравоохран. - 2008.-№ 1.-С. 13-17.
5. Бокерия Л.А. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения. - М.: Медицина. 2008. - 110 с.

ДИНАМИКА РОСТО-ВЕСОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОЖИРЕНИЯ МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. ЯКУТСКА ЗА ПЕРИОД 1986- 2008 гг.

Климова Т.М.¹, Федорова В.И.¹, Балтахинова М.Е.¹, АЛЕКСЕЕВ В.П.¹, Иванов К.И.²

¹Россия, Северо-Восточный федеральный университет имени М.К.Аммосова, Научно-исследовательский институт здоровья

²Россия, Республиканская больница №1 - Национальный центр медицины, г. Якутск

Аннотация. С использованием результатов двух одномоментных эпидемиологических выборочных исследований (1986, 2008 гг.) оценена динамика роста-весовых показателей и распространенности ожирения среди неорганизованного мужского населения г.Якутска. Установлено, что за 22-летний период в мужской популяции г. Якутска увеличились показатели роста и массы тела, распространенность ожирения. Полученные данные могут быть использованы при разработке профилактических программ и оценки их эффективности.

Ключевые слова: масса тела, рост, антропометрия, ожирение, мужское население

Abstract. Based on the data of two cross-sectional epidemiological studies (1986, 2008) estimated of dynamic of anthropometric parameters and prevalence of obesity among the man population of Yakutsk. It was established that for 22-year period in the male population of Yakutsk increased growth performance and body weight, the prevalence of obesity. This data may be used for the development of prevention programs and evaluate their effectiveness.

Key words: body mass, height, anthropometry data, obesity, male population

Актуальность. Антропометрические показатели являются важными характеристиками состояния здоровья и диетического статуса, позволяющими прогнозировать риск развития различных заболеваний. Во многих странах мониторинг антропометрических показателей используется для контроля состояния здоровья и образа жизни.

В настоящее время во многих популяциях наблюдается увеличение частоты ожирения, которое связывают с дисбалансом между поступлением и расходом энергии. Ожирение вносит вклад в повышение показателей заболеваемости населения хроническими неинфекционными заболеваниями. Среди населения Республики Саха (Якутия) за последние 20 лет существенно увеличилась заболеваемость и смертность от болезней системы кровообращения и сахарного диабета 2 типа [1]. Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют об увеличении распространенности факторов риска этих заболеваний. Разработка программ профилактики и оценка их эффективности должны строиться на основе объективной оценки эпидемиологической ситуации. В связи с этим целью исследования: явилась оценка динамики роста-весовых показателей и распространенности ожирения среди мужского населения г. Якутска за период 1986-2008 гг. по данным эпидемиологических исследований.

Материал и методы

Для анализа использованы результаты двух одномоментных эпидемиологических выборочных исследований среди неорганизованного населения г.Якутска (1986, 2008 гг.) [1,2]. Сопоставительный анализ проведен среди мужчин 20-54 лет. В анализ включены данные 2204 из 2666 мужчин в возрасте 20-54 лет, обследованных в 1986 г. в рамках кооперативной программы «Эпидемиология ИБС и атеросклероза в городах различных регионов»; 656 человек из числа 724 мужчин, принявших участие в многоцентровом эпидемиологическом исследовании «Эпидемиология основных неинфекционных заболеваний, традиционных и новых факторов риска среди трудоспособного населения России и потребность в их профилактике» (РОСЭПИД) в 2008 г. Все исследования были проведены с

использованием единой стандартной методики антропометрических измерений. К коренному населению были отнесены представители коренных этносов Якутии (якуты, эвены, эвенки), к некоренному — представители других этнических групп.

Измерение роста проводили с точностью до 0,5 см при помощи ростомера в положении стоя без обуви. Массу тела измеряли с точностью до 0,1 кг на медицинских весах, в положении стоя без обуви. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывали как отношение массы тела (кг) к росту (m^2). При оценке индекса массы тела использовали критерии ВОЗ (1998) [3].

Статистическая обработка материала проведена с использованием статистического пакета IBM SPSS STATISTICS 19. При сравнении независимых групп по количественным признакам был применен непараметрический критерий Манна-Уитни. Критическое значение уровня значимости (p) принималось равным 5%.

Результаты

В динамике за 22-летний период среди коренных мужчин отмечается статистически значимое увеличение роста и массы тела во всех возрастных группах (табл.1). Так, медианное значение роста увеличилось в группе 20-29 лет на 5,8 см; 30-39 лет на 6,3 см; 40-49 лет — 3,3 см; 50-54 лет на 3 см. Масса тела увеличилась в аналогичных группах на 2,8 кг; 10 кг; 12,4 кг; 10,7 кг. При этом значение индекса массы тела статистически значимо увеличилось в группах мужчин 30 и старше лет. Следует отметить, что в 2008 году верхний квартиль распределения индекса массы тела уже в возрасте 20-29 лет соответствовал критериям «повышенная масса тела», а в группе 40-49 лет критериям - «ожирение» по классификации ВОЗ.

Среди некоренных мужчин не отмечается существенной динамики показателей роста на фоне увеличения массы тела и соответственно, индекса массы тела. В группе 20-29 лет значение верхнего квартиля, а в старших возрастных группах уже нижние квартили распределения индекса массы тела соответствовали повышенной массе тела. Верхние квартили

распределения в возрастных группах 30-39 лет и старше находились в градации «ожирение».

Таблица 1 - Динамика весо-ростовых показателей мужчин г. Якутска за период 1986-2008 гг. Ме (25%; 75%)

Возраст, лет	Год	N	Рост, см	Масса тела, кг	Индекс массы тела, кг/м ²
Коренные					
20-29	1986	156	170,5 (166,3; 174,0)	66,2 (59,0; 72,0)	22,7 (20,7; 24,6)
	2008	80	176,3 (167,0; 180,0)	69,0 (63,4; 72,1)	22,8 (20,2; 25,6)
p		<0,001		0,023	0,974
30-39	1986	174	168,0 (164,0; 172,0)	67,6 (62,2; 75,0)	24,0 (22,4; 26,1)
	2008	96	174,3 (169,3; 178,0)	77,6 (65,9; 88,5)	24,9 (22,0; 29,8)
p		<0,001		<0,001	0,041
40-49	1986	169	166,0 (162,6; 171,0)	69,0 (62,3; 78,5)	25,2 (23,1; 27,3)
	2008	80	169,3 (168,5; 172,0)	81,4 (68,7; 83,2)	28,1 (23,9; 30,4)
p		<0,001		<0,001	<0,001
50-54	1986	103	165,0 (161,0; 169,0)	68,0 (61,5; 74,5)	24,8 (22,9; 27,0)
	2008	56	168,0 (165,0; 172,0)	78,7 (70,5; 92,4)	26,6 (25,9; 29,5)
p		<0,001		<0,001	<0,001
Некоренные					
20-29	1986	366	174,0 (170,0; 178,0)	70,5 (66,0; 76,2)	23,6 (22,0; 24,8)
	2008	68	175,0 (171,0; 178,0)	75,8 (67,0; 92,3)	25,1 (22,0; 29,1)
p		0,672		0,005	<0,001
30-39	1986	489	173,0 (169,0; 178,0)	74,1 (68,0; 81,0)	24,5 (23,1; 26,5)
	2008	84	175,0 (172,5; 181,0)	85,9 (75,9; 100,0)	28,0 (26,6; 30,3)
p		0,002		<0,001	<0,001
40-49	1986	494	171,0 (167,0; 176,0)	75,0 (69,4; 82,0)	25,5 (23,7; 28,0)
	2008	116	171,5 (167,5; 176,5)	83,9 (73,7; 95,3)	28,8 (25,2; 32,0)
p		0,136		<0,001	<0,001
50-54	1986	240	170,0 (166,0; 174,0)	75,0 (67,5; 83,3)	25,9 (23,9; 28,2)
	2008	64	171,3 (167,0; 176,3)	87,3 (76,8; 97,4)	28,8 (26,7; 32,6)
p		0,047		<0,001	<0,001

p- достигнутый уровень значимости различий при сравнении показателей 1986 и 2008 гг.

Изучение распределения индекса массы тела показало, что у молодых коренных мужчин к 2008 году увеличилась частота нарушенной массы тела, как в сторону низкой, так и в сторону повышенной (табл. 2). В группах 30-49 лет наблюдается смещение распределения в сторону увеличения частоты

ожирения. В старшей возрастной группе в 2008 году более 70% обследованных имеют повышенную массу тела.

Среди молодой группы некоренной мужской популяции в отличие от коренной, отмечается существенное увеличение частоты ожирения. В возрасте 30-39 лет доля лиц с измененной массой тела увеличилась с 41 до 86% как за счет повышенной массы тела, так и ожирения. У мужчин 40-54 лет эти изменения произошли в основном за счет увеличения частоты ожирения.

Таким образом, в целом среди мужского населения период 1986-2008 гг. отмечается увеличение частоты избыточной массы тела. Распространенность повышенной массы тела увеличилась среди мужчин коренной национальности с 32 до 41% ($p=0,006$), среди некоренных с 37 до 46% ($p=0,002$); ожирения с 7 до 15% ($p<0,001$) и с 8 до 29% ($p<0,001$) соответственно.

Таблица 2 - Распределение индекса массы тела мужчин г. Якутска в период 1986, 2008 гг.

Возраст, лет	Год	N	Индекс массы тела (кг/м ²)			
			<18,5	18,5-24,9	25-29,9	≥30
Коренные						
20-29	1986	n=156	4 (2,6%)	120 (76,9%)	27 (17,3%)	5 (3,2%)
	2010	n=80	8 (10,0%)	48 (60,0%)	24 (30,0%)	0 (0,0%)
30-39	1986	n=174	1 (0,6%)	107 (61,5%)	62 (35,6%)	4 (2,3%)
	2010	n=96	0 (0,0%)	48 (50,0%)	32 (33,3%)	16 (16,7%)
40-49	1986	n=169	4 (2,4%)	78 (46,2%)	69 (40,8%)	18 (10,7%)
	2010	n=80	0 (0,0%)	24 (30,0%)	32 (40,0%)	24 (30,0%)
50-54	1986	n=103	0 (0,0%)	57 (55,3%)	34 (33,0%)	12 (11,7%)
	2010	n=56	0 (0,0%)	8 (14,3%)	40 (71,4%)	8 (14,3%)
Некоренные						
20-29	1986	n=366	2 (0,5%)	278 (76,0%)	75 (20,5%)	11 (3,0%)
	2010	n=64	0 (0,0%)	32 (50,0%)	24 (37,5%)	8 (12,5%)
30-39	1986	n=489	1 (0,2%)	287 (58,7%)	177 (36,2%)	24 (4,9%)
	2010	n=84	0 (0,0%)	12 (14,3%)	48 (57,1%)	24 (28,6%)
40-49	1986	n=494	3 (0,6%)	211 (42,7%)	224 (45,3%)	56 (11,3%)
	2010	n=116	0 (0,0%)	28 (24,1%)	48 (41,4%)	40 (34,5%)
50-54	1986	n=240	2 (0,8%)	90 (37,5%)	113 (47,1%)	35 (14,6%)
	2010	n=64	0 (0,0%)	8 (12,5%)	32 (50,0%)	24 (37,5%)

Заключение. Таким образом, в динамике среди мужского населения г. Якутска за период 1986-2008 гг. отмечается увеличение показателей роста и массы тела. Увеличение роста наблюдается преимущественно среди коренных мужчин, прирост массы тела — во всех сравниваемых группах. В результате в мужской популяции г. Якутска отмечается статистически значимое увеличение частоты повышенной массы тела и ожирения.

Список литературы:

1. Иванов К.И., Климова Т.М., Алексеев, В.П. Кривошапкин В.Г. Особенности эпидемиологии ишемической болезни сердца и ее факторов риска в Якутии. Якутск. Якутск: СМУК-Master, 2008. 136 с.
2. Иванов К.И., Климова Т.М., Корнильева И.В. Динамика эффективности лечения артериальной гипертензии в Якутии // CardioСоматика. 2012. № 1. С. 48–51.
3. WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report on a WHO Consultation. Technical Report Series, No 894. Geneva, 2000. 265 p.

О РАЗРАБОТКЕ ПОРЯДКОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

КОРАБЛЕВ В.Н.

РОССИЯ, ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ

Аннотация. По мнению автора, утвержденные Минздравом России порядки оказания медицинской помощи отражают общий подход к организации медицинской помощи на уровне субъекта федерации. В них отсутствует порядок организации медицинской помощи пациентам на уровне конкретной медицинской организации. Необходима разработка по инициативе органов управления здравоохранением, руководителей медицинских организаций или сотрудников внутренних локальных актов, не связанных с законодательством, определяющих внутренние порядки оказания медицинской помощи пациентам с различными заболеваниями. Автор отмечает, что создание внутренних порядков является, с одной стороны, инструментом управления медицинской организации, а, с другой стороны, инструментом управления качеством медицинской помощи в организации.

Ключевые слова: медицинская организация, порядки медицинской помощи, экспертиза качества медицинской помощи.

Abstract. According to the author, the orders of delivery of health care approved by the Russian Ministry of Health reflect the general approach to the organization of medical care at the level of the subject of federation. In them there is no order of the organization of medical care to patients at the level of the concrete medical organization. Development at the initiative of governing bodies of health care, the heads of the medical organizations or employees of the internal local acts which aren't connected with the legislation, defining internal orders of delivery of health care to patients with various diseases is necessary. The author notes that creation of internal orders is, on the one hand, the instrument of management of the medical organization,

and, on the other hand, the instrument of quality management of medical care in the organization.

Keywords: medical organization, orders of medical care, examination of quality of medical care.

Актуальность исследования. Качество медицинской помощи (далее – КМП) имеет ключевое значение для развития и функционирования системы здравоохранения. Федеральное законодательство, отраслевые нормативные правовые акты по здравоохранению определили понятие КМП и его основные инструменты (порядки и стандарты). Вместе с тем в доступной нам литературе мы не встречали исследования, посвященные вопросам использования порядков медицинской помощи в практике медицинской организации, в т.ч. при проведении экспертизы качества медицинской помощи. В этой связи целью настоящего исследования явился анализ нормативной правовой базы здравоохранения в части оценки возможности использования порядков медицинской помощи в практической деятельности медицинской организации.

Материал и методы. Объектом исследования явились нормативные правовые акты по здравоохранению, в т.ч. федеральные законы Российской Федерации, приказы министерства здравоохранения и федерального фонда обязательного медицинского страхования Российской Федерации. Предметом исследования явились порядки медицинской помощи как инструменты экспертизы качества медицинской помощи.

Результаты и обсуждение. В соответствии с частью 1 статьи 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации” (далее – Закон № 323-ФЗ) с 1 января 2013 года медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи.

Согласно Закона № 323-ФЗ порядок оказания медицинской помощи разрабатывается по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) и включает в себя: этапы

оказания медицинской помощи; правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача); стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений; рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений; иные положения исходя из особенностей оказания медицинской помощи.

Реализация данной нормы устанавливается приказом Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 №230 “Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию”. Пункт 21 главы V “Экспертиза качества медицинской помощи” гласит “Экспертиза качества медицинской помощи проводится путем проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, сложившейся клинической практике”.

Следует отметить, что утвержденные Минздравом России порядки оказания медицинской помощи отражают лишь общий подход к организации медицинской помощи на уровне субъекта федерации. Однако в них отсутствует порядок организации медицинской помощи пациентам “внутри” конкретной медицинской организации, начиная от пандуса и до операционной или профильного клинического отделения.

Для этого необходима разработка по инициативе руководителей медицинских организаций или сотрудников внутренних локальных актов, не связанных с законодательством, определяющих правила организации деятельности непосредственно медицинской организации, порядок “движение” пациентов внутри учреждения, организацию им медицинской помощи, ресурсное обеспечение на каждом этапе, показатели оценки эффективности деятельности подразделений и пр.

Локальные нормативные акты в соответствии с Трудовым кодексом разделены на две группы. Первая группа – это акты, предусмотренные

кодексом, законами и иными правовыми актами, коллективным договором, соглашениями. Вторая – не предусмотренные трудовым законодательством.

К первой группе Трудовой кодекс отнес коллективный договор, правила внутреннего трудового распорядка, штатное расписание, должностные инструкции, инструкции по охране труда, графики отпусков и сменности, положения об оплате труда, премировании, стимулирующих доплатах и надбавках, перечни работников с ненормированным рабочим днем и некоторые другие.

Ко второй группе локальных актов, т.е. актов, не предусмотренных законодательством, можно отнести:

- стандарты предприятия (или стандарты труда) – это укрупненные документы сводного характера, содержащие значительное число местных правил по определенной тематике, например, посвященные привлечению работника к дисциплинарной ответственности;
- организационную структуру учреждения, положения о структурных подразделениях, различных формах организации труда (хозрасчете, аренде, КТУ и пр.);
- положения о различных органах управления учреждениями (медицинском совете, главном враче и пр.);
- различные перечни о социальных льготах, гарантиях и повышениях и пр.;
- положения об избрании (выборах) на должность, о конкурсе на замещение должности и пр.

Руководители медицинской организации в соответствии с Трудовым Кодексом РФ должны разработать и принять локальные нормативные акты, определяющие порядок функционирования учреждения в целом и его отдельных структурных подразделений.

Разработка локальных нормативных актов должна начинаться с создания паспорта учреждения в соответствии с его организационной структурой. Для каждого структурного подразделения учреждения следует разработать

собственный паспорт, который должен включать в себя перечень следующих основных локальных актов:

- регламент (положение) деятельности структурного подразделения, включающий основные положения, правовую основу, цели, функции, права и ответственность, управление и организацию работы;
- штатное расписание;
- табель оснащения медицинским оборудованием;
- перечень выполняемых технологий и манипуляций;
- квалификационные требования к специалистам;
- целевые показатели оценки эффективности деятельности подразделения и пр.

В целом паспорт медицинской организации и структурного подразделения являются стандартом или типовыми образцами (эталон, нормативная модель и т.п.). Методология такого подхода заключается в том, что для выполнения установленных в регламенте функций, необходимо ресурсное обеспечение (штатное расписание, табель оснащения) и соответствующие технологии. Результативность деятельности и учреждения и его подразделения определяются через систему количественных и качественных целевых показателей. Все это реализуется через медицинских специалистов соответствующей квалификации. Отмеченное является основой и для формирования должностных инструкций специалистов, что особенно актуально в связи с переходом на эффективный контракт.

Выводы. Таким образом, наличие стандартов медицинской организации являются основой для формирования внутриорганизационных порядков оказания медицинской помощи больным с различной патологией. принятые Минздравом России порядки оказания медицинской помощи пациентам не могут в полном объеме служат интересам больных и не могут быть в полном объеме инструментом контроля качества медицинской помощи в медицинской организации. Органы управления здравоохранением, учреждения здравоохранения должны принять меры к разработке и внедрению локальных нормативных актов, не связанных с

законодательством, определяющих внутренние порядки оказания медицинской помощи пациентам с различными заболеваниями. Дополнительно следует отметить, что создание внутренних порядков является, с одной стороны, инструментом управления медицинской организации, а, с другой стороны, инструментом управления качеством медицинской помощи в организации.

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СРЕДСТВ, ВЫДЕЛЯЕМЫХ НА ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ В СТАЦИОНАРЕ Г. ЯКУТСКА

КРАСНОВА Н.М.^{1,2}, ТАППАХОВ А.А.¹

¹ Россия, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М.К. АММОСОВА,
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

² Россия, Больница Якутского научного центра Сибирского отделения
РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК, г. ЯКУТСК

Аннотация. Фармакоэкономический анализ является основным механизмом регулирования и эффективного использования денежных средств, выделяемых на лекарственное обеспечение. Исследование проведено на базе больницы Якутского научного центра (ЯНЦ) СО РАН за 2011-2013 гг. Установлено, что ежегодно увеличиваются экономические затраты на приобретение лекарственных средств, в связи с внедрением новых лекарств по международному непатентованному наименованию и увеличением их стоимости. По данным проведенного ABC/VEN-анализа фармакоэкономическая характеристика больницы соответствует рекомендуемым нормам.

Ключевые слова: фармакоэкономика, ABC/VEN-анализ, лекарственное обеспечение.

Abstract. Pharmacoeconomic analysis is the main mechanism of regulation and effective use of budget funds allocated for drug supply. Research was performed on the basis of hospital SB RAS in Yakutsk. We have established that the economic costs of purchase of medicines is increasing every years. It is associated with the introduction of new drugs and the increase in their prices. A survey ABC / VEN-analysis pharmacoeconomic characteristic hospital meets the recommended standards.

Key words: pharmacoeconomy; ABC/VEN-analysis; drug supply.

Актуальность исследования. Рациональное использование финансовых средств является одним из наиболее важных принципов работы любого учреждения системы здравоохранения. Одним из методов медико-экономического анализа, позволяющим при сравнительно небольших усилиях оценить качество фармакотерапии и лекарственного обеспечения лечебного учреждения является ABC / VEN-анализ (Фролов М.В. и соавт., 2012 год). ABC-анализ – это распределение лекарственных препаратов по трем классам в зависимости от объемов их потребления на протяжении какого-либо определенного периода: 1) класс А – 10-20% наименований препаратов, на которые расходуется 70-80% бюджета на лекарственные средства; 2) класс В – 10-20% наименований препаратов, на которые расходуется 15-20% бюджета на лекарственные средства; 3) 60-80% наименований препаратов, на которые расходуется не более 5-10% бюджета на лекарственные средства. ABC-анализ позволяет получить объективную картину расходования финансовых ресурсов на лекарственное обеспечение медицинских учреждений.

VEN-анализ проводится параллельно с ABC-анализом и позволяет определить приоритетные группы препаратов в соответствии с делением на жизненно важные (Vital, V), необходимые (Essential, E) и второстепенные (Non-essential, N). Жизненно важные препараты (V) – лекарственные средства, необходимые для спасения жизни (например, тромболитики), постоянно необходимые для поддержания жизни (инсулин, глюкокортикостероиды) и те, после прекращения приема которых развивается синдром отмены. Необходимые препараты (E) предназначены для лечения менее опасных, но серьезных заболеваний. Второстепенные (N) – лекарства для лечения легких заболеваний, лекарства сомнительной эффективности, дорогостоящие лекарства с симптоматическими показаниями.

По результатам проведенного анализа можно ответить на следующие вопросы: 1) целесообразно ли тратятся финансовые средства на лекарства в конкретном лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ); 2) какие шаги необходимо предпринять, чтобы рационализировать лекарственные

закупки; 3) какие препараты в первую очередь следует рассмотреть на предмет включения (исключения) в формуляр.

Цель исследования: анализ рациональности использования средств, выделяемых на лекарственное обеспечение.

Материалы и методы исследования. В ходе настоящего исследования нами анализировались финансово-отчетные данные использования лекарственных препаратов и расходных материалов больницы ЯНЦ СО РАН за 2011-2013 гг. Фармакоэкономический анализ производился по системе ABC / VEN-анализа. Обработка данных производилась на системе прикладного программного обеспечения Microsoft Excel 2010 для Windows.

Результаты исследования и обсуждение. По отчетным данным за 2011 г. на закуп лекарственных средств и расходного материала затрачено всего 8 532 048,61 руб., за 2012 г. – 14 607 975,20 руб. и за 2013 г. -11 364 845,61 руб. Изучение структуры показывает, что затраты на приобретение лекарственных средств имеют тенденцию к росту: в 2011 г. – 7 067 866,95 руб. (82,8%) от общих затрат, в 2012 г. – 8 882 020,80 руб. (60,8%) и в 2013 г. – 9 793 063,31 руб. (86,2%). Увеличение общих затрат и снижение доли затрат на лекарственные средства в 2012 г. связано с ростом закупки расходных материалов (на 4 261 722,74 руб., или на 291,1% по сравнению с показателями 2011 г.).

ABC-анализ проводился по международным непатентованным наименованиям (МНН) лекарственных препаратов. Общее количество используемых лекарственных препаратов по МНН в 2011 г. составило 263 наименований, в 2012 г. – 301, в 2013 г. – 331.

На десять наиболее дорогостоящих лекарственных препаратов в 2011 г. было затрачено 3 322 165 руб., в 2012 г. - 4 895 982,11 руб., в 2013 г. – 4 700 438,20 руб. В течение изученных трех лет наиболее затратными остаются растворы для парентерального и экстемпорального применения: затраты на них в 2011 г. составили 1 635 675,75 руб., в 2012 г. - 2 690 129,54 руб. и в 2013 г. – 1 973 483,58 руб., что в расчете на долю от общей суммы, затраченной на приобретение лекарственных средств, составил 23,14%,

30,29% и 20,15% соответственно. С 2011 по 2013 г. отмечается рост затрат на низкомолекулярный гепарин надропарин кальция (на 470,36%) и гепатопротектор адеметионин (на 70,69%). В число препаратов-лидеров по затратам в 2011 г. вошли антиоксидант этилметилгидроксипиридина сукцинат и ноотроп цитиколин, в 2012 г. затраты на их приобретение увеличились на 30,84% и 25,81% соответственно.

Структура лекарственных препаратов по группам ABC в изучаемых годах стабильная и практически соответствует рекомендуемым значениям (табл. 1).

Таблица 1 - Структура лекарственных препаратов по группам ABC (в %)

	Рекомендуемый показатель	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Группа «А»	10-20%	21,32	19,43	18,78
Группа «В»	10-20%	19,87	23,32	24,23
Группа «С»	60-80%	58,81	57,25	56,99

По анализу распределения финансовых средств, выделенных на приобретение лекарственных средств, доля затрат на препараты группы «А», «В» и «С» соответствует рекомендуемым значениям во всех изученных годах (табл. 2).

Таблица 2 - Доля распределения финансовых средств, выделенных на приобретение лекарственных препаратов (в %)

	Рекомендуемые показатели	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Группа «А»	70-80	79,3	80,5	80,3
Группа «В»	15-20	15,3	15,3	15,1
Группа «С»	не более 5	5,4	4,2	4,6

По анализу фармакоэкономических затрат (VEN-анализ) в 2012 г. снижалась доля жизненно важных препаратов (с 87,9% до 80,9%), что связано с ростом доли необходимых препаратов (с 9,4% до 16,4%). Однако в 2013 г. доля жизненно важных препаратов восстановилась до 87,4%, необходимых – уменьшилась до 11,7%. С 2011 по 2013 г. доля второстепенных препаратов

снизилась с 2,7% до 0,9%. Динамика использования лекарственных средств по категориям VEN и ABC представлена в таблице 2.

В 2013 г. в группу «А» вошли препараты, относящиеся только к жизненно важным и необходимым по сравнению с 2011-2012 гг. При этом на приобретение препаратов группы «V» потрачено 7 263 879,32 руб. (74,2% всех затрат на лекарственные средства), группы «E» - 599 692,45 руб. (6,1%). Расходы в классе «B» на препараты списка «V» составили 1 010 520,26 руб. (10,3%), на препараты списка «E» – 414 766,15 руб. (4,2%) и на препараты списка «N» - 58 169,78 руб. (0,6%). На лекарственные средства в группе «C» сумма затрат на медикаменты в списке «V» составила 280 608,15 руб. (2,9%), в списка «E» – 132 971,02 руб. (1,4%) и в списке N - 32 456,18 руб. (0,3%).

Заключение. За анализируемый период увеличиваются затраты на приобретение лекарственных средств, а затраты на расходные материалы неодинаковые. Увеличивается количество используемых лекарственных препаратов по МНН, что отражает внедрение в клиническую практику новых лекарственных средств. Однако самыми затратными остаются растворы для парентерального и экстреморального применения; увеличиваются затраты на надропарина кальция, адеметионин, этилметилгидроксипиридина сукцинат и цитиколин, что соответствует профилю больницы. По результатам ABC-анализа (оценка рационального использования денежных средств) закуп медикаментов соответствует рекомендуемым данным. По результатам анализа приоритетных лекарственных препаратов с 2011 по 2013 г. доля жизненно важных препаратов остается на прежнем уровне, а необходимых несколько увеличивается. Вместе с тем наблюдается снижение доли второстепенных препаратов. Таким образом, фармакоэкономическая характеристика больницы в целом соответствует рекомендуемым нормам,купаемые препараты соответствуют профилю больницы (терапевтический).

Список литературы:

1. Фролов М.Ю., Барканова О.Н., Шаталова О.В. Методика проведения ABC/VEN-анализа // Лекарственный вестник. – 2012. - №6 (46). – С. 3-6.

2. Воробьев П.А. ABC-, VEN- и частотный анализы в здравоохранении // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2004. - №3. – С. 56-59.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЛОР-ОРГАНОВ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

ЛЕБЕДЕВА Н.А.¹, ДМИТРИЕВА Т.Н.¹, АЛЕКСАНДРОВ И.Н.²

¹Россия, Северо-Восточный федеральный университет имени
М.К.Аммосова, Медицинский институт

²Россия, Республиканская больница №2-Центр экстренной медицинской
помощи, г. Якутск

Актуальность. В настоящее время злокачественные опухоли ЛОР-органов по-прежнему составляют немалую долю в онкологической патологии, равную 15% в целом. Новообразования ЛОР-органов нередко выявляются уже в достаточно запущенном состоянии, что значительно ухудшает прогноз заболевания.

В Республике Саха (Якутия) злокачественные новообразования в структуре смертности трудоспособного населения прочно занимают третью позицию после внешних причин и болезней системы кровообращения.

В Якутии за 2001-2010 гг. абсолютное число больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественной опухоли выросло на 8,2%.

Комплексное изучение проблемы злокачественных новообразований ЛОР-органов необходимо для раннего выявления патологии и для выработки тактики ведения больных.

Все выше изложенное определило необходимость проведения данной работы.

Цель исследования. Изучить распространенность заболеваемости злокачественными опухолями ЛОР-органов в Республике Саха (Якутия).

Задачи исследования:

1. Определить распространенность злокачественных заболеваний ЛОР-органов по 4 территориальным зонам Якутии.
2. Определить структуру заболеваемости злокачественными опухолями ЛОР-органов.
3. Изучить причинно-следственные связи между факторами окружающей среды и возникновением злокачественных новообразований среди населения.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования явились данные годовых отчетов врачей оториноларингологов Центральных районных больниц ГБУ Минздрава Республики Саха (Якутия) за 2013г. В отчете имеются данные больных состоящих на «Д» учете со злокачественными опухолями ЛОР-органов. В целях изучения распространенности заболеваний в РС(Я) данные были распределены по 4 зонам – Северная, Южная, Западная, Центральная.

Результаты

Заболеваемость населения территорий России злокачественными новообразованиями за 2012 г.

	Российская Федерация на 100 тыс. нас.	Дальневосточный Федеральный округ на 100 тыс. нас.	Республика Саха (Якутия) на 100 тыс. нас
Рак полости носа, среднего уха, придаточных пазух	0,66	0,66	0,63
Рак носоглотки	0,37	0,26	0,21
Рак ротоглотки	1,57	1,21	1,15
Рак гортаноглотки	1,31	0,88	0,52
Рак гортани	4,72	4,79	2,51
Все злокачественные новообразования	367,29	345,29	225,38

Как видно из таблицы в сравнении с данными РФ и ДФО заболеваемость злокачественными опухолями ЛОР - органов на 100 тыс. населения в РС(Я) значительно ниже.

Заболеваемость злокачественными опухолями ЛОР - органов в территориальных зонах Республики Саха (Якутия)

Территориальная зона:	Абсолютное число больных
Центральная зона	51
Южная зона	49
Западная зона	38
Северная зона	14
Итого	152

Всего в Республике Саха (Якутия) на диспансерном учете состоит 152 больных с ЛОР - онкологией.

В Центральной зоне на «Д» учете состоит 51 больной. Из них больных раком носа и околоносовых пазух – 11, рак ротоглотки – 7, рак гортани – 6, рак ушной раковины – 27. Преобладает рак ушной раковины, на втором месте рак носа и околоносовых пазух.

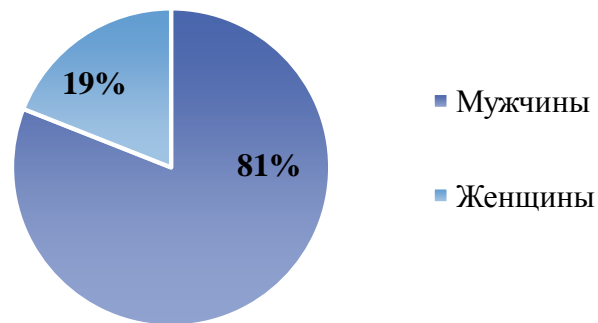
В Южной зоне на «Д» учете состоит 49 больных. Из них рак носа и околоносовых пазух – 4, рак ротоглотки – 9, рак гортани – 34, рак ушной раковины – 2. В данной зоне преобладает рак гортани. На втором месте рак ротоглотки.

В Западной зоне на «Д» учете состоит 38 больных. Из них рак носа и околоносовых пазух – 9, рак ротоглотки – 4, рак гортани – 16, рак ушной раковины – 9. Преобладает рак гортани.

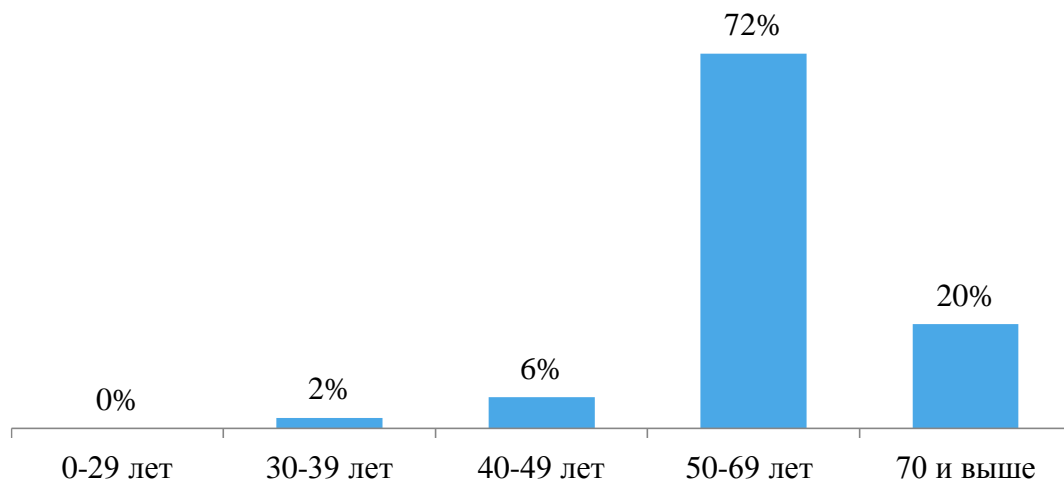
В Северной зоне на «Д» учете состоит 14 больных. Из них рак носа и околоносовых пазух – 6, рак ротоглотки – 1, рак гортани – 1, рак ушной раковины – 6. Преобладают злокачественные опухоли ушной раковины, рак носа и околоносовых пазух.

Структура заболеваемости злокачественными опухолями ЛОР – органов:

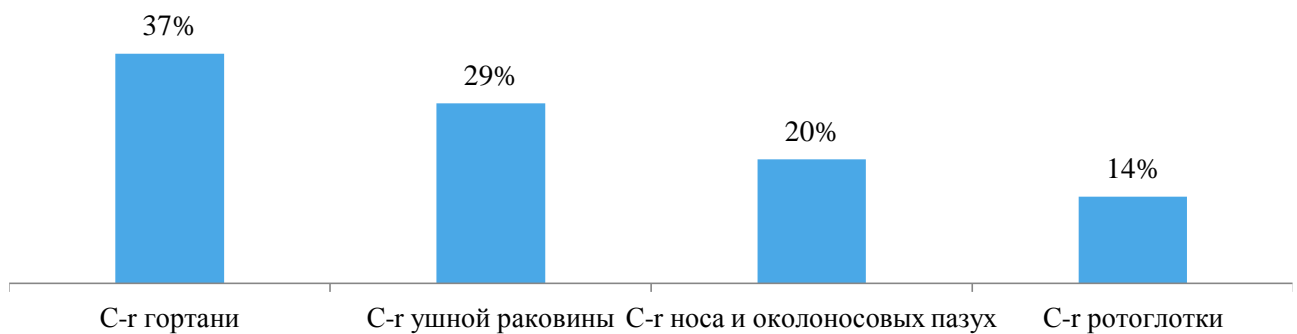
Распределение по половому признаку



Заболеваемость по возрастным группам



Заболеваемость по нозологическим формам



Выводы:

1. За отчетный 2013 год в Республике Саха (Якутия) на диспансерном учете со злокачественными опухолями ЛОР - органов состоит 152 больных, из них в Центральной зоне - 51, Южной зоне – 49, Западной зоне – 38 и в Северной зоне 14 больных.
2. Самая высокая заболеваемость злокачественными опухолями ЛОР - органов наблюдается в Центральной зоне. На втором месте по заболеваемости стоит Южная зона. На третьем месте Западная зона. Самый меньший показатель заболеваемости ЛОР – онкологией в Северной зоне. С большим преимуществом заболевают мужчины. Чаще всего опухоли развиваются у лиц возрастной группы 50-69 лет. Самым распространенным явился рак гортани.
3. Высокую заболеваемость раком ушной раковины в Центральной и Северной зонах, можно объяснить частым травмированием в виде отморожений под воздействием низких температур. Высокую заболеваемость раком гортани в Южной и Западной зонах можно объяснить техногенным и антропогенным загрязнением окружающей среды, в связи с развитием промышленности (алмазодобывающей, золотодобывающей, угольной). Также следует отметить, значимую роль в развитии рака гортани: влияние вредных производственных факторов, курение табака, употребление алкоголя, а также наличие предраковых хронических заболеваний гортани.

Практические рекомендации:

1. Первоочередной задачей является организация специализированной помощи больным с опухолями ЛОР-органов, включающей профилактические мероприятия, своевременную и раннюю диагностику, при которой возможно получение радикального лечения и улучшения показателей отдаленной выживаемости больных;
2. Проводить систематический мониторинг состояния окружающей среды и здоровья населения с целью выяснения степени влияния промышленных загрязнителей на здоровье населения;

3. Проводить медицинские профилактические мероприятия, направленные на повышение специфической и неспецифической резистентности организма человека к воздействию неблагоприятных факторов окружающей природной среды и предупреждения развития предраковых заболеваний.

СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПИТАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

ЛЕБЕДЕВА У.М., СТЕПАНОВ К.М., ДОХУНАЕВА А.М., ЗАХАРОВА Л.С., ДЬЯЧКОВСКАЯ М.П., АКИМОВА Л.С.

Россия, Северо-Восточный федеральный университет имени
М.К.Аммосова, Центр лечебного и профилактического питания Научно-
исследовательского института здоровья

Аннотация. Оптимизация питания различных групп населения служит не только важной задачей системы отдельных ведомственных организаций, но и предметом самого пристального внимания Президента и Правительства России, которые приняли Указ Президента РФ № 120 «Об утверждении Доктрины продовольственной безопасности Российской Федерации» от 30 января 2010 года и распоряжение № 1873 «Об утверждении Основ государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года» от 25 октября 2010 года.

В соответствии с основными положениями Указа Президента и Распоряжения Правительства РФ, разные министерства и ведомства, образовательные и научные организации проводят социологические, эпидемиологические и клинические исследования, одним из условий которого является мониторинг продовольственного сырья, питания и здоровья.

Ключевые слова: питание населения, мониторинговые исследования, концепция питания, пищевая биотехнология.

Abstract. Optimization of food of various groups of the population serves not only an important problem of system of the separate departmental organizations, but also a subject of the closest attention of the President and the Government of Russia which adopted the Decree of the Russian President No. 120 "About the approval of the Doctrine of food security of the Russian Federation" of January 30, 2010 and the order № 1873 "About the statement of Bases of a state policy of the Russian Federation in the field of healthy food of the population for the period till 2020" of October 25, 2010.

According to basic provisions of the Decree of the President and the Order of the Government of the Russian Federation, the different ministries and departments, the educational and scientific organizations conduct sociological, epidemiological and clinical researches, one of which conditions is monitoring of food staples, food and health.

Keywords: food of the population, monitoring researches, concept of food, food biotechnology.

Актуальность. Мониторинговые исследования последних лет, проводимые в республике, доказали неудовлетворительную характеристику продовольственных наборов со сниженным объемом продуктов животного происхождения, овощей, ягод и увеличением квоты зерновых и картофеля. Доказано, что питание жителей северных регионов не соответствует не только рекомендованным для данных районов республики, но и общепринятым нормам питания. Рацион народов Севера, который ранее отличался высоким содержанием белков, жиров, приближается к «европейскому» типу, в основном, за счёт углеводного компонента.

Цель. Разработка медико-гигиенического обоснования концепции питания в современных условиях Республики Саха (Якутия).

Материалы и методы: социологические, эпидемиологические и клинические исследования на популяционном уровне проведены в трех медико-экономических зонах республики с использованием стандартизованных методов.

Результаты. В рационе питания нарушено соотношение белков животного и растительного происхождения, $\omega 6$ и $\omega 3$ полиненасыщенных жирных кислот. Независимо от этнической принадлежности жителей структура рационов, их химический состав состоят из простых углеводов и насыщенных жиров. Энергетическая ценность рационов питания населения снизилась до среднеевропейских величин – 2506 ккал. При анализе минерального и витаминного состава рационов питания взрослого населения РС (Я) по данным 6 улусов и 2 городов выявлен значительный дефицит минеральных веществ и витаминов, который носит характер сочетанной недостаточности. Отмечается более глубокий дефицит

минеральных веществ и витаминов у женского населения. Более глубокий дефицит калия, магния, железа и витаминов А, В₂, РР, С выявлен у коренного населения. Среди некоренного населения отмечается дефицит кальция, фосфора и витамина В₁. Независимо от сезонов года, рационы питания характеризуются низким содержанием водорастворимых витаминов [1, 3].

В настоящее время, одной из основных причин неудовлетворительной характеристики питания различных групп населения республики, считается недостаточная информированность населения в вопросах здорового питания, приводящая к неадекватным пищевым привычкам. Это приводит к нарушению основных принципов рационального питания, в том числе - избыточному потреблению продуктов, содержащих простые углеводы, таких как кондитерские и хлебобулочные изделия, сахара и сладостей, газированные напитки.

Как следствие нерационального питания, по данным статистики Министерства здравоохранения РС (Я) в последние годы отмечается рост числа болезней, связанных с нарушением питания, так называемых, алиментарно-зависимых заболеваний (железодефицитных состояний и анемий, остеопений и остеопороза, избыточного веса и ожирения и многих других).

В связи с этим, политика Президента и Правительства Республики Саха (Якутия) целенаправленна на поддержку мероприятий, определяющих продовольственную безопасность и охрану здоровья различных групп населения.

В последние десятилетия республика активно включается в реализации российских и международных программ, способствующих здоровому образу жизни и качественному питанию.

Одна из них - профилактика хронических неинфекционных заболеваний CINDI. Через Центры здоровья, Центры медицинской профилактики и опорные пункты выполняются работы по формированию здорового образа жизни и питания, внедрена система «Школ здоровья» с подпрограммами

«Школа здорового питания» и «Школа грудного вскармливания» для медицинских работников и населения.

Следующая международная программа - «Мать и дитя» по охране грудного вскармливания внедрена в 2006 году [4]. Республика Саха (Якутия) - один из 22 субъектов Российской Федерации, где отмечается высокий уровень рождаемости. В связи с этим особенно актуально внедрение в практику основных положений Декларации ВОЗ/ЮНИСЕФ "Охрана, поддержка и поощрение грудного вскармливания" и распространение Инициативы "Больница, доброжелательная к ребенку" на территории республики. Учреждения Якутии присоединились к Инициативе в 2012 году и два лечебно-профилактических учреждения удостоены международного статуса "Больница, доброжелательная к ребенку". В ноябре 2012 года Министерством здравоохранения республики создан Координационный Совет по охране и поддержке грудного вскармливания и Научно-практический центр по охране и поддержке грудного вскармливания Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия) на базе акушерского стационара Якутской городской клинической больницы (Приказ Министерства здравоохранения РС (Я) «О создании Научно-практического Центра по охране и поддержке грудного вскармливания МЗ РС (Я)», №01-8/4-1936 от 17.11.2012 г.). Как результат этих работ можем отметить повышение уровня грудного вскармливания в акушерском стационаре с 60% в 2006 году до 99% в 2013 году.

В 2010 году внедрена федеральная программа модернизации школьного питания. 22 образовательные учреждения Хангаласского, Мегино-Кангаласского, Олекминского улусов Республики Саха (Якутия) за счет федерального бюджета оснащены современным технологическим оборудованием, на местах было организовано двухразовое горячее питание [2].

Следующим важнейшим направлением Концепции государственной политики в области здорового питания населения Республики Саха (Якутия) на период до 2020 года стали возрождение и популяризация традиционного здорового питания. С целью развития современной

системы обеспечения качественными пищевыми продуктами, укрепления сырьевой базы производства местных продуктов, возрождения и популяризации традиционных знаний в области рационального питания населения, разрабатывается проектная программа «Создание системы социального питания и продовольственной помощи в Республике Саха (Якутия), ее промышленного производства и товаропроводящей инфраструктуры на 2014-2020 годы».

В республике активно разрабатываются и внедряются проекты в области развития пищевых биотехнологий, пищевых продуктов, биологически активных пищевых добавок из местного натурального сырья. На площадке Технопарка, созданного по инициативе Государственного комитета по инновационной политике и науке Республики Саха (Якутия) и Арктического инновационного центра СВФУ имени М.К.Аммосова прорабатываются проекты по созданию специализированных пищевых продуктов функционального назначения. По целевому направлению организованы малые инновационные предприятия: «Айыы Ас», «Дары Якутии», «Механохимические технологии», «Биоспектр».

Систематическая научно-исследовательская работа, проводимая с целью изучения системы питания, находит свое отражение в научно-популярных изданиях, учебно-методических и учебных пособиях НИИ Здоровья СВФУ имени М. К. Аммосова [1,2,3,4].

Таким образом, комплексное научно-практическое осмысление о рациональном питании как лучший способ улучшения здоровья людей, обеспечения качества жизни и повышение благосостояния населения выступает эффективным инструментом государственной политики в области здорового питания населения Республика Саха (Якутия).

Список литературы:

1. Актуальные вопросы питания населения Республики Саха (Якутия): материалы I Выездного заседания Науч.совета по медицинским проблемам питания Рос.Акад.мед.наук /М-во науки и профобразования Респ.Саха (Якутия), ФГНУ Институт здоровья» [редкол.: к.м.н. У.М.Лебедева (отв.ред.) и др.] – Якутск: Офсет, 2010. – 84 с.

2. Лебедева У.М., Прокопьева С.И., Степанов К.М., Борисова Н.Б., Дохунаева А.М., Лебедева А.М., Владимиров А.С., Иванова Я.Н. Питание детей и подростков, обучающихся в образовательных учреждениях Республики Саха (Якутия): учебно-методическое пособие / ФГАОУ ВПО Сев.-Восточ.федер.ун-т им. М.К.Аммосова, науч.-исслед.ин-т здоровья, М-во образования Респ.Саха (Якутия), М-во здравоохранения Респ.Саха (Якутия), ООО «Науч.-внедр.центр оздоровит.питания»; [сост.: У.М.Лебедева и др.]. – Якутск: Компания «Дани Алмас», 2012. – 80 с.
3. Лебедева У.М., Степанов К.М., Самсонова М.И. и др. Научно-методическое и инновационное обеспечение оптимизации питания населения Республики Саха (Якутия). : Вопросы питания. 2014. - № 3. – С. 25-27.
4. Мое чадо – мое чудо:/ У.М.Лебедева, к.м.н., С.И.Прокопьева, к.м.н., К.М.Степанов, д.с/х.н., Н.Н.Грязнухина, к.м.н., А.М.Дохунаева; М-во здравоохранения Респ. Саха (Якутия), ФГАОУ ВПО «Сев.-Вост.фед.ун-т им.М.К.Аммосова», Науч.-иссл.ин-т здоровья. –Якутск: Компания «Дани Алмас», 2014. – 48 с.

СИМУЛЯЦИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРЕНАЖЕРОВ И ОЦЕНКА ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ

МАРКОВЧИНА М.Ю., ПАЛЬШИН Г.А., ПОТАПОВ А.Ф., ИВАНОВА А.А.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. В статье представлено применение симуляционных методов для обучения студентов 3 курса приемам оказания первой медицинской помощи пострадавшим при чрезвычайных ситуациях. Проводились тестирование и оценка исходных знаний по данной теме до и после курса практических занятий. Показана эффективность симуляционного метода обучения с применением современных тренажеров.

Ключевые слова: первая медицинская помощь, симуляционные методы, тренажер, эффективность обучения.

Abstract. The article presents the application of simulation methods to training 3 courses students of first aid methods in emergencies situation. Conducted testing and evaluation of knowledge on the subject before and after the workshops. The efficiency of a simulation method of teaching using modern simulators.

Key words: first aid, simulation techniques, the simulator, the efficiency of learning.

Актуальность. Появление высоких технологий в медицине, внедрение новых лечебно-диагностических методик ставит перед современной системой медицинского образования задачи по разработке качественно иных подходов в подготовке кадров для практического здравоохранения. Сегодня в медицинское образование активно внедряются симуляционные методы - одни из наиболее эффективных методов обучения практическим навыкам, дополняющие традиционное обучение.

Преимуществами симуляционного тренинга являются возможность многократной отработки манипуляций, отсутствие зависимости учебного процесса от распорядка работы больницы и наличия в клинике тематических пациентов. Безусловно, симуляционные методы не заменяют в полной мере клиническую практику, но обеспечивая возможность постоянной и безопасной тренировки студентов, могут значительно повысить уровень подготовки студентов.

Цель исследования: определение эффективности усвоения студентами теоретических знаний и практических навыков при применении в учебном процессе симуляционного тренинга.

Предмет исследования - формирование знаний и навыков по вопросам оказания первой медицинской помощи пострадавшим при чрезвычайных ситуациях для совершенствования профессиональных компетенций студента по специальности «Лечебное дело». Отрабатывалась техника оказания первой помощи: иммобилизация при вывихе головки плечевой кости с помощью косыночной повязки; иммобилизация с помощью шины Дитерихса при открытом переломе костей голени; оказание приемов сердечно-легочная реанимации (СЛР) при клинической смерти.

Объект исследования: 34 студента 3 курса лечебного факультета Медицинского института во время прохождения симуляционного курса «Оказание первой медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях» (20 академических часов).

Методы исследования. Применены следующие методы: анкетирование студентов до и после симуляционного курса; оценка практических умений и навыков до, во время и после практических занятий; анализ полученных данных.

Для оценки практических навыков разработаны критерии с бальной системой оценивания, в основе которых выполнение упражнений с максимальным качеством при минимальной затрате времени.

Критериями оценки иммобилизации при вывихе головки плечевой кости с помощью косыночной повязки явились: правильная подгонка средства

иммобилизации (1 балл), правильное положение конечности (1 балл), неподвижность двух близлежащих к перелому суставов (1 балл), время выполнения: за 30 сек – 2 балла; за 35 сек – 1 балл, за 40 сек – 0,5 баллов. Максимальный балл – 5 баллов.

Критерии оценки иммобилизации с помощью шины Дитерихса при открытом переломе костей голени: правильная подгонка средства иммобилизации (1 балл), правильное положение конечности (1 балл), неподвижность двух близлежащих к перелому суставов (1 балл), время выполнения: за 7 мин – 3 балла; за 9 мин – 2 балл, за 12 мин – 1 балл. Максимальный балл – 6 баллов.

Критерии оценки СЛР: правильное выполнение наружного массажа сердца - 2 балл; правильное восстановление проходимости дыхательных путей – 1 балл; правильное проведение искусственной вентиляции легких – 1 балл; слаженность работы бригады – 1 балл. Максимальный балл – 5 баллов.

Исследование проведено на базе Учебного центра практических навыков и медицинских виртуальных образовательных технологий (Симуляционный центр) Медицинского института СВФУ.

Результаты исследования. Перед началом обучающего симуляционного курса проведено анкетирование для самооценки уровня владения практическими навыками. Предлагались оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно». Результаты анкеты показали, что 5 (14,7%) студентов оценили свои практические навыки на «хорошо», 16 (47%) студентов – на «удовлетворительно» и 13 (38,3%) – на «неудовлетворительно». Оценку «отлично» не поставил себе никто.

Проверка исходных навыков по иммобилизации верхней конечности с помощью косыночной повязки показало следующее: 31 (91,2%) студент получил 1,5 балла и 4 (11,8%) студента - оценку 2 балла (при максимальной оценке 5 баллов).

При выполнении задания по иммобилизации нижней конечности лучший результат отмечен у 1 (2,9%) студента и составил - 1 балл (при максимальном 6 баллов).

Задание «сердечно-легочная реанимация при клинической смерти» не смог выполнить ни один студент. Добавим, что реанимационные мероприятия выполнялись в команде, состоящей из 2 студентов (всего 17 команд).

Представленные результаты проверки исходных практических навыков показывают, что обладая знаниями по фундаментальным дисциплинам, студенты оказались не способными оказать первую медицинскую помощь.

Симуляционный курс включал проведение занятий на манекенах с выполнением определенных ступеней, рекомендуемых при проведении симуляционного тренинга.

1 ступень – преподаватель показывает на тренажере, как правильно выполняется тот или иной навык.

2 ступень – преподаватель показывает и объясняет все элементы навыка и отвечает на вопросы.

3 ступень - слушатель говорит преподавателю, как выполнять навык, а тот исполняет на тренажере его инструкции, даже если обучающийся дает неверные указания. На этой ступени обучающийся должен увидеть возможные ошибки и сам исправить их.

4 ступень – слушатель самостоятельно выполняет навык и комментирует его выполнение. Это позволяет лучше запомнить совокупность составляющих элементов навыка.

После каждого занятия проводилось обсуждение, на котором особое внимание обращалось на ошибки при выполнении манипуляций. Так, частой ошибкой при иммобилизации верхней конечности было неправильное положение верхней конечности, в частности, локтевой сустав не был согнут в положение 90° . При иммобилизации нижней конечности студенты не соблюдали осторожность и аккуратность при манипуляциях с поврежденной конечностью. При выполнении СЛР характерной ошибкой было неправильное проведение наружного массажа сердца - неправильная установка рук на грудную клетку и глубина компрессии на грудную клетку.

Промежуточное тестирование показало следующее: иммобилизацию верхней конечности косыночной повязкой на 5 баллов выполнили 28 (82,3%), на 3 балла – 4 (11,7%) и на 2,5 балла – 2 (6%) студента; иммобилизация нижней конечности - на 6 баллов выполнили 26 (76,5%), на 5 баллов - 8 (23,5%) студентов.

СЛР оценена следующим образом: на 5 баллов была оценена работа 6 команд (12 (35,3%) студентов), на 3,5 балла – 9 команд (18 (53%) студентов) и на 3 балла – 2 команды (4 (11,7%) студента).

После завершения курса проведено итоговое тестирование. Иммобилизацию верхней конечности косыночной повязкой на «отлично» выполнили все 34 (100%) студента, иммобилизацию нижней конечности шиной Дитерихса с максимальными 6 баллами выполнили 32 (94,1%) студента. СЛР на «отлично» выполнили 30 (88,2%) студентов.

Результаты анкетирования после завершения курса симуляционного обучения показали, что 26 (76,4%) студентов сами оценили свои практические навыки на «отлично», а 8 (23,6%) студентов - на «хорошо». При этом, по мнению самих студентов, использование тренажеров и симуляторов способствует лучшему усвоению материала.

Заключение. Таким образом, применением тренажеров и симуляторов в обучении студентов практическим навыкам способствует лучшему усвоению учебной программы, является средством мотивации и повышения эффективности учебного процесса.

Список литературы:

1. Кан, К. Симуляция в системе медицинского образования. Создание программы симуляционного обучения: практическое руководство/ К. Кан, С. Толхорст-Кливер, С. Уайт, У. Симпсон // Медицинское образование и профессиональное развитие, 2011, №3.- С.33-38.
2. Муравьев, К.А. Симуляционное обучение в медицинском образовании – переломный момент./ К.А. Муравьев, А.Б. Ходжаян, С.В. Рой//Фундаментальные исследования, 2011, №10. - С. 534-537.
3. Okuda Y. et. al. National Growth in Simulation Training within Emergency Medicine Residency Programs. // Acad. Em. Med. - 2008. - №15. - P. 1-4.

АНАЛИЗ ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО СТАТУСА ЖИТЕЛЕЙ Г. ЯКУТСКА КАК ЭТАП ИЗУЧЕНИЯ ВЛИЯНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

НИКОЛАЕВ В.П., ТИМОФЕЕВ А.Л.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ЗДОРОВЬЯ

РОССИЯ, ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА, Г. ЯКУТСК

Аннотация. В статье представлен анализ демографического и социально-экономического статуса жителей г. Якутска.

Ключевые слова: город Якутск, качество жизни, социально-экономические факторы, демографические показатели, влияние на здоровье, жилищно-бытовые условия.

Abstract. The article presents an analysis of demographic and socio-economic status of the inhabitants of Yakutsk.

Key words: Yakutsk, quality of life, socio-economic factors, demographics, the impact on health, housing and living conditions.

Актуальность темы. Здоровье является определяющим фактором ценнейшего ресурса общества – человеческого потенциала страны. Здоровье каждого человека, как и общества в целом, зависит от двух основных составляющих: врожденных, генетически обусловленных биологических особенностей и характера взаимодействия с окружающей средой [1, 2, 3].

Влияние социального компонента особенно отчетливо прослеживается на территориях Крайнего Севера, где оно накладывается на влияние экстремальных условий физико-географической среды, опосредуя формирование здоровья населения и своеобразие мер по его охране [4]. Крайний Север можно рассматривать тем полигоном, где изучается влияние социальной среды и природно-климатических факторов на здоровье населения, и вырабатываются меры по его охране [1]. Социальная среда преимущественно, но в совокупности с прочими факторами определили ухудшение здоровья населения Крайнего Севера, рост общей и первичной заболеваемости [5].

Комплексное изучение общественного здоровья позволяет установить не только количественные характеристики здоровья населения, но и выявить, от каких факторов зависит тот или иной критерий [2, 3].

Качество жизни является одним из важнейших признанных ООН показателем, характеризующим уровень развития стран и наций. Изучение влияния качества жизни на здоровье населения в зависимости от признака проживания в современных условиях Крайнего Севера является актуальной задачей.

Цель работы: проведение анализа демографического и социально-экономического статуса жителей г. Якутска.

Материал и методы исследования. Материалами данного исследования служат основные демографические и социально-экономические показатели и факторы социальной среды жителей г. Якутска. Материалы получены из имеющихся официальных статистических данных Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Республике Саха (Якутия), в том числе итогов комплексного наблюдения условий жизни населения по г. Якутску, данных аналитических центров, итогов социологического исследования по г. Якутску СВФУ им. М.К.Аммосова, материалов официального сайта Окружной администрации города Якутска (www.yakutsk.rf).

Результаты и обсуждение. Город Якутск по праву является привлекательным местом для проживания, за последние годы наблюдается тенденция к естественному и миграционному приросту населения. В городском округе, по статистическим данным за 2013 г. живет около 303 тысяч человек, треть из которых люди молодого возраста - до 35 лет. Сохраняется высокий рост рождаемости. В среднем за неделю рождается порядка 100 детей.

На территории Городского округа (ГО) «Город Якутск» 14 населенных пунктов, в том числе: 1 город, 11 сельских пунктов, 2 наслега.

Город Якутск от многих российских отличается своей многонациональностью, мультикультуральностью. Здесь проживают представители около 120 национальностей из 90 стран мира и субъектов России. Якутск является промышленным, научным и культурным центром республики.

По итогам экспертизы агентства РИА «Рейтинг» в 2013 году Республика Саха (Якутия) в рейтинге регионов Российской Федерации по качеству жизни занимает 70-ю строчку по общему баллу. Разность подходов к определению общих показателей для составления рейтингов, по-видимому, отражает разные их аспекты для определения понятия: что входит в качество жизни, например, институт региональной информации (г. Москва) в обнародованном «Индексе качества жизни в регионах России» приводил цифры с общим рангом для Республики Саха (Якутия) с 25 по 43 место среди регионов РФ (в период с 2006 по 2011 гг.).

Население города характеризуется прогрессивной структурой с преобладанием лиц трудоспособного возраста (65,8%), и высоким показателем численности детей (21,1%). Наибольшее количество людей состоит в группе от 18 до 29 лет, что объясняется миграцией внутри региона в связи с наличием большого количества высших и средних специальных учебных заведений. Возрастная структура населения г. Якутска отличается высокой долей молодежи. Средний возраст населения города на 2010 год составил 32,1, по республике в целом 33,8 лет. Мужчины г. Якутска моложе женщин: средний возраст мужчин – 30,4, женщин – 33,7 лет.

Таблица 1 - Численность населения города Якутска и Республики Саха (Якутия) с 2002 по 2013гг.

Территория	2002	2005	2007	2009	2010	2011	2012	2013
ГО «Город Якутск»	236,9	247,1	266,5	275,0	278,7	287,0	294,8	303,0
г. Якутск	228,9	235,6	254,6	264,1	268,0	270,5	278,4	286,5
Сельское население	8,0	11,5	11,9	10,9	10,7	16,5	16,4	16,5
РС (Я)	949,3	953,2	956,1	958,1	958,5	958,3	955,9	955,6

* - По данным на 01 января соответствующего года Федеральной службы Госстатистики РФ по РС (Я).

Город Якутск – один из самых населенных северных городов страны. В Якутске самая высокая в республике плотность населения – 84,94 чел. на 1км², при среднем показателе 1 чел на 3 км². В динамике численность населения города за последние 10 лет неуклонно растет, чего не наблюдается в численности населения по Республике Саха (Якутия) (табл. 1).

Население города характеризуется прогрессивной структурой с преобладанием лиц трудоспособного возраста (65,8%), и высоким показателем численности детей (21,1%).

Наибольшее количество людей состоит в группе от 18 до 29 лет, что объясняется миграцией внутри региона в связи с наличием большого количества высших учебных заведений.

Численность населения Якутска быстро растёт за счёт естественного прироста и миграции: за последние 3 года рост составляет в среднем по 5 тыс. человек ежегодно.

В сфере семейного положения треть взрослого населения города Якутска состоит в зарегистрированном браке, другая треть никогда не состояла в браке, 11-я часть жителей состоит в незарегистрированном браке, 13,0% - вдовы/вдовцы и 8,0% разведено или живут отдельно.

Экономически активное население г. Якутска в 2012 г. составляло 85,3% от общей численности трудоспособного населения, из них 4,3% безработные,

что в целом намного лучше, чем общий показатель по республике: 74,8% и 8,0% соответственно.

Уровень среднемесячной начисленной заработной платы работников организаций г. Якутска в 2013 г. составил 47 460,2 руб., что на 16,8% больше чем в 2012 г. Наибольший ежегодный прирост представлен у работников добычи полезных ископаемых – 28,8% за год (130 106,2 руб. за 2013 г.) и 115,0% за 5 лет. Наименьший ежегодный прирост у работников сельского хозяйства, охоты и лесного хозяйства – 5,8% за год (28 640 руб. в 2013 г.) и 43,8% за 5 лет.

По индикаторам дифференциации доходов населения за последние 10 лет отмечается медленный рост индекса Джини и общего коэффициента фондов, что свидетельствует о медленно растущей концентрации доходов в руках узкой социальной группы людей. Тем не менее, данные коэффициенты ниже средних по России, где с 2003 года он рос с 0,4 до 0,42.

По уровню образования в г. Якутске, по данным социологического обследования СВФУ, в 2012-2013 гг. высшее и неоконченное высшее образование имеют 38% респондентов, среднее специальное 34,9%, среднее общее 25% и неполное среднее 1,7%.

Несмотря на низкий уровень качества жилых помещений, с каждым годом в Якутске растет количество жилых помещений, так, общая площадь жилых помещений, приходящаяся на одного жителя, выросла с 16,8 до 17,4% в 2008-2012 гг., увеличилось число жилых квартир в расчете на 1000 чел. населения с 302,0 до 317,9 в 2008-2011 гг. Однако тревожным знаком для г. Якутска является увеличение доли населения, проживающего в многоквартирных домах, признанных аварийными. Показатель обеспеченности населения г. Якутска собственным жильем в каменном жилом фонде составляет 54,0%.

В период 2000-2007 гг. уровень потребления основных продуктов питания в домашних хозяйствах в целом имела позитивную тенденцию. Употребление в среднем на члена домашнего хозяйства в год мяса, молока и молочных продуктов увеличилось в 1,2, фруктов и ягод в 2,5 раза и

составило соответственно 77,0, 261,0 и 58,0 кг. В годовом рационе населения рыба, овощи и бахчевые не имели тенденции к увеличению. В результате за анализируемый период энергетическая ценность питания домохозяйств имела устойчивую тенденцию к повышению, в 2007 г. она увеличилась на 12,4% и составила 2403,0 ккал в сутки.

На фоне устойчивой тенденции к повышению показателей финансового обеспечения здоровья (среднедушевых денежных доходов населения в месяц и расходов на здравоохранение и физическую культуру) в 2000-2007 гг. наблюдается положительная динамика показателя смертности населения по основным классам причин смерти: снижение смертности на 38,8% от болезней органов дыхания, на 15,8% от инфекционных и паразитарных болезней, на 16,3% от несчастных случаев, на 4,6% от отравлений, травм и 1,2% от болезней органов пищеварения и новообразований, однако наблюдается неуклонный рост смертности от болезней системы кровообращения (на 16,8%).

Заключение. Установлено, что в последние годы демографическая ситуация, социально-экономическое развитие г. Якутска имеют устойчивую тенденцию к позитивным изменениям. Отмечается высокий темп роста численности населения г. Якутска, который происходит равным образом за счёт естественного прироста и миграции.

Возрастная структура населения г. Якутска отличается высокой долей молодежи. По уровню безработицы показатель по республике выше, чем в России на 46,5% (8,0% и 5,5% соответственно).

С 2009 по 2013 гг. прирост среднедушевых расходов населения в Республике Саха (Якутия) превышает общие индексы потребительских цен на товары и услуги, доля малоимущих также с каждым годом снижается, что отражает положительную тенденцию к увеличению благосостояния населения.

Несмотря на низкий уровень качества жилых помещений, отмечается ежегодный рост жилой площади горожан, однако доля населения,

проживающего в многоквартирных домах, признанных аварийными, сохраняется на высоком уровне.

Наблюдается положительная динамика показателя смертности населения по основным классам причин смерти, кроме показателя смертности от болезней системы кровообращения.

Все эти позитивные тенденции к улучшению качества жизни населения г. Якутска и имеющие место неблагоприятные социально-экономические факторы, несомненно, оказывают существенное влияние на состояние здоровья, что предстоит изучить в дальнейших этапах исследования.

Список литературы:

1. Максимова Т.М. Здоровье населения и социально-экономические проблемы общества // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – № 1. – С. 4.
2. Щепин О.П., Коротких Р.В., Щепин В.О., Медик В.А. Здоровье населения – основа развития здравоохранения. – М.: Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, 2009. – 376 с.
3. Щепин О.П., Петручук О.Е., Давлетшин Ф.А. Основы профилактической медицины в России (исторические аспекты и современные представления). – М., 2011. – 276 с.
4. Поляков И.В., Зеленская Т.М. Социальные индикаторы и их место в системе информационного управления и планирования системы охраны здоровья населения как части социальной сферы // Основные направления развития информатизации здравоохранения и системы ОМС на 1999-2002 годы: Сб. мат. Всерос. конф. – Воронеж, 1999. – С. 182.
5. Сидоров П.И., Кучеренко В.З., Вязьмин А.М. К истории развития системы здравоохранения Европейского Севера в экстремальных социально-экономических условиях // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1996. – № 4. – С. 52.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ ИНСУЛЬТА В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ) ЗА 2010-2013 ГОДЫ

НИКОЛАЕВА Т.Я.¹, ЧУГУНОВА С.А.^{1,3}, КУЗЬМИНА З.М.²

¹Россия, Северо-Восточный федеральный университет имени
М.К.Аммосова, Медицинский институт

²Россия, Республиканская больница №2-Центр экстренной медицинской
помощи», г. Якутск

³Россия, Якутский научный центр комплексных медицинских проблем
Сибирского отделения РАМН

Аннотация. Заболеваемость от инсульта в Республике Саха (Якутия) за последние четыре года несколько выросла и сопоставима со средними общероссийскими показателями. Смертность от инсульта остается на одном уровне и все эти годы ниже показателей по России (83 против 96 на 100 000 населения соответственно). Высокие цифры заболеваемости отмечены в промышленных улусах, низкие в улусах с традиционным укладом жизни, где в основном проживают коренные жители (якуты, эвенки).

Ключевые слова: инсульт, заболеваемость, смертность, Республика Саха (Якутия).

Abstract. Stroke morbidity from in the Republic of Sakha (Yakutia) for the last four years increased slightly and is comparable with the average national indicators. Stroke mortality from remains at the same level and all these years lower than in Russia (83 against 96 per 100 000 population respectively). High numbers of morbidity observed in industrial regions, lowest in regions with a traditional way of life, which is mostly inhabited by indigenous people (yakuts, evenks).

Key words: stroke, morbidity, mortality, Republic of Sakha (Yakutia).

Введение. Сосудистые заболевания головного мозга, несмотря на значительные успехи в диагностике и лечении, остаются основной причиной высокой заболеваемости, смертности и инвалидизации в Российской Федерации [1]. В Республике Саха (Якутия) в первое десятилетие XXI века наблюдалась четкая тенденция роста заболеваемости и смертности от инсульта [2]. Якутия является регионом с особыми климато-географическими условиями, имеет в составе 34 района и занимает территорию 3,1 млн. кв. км. Население на 01 января 2014 г. составляет 955,6 тыс. чел., из них взрослое население – 705 535 чел. 40% территории республики располагается за полярным кругом, 50% населенных пунктов – это малонаселенные села и деревни. 90% территории находятся в зоне сезонного транспортного обслуживания, а 76% районов не имеют надежной транспортной связи с центром в любое время года. В связи с этим, проблема оказания своевременной высокотехнологичной помощи больным с ОНМК остается нерешенной для отдаленных районов республики. Одним из отличительных демографических показателей в РС (Я) является более низкий процент пожилых людей, чем по России в целом. Якутия вошла в Федеральную целевую программу «Снижение смертности и инвалидности от сосудистых заболеваний в Российской Федерации» в 2010 г. В 2011 г. был создан региональный сосудистый центр (РСЦ) в г. Якутске и два первичных сосудистых отделения (ПСО) (охват населения республики составил 49,7%). К началу 2013 г. создано еще два ПСО, что позволило расширить зону ответственности и охватить 71,5 % населения. Мониторинг показателей заболеваемости и смертности от инсульта является актуальным и позволяет оценить работу в реальном времени для эффективного планирования мероприятий по организации помощи больным.

Целью настоящей работы явился анализ динамики показателей заболеваемости и смертности от инсульта в Республике Саха (Якутия) после открытия регионального сосудистого центра и первичных сосудистых отделений.

Материал и методы. Проанализированы статистические данные Якутского республиканского медицинского информационно-аналитического центра, сведения об основных целевых показателях деятельности регионального сосудистого центра и первичных сосудистых отделений по оказанию медицинской помощи больным с ОНМК в Республике Саха (Якутия), годовые отчеты неврологов улусов и госпитальный регистр Регионального сосудистого центра (РСЦ) за 2011-2013 годы. Заболеваемость рассчитывали на 1000 взрослого населения, смертность на 100 000 всего населения.

Результаты. По всем улусам республики установлена первичная заболеваемость инсультом. До внедрения Программы в заболеваемость от инсульта составляла 2,4 на 1000 чел. в 2006 г., 2,46 в 2007 г., 2,65 в 2008 г., 2,76 в 2009 г., т.е. имела четкая тенденция к росту заболеваемости инсультом [2]. По РС (Я) первичная заболеваемость инсультом составила в 2010 г. 3,06 на 1000, а смертность – 83,0 на 100 000 населения. После открытия РСЦ и ПСО появилась возможность более детального изучения структуры инсультов. В 2011 г. наблюдался рост числа инсультов в республике, было зарегистрировано 2711 случаев инсульта против 2165 в 2010 году (прирост на 20%). Заболеваемость составила в 2011 г. 3,84 на 1000, при этом смертность незначительно увеличилась до 83,2 на 100 000 населения. При анализе показателей заболеваемости в отдельных улусах оказалось, что самые высокие показатели в Мирнинском (5,3), Нерюнгринском (4,0). Низкие показатели заболеваемости зарегистрированы в Верхоянском (0,4), Сунтарском (0,47), Горном (0,6), Вилюйском (0,8), Момском (0,89) и Аллаиховском (0,98) улусах. В 2012 г. заболеваемость снизилась с 3,84 в 2011 г. до 3,13, в основном за счет геморрагических форм. Ситуация несколько изменилась в 2013 г., заболеваемость составила – 3,43 на 1000, а смертность вернулась к прежнему уровню (83 на 100 000). Для Якутии характерны более высокие показатели заболеваемости геморрагическими формами инсульта, чем в других регионах. Так заболеваемость геморрагическим инсультом (ГИ) в 2010 г. составила 0,94 на 1000 нас., в 2011 – 1,3, в 2012 – 0,81 и в 2013 г. – 1,02. Соотношение ишемического инсульта (ИИ) к ГИ составило 2,3:1,0 в 2010 г., 2,7:1 в 2011 г., 2,5:1,0 в 2012 г. и 2,4:1,0 в 2013 г. В России

ишемические формы инсульта встречаются в 5 раз чаще, чем геморрагические [3].

Заключение. Заболеваемость инсультом в Якутии, в сравнение с предыдущим периодом (2006-2009 гг.) несколько выросла и сопоставима со средними общероссийскими показателями (3,27 на 1000 [3]). Высокие цифры заболеваемости отмечены в промышленных улусах, низкие в улусах с традиционным укладом жизни, где в основном проживают коренные жители (якуты, эвенки). Вместе с тем, смертность от инсульта остается на одном уровне и все эти годы ниже показателей по России (83 против 96 на 100 000 населения соответственно).

Список литературы:

1. Проблема инсульта в Российской Федерации. Качество жизни / Гусев Е.И. [и др.] // 2006; 2. (13): 10-14.
2. Николаева Т.Я. с соавт. Цереброваскулярные заболевания и инсульт в Республике Саха (Якутия) // Материалы Российской научно-практической конференции «Нарушения мозгового кровообращения: диагностика, профилактика, лечение». – Пятигорск, 2010; 14.
3. Клочихина О.А., Стаховская Л.В., Скворцова В.И. Эпидемиология инсульта в различных регионах Российской Федерации // Материалы X Всероссийского съезда неврологов с международным участием. Ниж. Новгород, 2012; 86.

ОПЫТ ОПТИМИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕЛЬСКИХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ НА ПРИМЕРЕ ГУСИНООЗЕРСКОЙ ЦРБ

Нихланова В.В.

Россия, Гусиноозерская ЦРБ, Республика Бурятия

Актуальность проблемы. Общая численность населения района составляет 44639 человек, в том числе в городе Гусиноозерске 23781 человек, сельское население – 20858 человек. В структуре Гусиноозерской ЦРБ имеется 49 отдельных зданий. Сельская часть ЦРБ представлена 8 врачебными амбулаториями (ВА), и 15 фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП), удаленными от ЦРБ от 10 км до 120 км. В организации стабильной работы сельских подразделений ЦРБ ключевое значение имеет работа транспортной службы, которая была организована по децентрализованному принципу. За структурным подразделением закреплен конкретный автомобиль и водитель, который выполнял разнообразные, но при этом сходные для всех подразделений плановые функции - обеспечение подразделений лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, хозяйственными материалами, доставка биоматериалов в лабораторию, движение медицинских документов, результатов исследований и т.д. Основная проблема связана с необходимостью эффективного использования времени медицинского и прочего персонала, постоянной доступностью медицинской помощью на селе, эффективной работой автомобилей.

Цель. Оптимизация расходов ресурсов ЦРБ.

Задачи:

1. Ретроспективный анализ транспортных расходов ЦРБ за 2013 год.

2. Создание централизованной модели функционирования транспортной службы по 3 направлениям в зависимости от территориальных особенностей района.
3. Формирование системы заказов на транспортные услуги подразделениями ЦРБ.
4. Оценка эффективности предложенной модели.

Материалы и методы.

Карта района и транспортная схема сельских подразделений ЦРБ (Рис.1).



Рис. 1 Карта района Гусиноозерской ЦРБ

В настоящее время автопарк ЦРБ представлен 33 автомобилями, в том числе в сельских врачебных амбулаториях и ФАП – 10, (8 ВА и 2 ФАП).

Проведен анализ расходов на содержание автотранспорта.

Общая балансовая стоимость, амортизация, износ и остаточная стоимость (Таб. 1).

Таблица 1 - Общая балансовая стоимость, амортизация, износ и остаточная стоимость

Транспортные средства	число т/с	средний % износа	Общая балансовая стоимость	Общая сумма амортизации	Общая остаточная стоимость
Сельские ВА, ФАПы	10	89,3	3 276 865,46	2 534 653,92	742 211,54
Всего по ЦРБ	33	85,3	20 361 621,50	14 514 009,73	5 847 611,77

Имеется достаточно высокий износ транспорта врачебных амбулаторий и ФАПов – 89,3 %, и выше чем в среднем по району (табл. 2).

Таблица 2 - Общее количество выездов за 2013 год

Транспортные средства	Число т/с	Кол-во выездов	План. выезда	Экстр. выезда	Внутр. выезда	Выезда в Улан-Удэ	Выезда по району
Сельские ВА, ФАП	10	6 788	1 117	1 025	4 646	0	0
Всего по ЦРБ	33	60 544	1 127	12 074	46868	317	158

Общее количество выездов сельского санитарного транспорта за 2013 год составило 11 % в структуре общих выездов. Плановых выездов в город Гусиноозерск 1117, что составляет 15 % от всех выездов этого транспорта, в среднем 111,7 раз в году (1 выезд в 3 - 4 дня). Экстренных выездов в город Гусиноозерск 1025 – 15 %. в среднем 102 раза в году. Таким образом общее количество выездов в город Гусиноозерск составляет 2142 случаев – 31,5 %. Такое большое количество выездов значительно снижает доступность медицинской помощи на селе, а также вызывает необходимость выполнения медицинскими работниками в ряде случаев немедицинских транспортных функций.

Годовой пробег этих автомобилей ежегодно увеличивается на 25 %, в 2013 году составил 41,2 % от суммарного годового пробега ЦРБ за счет территориальной отдаленности. Общая стоимость ГСМ с учетом летней и зимней нормы за 2013 год составила 42 % от всех расходов на ГСМ в ЦРБ (табл. 3).

Таблица 3 - Годовой пробег

Транспортные средства	число т/с.	Годовой пробег, км			ГСМ, руб.
		2011 г.	2012 г.	2013 г.	2013
Сельские ВА, ФАПы	10	184 404	229 085,00	284 180,00	1 601 711,52
Итого:	33	508 525	622 586,00	690 117,00	3 814 293,95

Для исключения дублирующих функций транспорта сельских подразделений территориально удобно расположенных определено 3 транспортных маршрута движения:

1. г. Гусиноозерск, с. Тохой, с. Жаргаланта, с. Харгана, г. Гусиноозерск - 92 км.
2. г. Гусиноозерск, с. Новоселенгинск, с. Убур-Дзокой, г. Гусиноозерск – 146 км.
3. г. Гусиноозерск, с. Гусиное озеро, с. Селендума, с. Ташир, г. Гусиноозерск – 296 км.

На данных маршрутах обеспечена работа 7 ВА и 1 ФАПа. Вне маршрутов оставлено 2 структурных подразделения (1 ВА, 1 ФАП), расположенных в разных направлениях и удаленных территориально. Расход топлива санитарного автотранспорта сельской амбулатории по норме составляет летом 19 литров, зимой 22,5 литра. Для снижения расхода ГСМ, приобретен легковой автомобиль ВАЗ Лада Гранта с расходом на 100 км по летней норме 7,3 литра и зимней норме 8,6 литра. По первым двум направлениям с асфальтовым покрытием работает Лада Гранта, по третьему направлению с грунтовым покрытием работает УАЗ из группы городского транспорта.

Также приобретены персональные компьютеры на все ВА и 1 ФАП, выполнено подключение к Интернету. Разработана унифицированная форма заявки структурных подразделений на доставку лекарственных средств, изделий мед. назначения, прочих расходных материалов, документов, результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики и другое. Руководитель структурного подразделения по понедельникам до 10:00 по электронной почте направляет заявки диспетчеру транспортной службы. Диспетчер сортирует заявки и сразу направляет их ответственным за комплектацию специалистам. В течении всего дня идет полная комплектация заявок. Во вторник с 8:00 до 12:00 водитель транспортной службы обслуживает 1 направление, с 13:00 до 18:00 2 направление. Параллельно второй водитель обслуживает 3 направление с 8:00 до 15:00 часов. В обратном направлении доставляется все необходимое из сельских подразделений в подразделения ЦРБ по описи (Табл. 4,5)

Таблица 4 - Расход средств при работе транспорта ВА, ФАП за 1 выезд в 2013 году

Населенные пункты	Расстояние от Гусиноозерска до населенного пункта, км.	Расстояние туда -обратно, км.	Расход ГСМ за 1 поездку, л.	стоимость ГСМ на 1 выезд руб.
Тохой	15	30	6,6	221,1
Жаргаланта	25	50	11,0	368,5
Харгана	46	92	20,2	678,04
Итого		172	37,8	1267,64
Новоселенгинск	27	54	11,9	397,98
Убур-Дзокой	73	146	32,1	1076,02
Итого		200	44,0	1474,00
Гусиное-Озеро	54	108	23,8	795,96
Селендума	68	136	29,9	1002,32
Ташир	110	220	48,4	1621,4
Итого		464	102,1	3419,68
ВСЕГО				6161,32

Таблица 5 - Расход средств транспортной службы за 1 поездку в 2014 году

Населенные пункты.	Расстояние от Гусиноозерска до населенного пункта, км	Расстояние по данному направлению, км	Расстояние в оба конца, км	Расход ГСМ за 1 поездку, л	стоимость ГСМ, руб
1 направление					
Тохой	15	15			
Жаргаланта	25	10			
Харгана	46	21			
Итого:		46	92	7,0	234,23
2 направление					
Новоселенгинск	27	27			
Убур-Дзокой	73	46			
Итого:		73	146	11,1	371,72
3 направление					
Гусиное Озеро	54	54			
Селендума	68	38			
Ташир	110	56			
Итого:		148	296	65,1	2181,52
ВСЕГО					2787,47

Результаты

1. Расходы по ГСМ за 2013 год составили 1 601 711,52 рублей – 42 % в структуре всех расходов на ГСМ в ЦРБ.
2. Создана информационная инфраструктура в ВА и ФАП с подключением к Интернету.
3. Организована работа новой модели планового обслуживания сельских ВА и ФАПов транспортной службой ЦРБ по электронным заявкам.
4. Расходы по ГСМ на плановые выезды в город Гусиноозерск в 2014 году по 1 направлению снизились в 5,4 раза, по 2 направлению в 4 раза, по 3 направлению на 30 %. Суммарное снижение расходов по трем направлениям составило 2,2 раза

Выводы:

1. Децентрализованная модель транспортного обслуживания плановых выездов сельских ВА И ФАП является высокорасходной и неэффективной.
2. Созданная новая модель обслуживания показала свою эффективность.
3. Функционирование модели позволило снизить затраты средств ОМС.
4. Увеличилась эффективность использования рабочего времени медицинского персонала.
5. При высоком среднем износе сельского автотранспорта продлевается ресурс его использования.

Список литературы.

1. Джеймс Р. Сток, Дуглас М. Ламберт перевод В.Егоров, Стратегическое управление логистикой, Издательство: Инфра-М ISBN 5-16-002007-1, 0-25-613687-4; 2005. 830 с.
2. Логистика В. В. Дыбская, Е. И. Зайцев, В. И. Сергеев, А. Н. Стерлигова, Издательство: Эксмо Серия: Полный курс MBA ISBN 978-5-699-22549-1; 2008 г. 944 с.
3. Логистика. Управление цепью поставок Доналд Уотерс, Издательство: Юнити-Дана Серия: Зарубежный учебник ISBN 5-238-00569-5, 0-333-96369-5; 2003 г. 504 с.

4. Основы экономики и управления производством. Конспект лекций. Ю.И. Ребрин.
Таганрог: Изд-во ТРТУ, 2000. 145 с.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

ОКОНЕШНИКОВА Л.Т., ТАППАХОВ А.А.

Россия, Республиканская больница №2 – Центр экстренной медицинской помощи, г. Якутск

Россия, Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова, Медицинский институт

Аннотация. Болезнь Паркинсона является одной из актуальных проблем современной неврологии. В РС(Я) среди нейродегенеративных заболеваний БП по частоте занимает третье место после СЦА 1 типа и миотонической дистрофии. Распространенность данной патологии в 2011 г. составляла 49,9 на 100 тыс. населения. Однако, в связи со сложностью дифференциальной диагностики между синдромом паркинсонизма и БП, эпидемиологические данные не соответствуют истинной картине. Для улучшения выявляемости БП, уменьшения частоты осложнений и улучшения прогноза заболевания нами предлагается внедрение четырехуровневой модели организации помощи больным БП.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, нейродегенеративные заболевания, распространенность.

Abstract. Parkinson's disease (PD) is one of the important problems of present neurology. In the Sakha Republic (Yakutia) PD were in the third place in neurodegenerative disorders after spinocerebellar ataxia type 1 and myotonic dystrophy. The prevalence of PD in Yakutia were 49,9 per 100 000 person in 2011. However due to the complexity of the differential diagnosis between the syndrome of parkinsonism and PD epidemiological data are not correct. Based on this problem we offer to introduce a model of care for patients with PD for reducing the frequency of events and improving prognosis.

Key words: Parkinson's disease, neurodegenerative disorders, prevalence.

Актуальность исследования. В связи с ростом средней продолжительности жизни населения и, соответственно, увеличением в структуре населения доли лиц пожилого и старческого возраста, нейродегенеративные заболевания в последние годы приобретают все большую актуальность, как в теоретической, так и в практической медицине. Одним из наиболее распространенных заболеваний этой группы является болезнь Паркинсона (БП), которая поражает 1% населения старше 60 лет и 4% лиц старше 80 лет. По данным ВОЗ, в мире БП страдают более четырех миллионов человек [Willis A. et al., 2010]. В России распространенность и заболеваемость БП варьируют в широких пределах и составляют 54,8 – 139,9 и 8,6 – 16,3 на 100 000 населения соответственно [Левин О.С., Докладина Л.В., 2005].

Этиология заболевания остается не до конца изученной. Считается, что БП является мультифакториальным заболеванием. «Ядро» болезни составляют двигательные симптомы в виде гипокинезии, ригидности, тремора покоя и постуральная неустойчивости. Однако мультисистемный нейродегенеративный характер заболевания обуславливает поражение различных медиаторных систем и возникновение широкого спектра не двигательных нарушений (расстройства сна, депрессия, тревожность, когнитивные и вегетативные нарушения и т.д.) [Левин О.С., Федорова Н.В., 2012].

Нерешенной проблемой остаются не только своевременная диагностика БП, но и ранняя адекватная противопаркинсоническая терапия. При отсутствии коррекции медиаторного дисбаланса в головном мозге через несколько лет прогрессирование клинических симптомов может привести к тяжелой инвалидизации пациента.

Так как болезнь чаще всего поражает лиц старшего трудоспособного возраста, то рост ожидаемой продолжительности жизни населения приведет и к росту числа больных БП, что вызовет увеличение нагрузки на систему здравоохранения и социальные службы по всему миру [De Lau et al., 2006]. Не всегда на уровне врачей первичного звена удастся провести дифференциальную диагностику между синдромом паркинсонизма и БП.

Диагностика БП является серьезной проблемой особенно на ранних стадиях заболевания, когда чувствительность диагностических критериев БП низкая, положительный эффект леводопы минимальный, а двигательные нарушения не постоянные.

Цель исследования. Изучение распространенности БП в РС(Я) для разработки модели организации медицинской помощи пациентам с данным заболеванием.

Методы исследования. В настоящей работе используется метод моделирования. Материалом исследования служили статистические данные неврологического отделения ГБУ РС(Я) «Республиканская больница №2 – Центр экстренной медицинской помощи» (далее РБ№2-ЦЭМП) с 2003 по 2013 гг., данные Республиканского персонифицированного регистра больных с БП и годовые отчеты неврологической службы РС(Я).

Результаты исследования. В период с 2003 по 2013 гг. на стационарном лечении в неврологическом отделении РБ№2-ЦЭМП находились 148 пациентов с диагнозом БП, что составило 1,3% от числа всех выбывших из отделения. За исследованные годы наблюдается рост количества госпитализаций: в 2003 г. – 6 чел., в 2013 г. – 22 чел. Удельный вес пациентов с БП от числа всех выбывших за год также увеличивается: с 0,56% в 2003 до 2,66% в 2013 г. Средняя длительность лечения пациентов с БП в исследованных годах составляла 14,8 дней (по отделению 12,1 дней); причем наблюдается снижение среднего пребывания больного в стационаре: в 2003 г. – 17,8 дней, в 2013 г. – 14,1 дней.

В веденном в 2012 г. персонифицированном республиканском регистре БП состоят 139 человек. Средний возраст пациентов равнялся $60,1 \pm 0,91$ годам (диапазон от 29 до 90 лет), причем максимальное их количество приходилось на возрастную группу от 61 до 80 лет (94 пациента, или 67,63%).

По данным ЯРМИАЦ в РС(Я) в 2009 г. абсолютное количество больных с БП составило 300 человек, из которых впервые выявленных – 40. В 2011 г. наблюдалось увеличение количества пациентов до 337 человек, а впервые

диагноз был установлен у 41. Распространенность БП среди взрослого населения с 2009 по 2011 возросла с 44,8 до 49,9 на 100 тыс. населения, а заболеваемость сохранялась на одинаковом уровне (6,0 и 6,1 на 100 тыс. населения соответственно) [Попова Т.Е. и соавт., 2013].

По частоте среди диспансерных больных с нейродегенеративными заболеваниями пациенты с БП в 2008 г. занимали третье место (56 больных, или 16,3%) после спиноцеребеллярной атаксии I типа и миотонической дистрофии. Аналогичная картина наблюдалась в 2010 г., однако количество пациентов увеличилось до 70 человек, а удельный вес составил 13%. В 2013 г. наблюдается рост числа пациентов с БП до 116 человек; в данном году удельный вес составил 23,7% от количества всех нейродегенеративных заболеваний, что связано, вероятно, с улучшением диагностики данной патологии.

Обсуждение. В связи с увеличением распространенности БП, необходимостью ранней диагностики и своевременного старта противопаркинсонической терапии считаем необходимым внедрить план-маршрутизацию данной категории пациентов. Основой модели организации медпомощи больным БП может послужить законодательная база РФ, в частности, закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации», системный подход и методология стратегического планирования.

С целью доступности и качества медицинской помощи необходимо тесное взаимоотношение между медицинскими организациями. Согласно классификации видов медицинской помощи необходимо выделить 4 этапа модели. На первом этапе должно осуществляться выявление БП врачом первичного звена (врач-терапевт, врач общей врачебной практики, врач-невролог). Успешному решению диагностических задач будет способствовать обучение персонала и повышение грамотности больных по вопросам клинических проявлений заболевания. Первичное выявление пациентов с БП может также проводиться в ходе диспансеризации. На втором этапе мы считаем необходимым внедрение кабинета врача-паркинсолога, которым проводится подтверждение диагноза,

дифференциальная диагностика с привлечением врачей других специальностей, постановка на учет, подбор и коррекция противопаркинсонической терапии. За врачом-паркинсологом закрепляется ведение единого регистра. Регистр больных с БП представляется в виде унифицированной компьютеризированной базы данных, которая включает сбор сведений о пациенте, содержит результаты проведенных тестов, шкал и опросников. Третий этап – госпитальный – преследует цель оказания экстренной медицинской помощи при острых декомпенсациях БП, либо при необходимости строгого контроля за подбором противопаркинсонической терапии. На данном этапе возможно проведение высокотехнологической нейрохирургической помощи при фармакорезистентных формах либо при наличии выраженного двигательного дефицита на поздних стадиях. Четвертый этап – диспансерное наблюдение со сроками и периодами для сбора катамнеза.

Заключение. Таким образом, в связи с увеличением средней продолжительности населения, широкое распространение БП диктует необходимость внедрения в практическую медицину четко сформулированной системы организации медицинской помощи данной категории пациентов. Внедрение плана-маршрута позволит более активно выявлять пациентов с БП, использовать стационар замещающие технологии, проводить своевременную противопаркинсоническую терапию и ее коррекцию, что, соответственно, уменьшит осложнения и улучшит прогноз больных в отношении их жизни и трудоспособности.

Список литературы:

1. Кривонос О.В. Организация медицинской помощи больным болезнью Паркинсона в современных социально-экономических условиях // Материалы III Национального конгресса по болезни Паркинсона и расстройствам движений. – М.: 2014. – С. 217-220.
2. Левин О.С., Докладина Л.В. Эпидемиология паркинсонизм и болезни Паркинсона // Неврол. журн. – 2005. - №5. – С. 41-49.
3. Попова Т.Е., Николаева Т.Я., Кузьмина З.М., Андреев Б.В. Неврологическая патология в Республике Саха (Якутия) // Сборник материалов межрегиональной конференции с международным участием «Актуальные вопросы клинической неврологии». Под ред. Т.Я. Николаевой, Э.Э. Конниковой. Якутск, 2013. – Изд.

Международный центр научно-исследовательских проектов (Киров). – С. 149-155.

4. De Lau L. L. L., Breteler M. M. B. Epidemiology of Parkinson's disease // *Lancet Neurol.* 2006. № 5. P. 525–535.
5. Geographic and ethnic variation in Parkinson disease: a population-based study of US Medicare beneficiaries / Wright Willis A., Evanoff B. A., Lian M. [et al.] // *Neuroepidemiology.* 2010. № 34. P. 143–151.

ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ ГБУ РС(Я) «ЯКУТСКОГО РЕСПУБЛИКАНСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА»

Охлопкова В.И., Карпова А.Г., Протасова Н.А., Чемезова Б.А.

Россия, Северо-Восточный федеральный университет имени М.К.
Аммосова, Медицинский институт

Аннотация. Модернизация системы здравоохранения России проводится в целях повышения эффективности ее функционирования и направлена на обеспечение качества и доступности лечебно-профилактической помощи, что будет способствовать сохранению и укреплению здоровья каждого человека, семьи и общества в целом, поддержанию активной долголетней жизни всех членов общества.

Ключевые слова: модернизация здравоохранения, качество медицинской помощи, онкология.

Abstract. Modernization of the Russian health care is carried out in order to improve its efficiency and is aimed at ensuring the quality and accessibility of medical and preventive care that will help to maintain and improve the health of each individual, the family and society in general, keeping active many years of life for all members of society.

Keywords: modernization of health, quality of care, oncology.

Целью модернизации здравоохранения является повышение доступности и качества медицинской помощи для всего населения РФ.

Целью программы является улучшение качества и обеспечение доступности медицинской помощи населению Республики Саха (Якутия). За последнее десятилетие метод программно-целевого планирования и управления вновь привлекает внимание и рассматривается как инструмент стратегического планирования в области здравоохранения.

Цель – изучить и проанализировать итоги реализации программы модернизации здравоохранения и отразить особый вклад преобразований программы, оказавших значительное влияние на совершенствование деятельности среднего медицинского персонала на примере ГБУ РС (Я) «Якутский республиканский онкологический диспансер».

Материалы и методы. Изучены литературные и нормативно-правовую документации по данному вопросу. Проведен анализ реализации и обобщить итоги программы модернизации здравоохранения на примере ГБУ РС (Я) «ЯРОД» на 2011-2012 гг. Проанализированы преобразование деятельности среднего медицинского персонала в рамках реализации Программы модернизации здравоохранения ГБУ РС (Я) «ЯРОД»; Оценены отношения сестринского персонала к внедрению изменений в практической деятельности на основе социологического опроса среди среднего сестринского персонала ГБУ РС (Я) «ЯРОД». В анкетировании участвовали 20 медицинских сестер

Результаты и обсуждение. В последнее время значительно обновлена законодательная база в сфере здравоохранения, реализованы программы модернизации здравоохранения в субъектах Российской Федерации. В связи с этим, Министерством здравоохранения РС (Я) разработана Программа модернизации здравоохранения РС (Я), утвержденная Указом Президента Республики Саха (Якутия) от 28 марта 2011 года № 556 «Об утверждении Программы модернизации здравоохранения Республики Саха (Якутия) на 2011-2012 годы». 4 апреля 2011 года подписано: Соглашение между Правительством РС (Я), Министерством здравоохранения и социального развития РФ и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования о финансовом обеспечении Программы модернизации» здравоохранения РС (Я) на 2011-2012 годы.

Обновление системы здравоохранения РС (Я), прежде всего, направлено на реализацию трех основных направлений: 1) модернизация материально-технической базы лечебных учреждений; 2) внедрение в здравоохранение современных информационных систем; 3) внедрение стандартов медицинской помощи и повышение доступности оказания медицинской помощи в амбулаторном звене. Эти направления являются основой задач программы модернизации здравоохранения.

На решение этих задач на 2011-2012 годы предусмотрено 8,195 млрд. рублей, в том числе средств ФФОМС – 4 701 127 тыс. рублей, консолидированного бюджета Республики Саха (Якутия) -2 676 715,6 тыс. рублей, ТФОМС – 817 828,4 тыс. рублей.

Целевой показатель реализации программы – это улучшение демографической ситуации, обеспечение качества и доступности медицинской помощи. Источниками поступления средств являются бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования и республиканский бюджет.

Проведение капитальных ремонтов и оснащение оборудованием в рамках реализации мероприятий программы позволили организовать трехуровневую систему оказания медицинской помощи.

Открыты межрайонные первичные сосудистые, родильные, травматологические отделения, отделения восстановительного лечения для взрослых и детей; созданы и работают передвижные диагностические и лечебные – в том числе хирургические – бригады для оказания практической помощи детскому и взрослому населению республики.

Обновление оборудования, то в первую очередь оснастили службы, оказывающие помощь больным по профилям «кардиология», «неврология», «травматология-ортопедия», «онкология», «неонатология», «акушерство-гинекология» и «офтальмология». Предусмотрено приобретение более 3 тысяч единиц медицинского оборудования, 187 – санитарного автотранспорта, 311 – оборудования ГЛОНАСС.

Как для республиканских, так и для городских и сельских больниц закуплено: 7 компьютерных томографов; более 100 аппаратов ультразвуковой диагностики, около трети которых – экспертного и высокого класса; система дистанционной ударно-волновой литотрипсии с рентгеновским и ультразвуковым наведением; телеуправляемые рентгеновские установки; 35 цифровых флюорографов; около 100 единиц эндоскопического оборудования; более 350 – реанимационного оборудования; цифровые маммографы.

Таким образом, основательно обновили парк санитарного транспорта, оснастили все улусные больницы, большинство республиканских и городских лечебных учреждений. В 2012 году также инициировали участие в федеральном проекте по развитию санитарной авиации. Это один из важнейших вопросов обеспечения доступности медицинской помощи в условиях Крайнего Севера.

Кроме того, формируются электронные медицинские карты. Удобство такого нововведения для пациента очевидно. За два года модернизации в 64 учреждения здравоохранения республики поставлено более 2 тысяч единиц компьютерной, серверной и периферийной техники.

Отметим и успешное развитие еще одного важного направления информатизации – создание и развитие телемедицинской сети.

Благодаря средствам, предусмотренным Программой модернизации, постепенно улучшается ситуация с заработной платой медицинских работников. За счет федеральной доплаты повысилась заработная плата врачей узких специальностей.

В 2012 году были осуществлены выезды комплексных врачебных бригад во все районы, включая наиболее отдаленные, а также работы мобильных центров здоровья в районах республики. На сегодняшний день мобильными центрами осмотрено более 10 тысяч пациентов.

Для решения кадрового дефицита Правительством республики ведется целенаправленная работа по привлечению и закреплению специалистов.

Таким образом, мероприятия программы модернизации здравоохранения РС (Я) направлены, в первую очередь, на решение приоритетной задачи: снижение общей смертности от основных причин, а именно от заболеваний системы кровообращения, от внешних причин и от онкологических заболеваний.

В РС (Я) специализированную онкологическую помощь населению оказывает ГБУ «Якутский республиканский онкологический диспансер» на 135 коек (из них 15 койки дневного пребывания).

Контингент больных со злокачественными новообразованиями, состоявших на учете в республиканском онкологическом диспансере, на 01.01.2010г. составил 8771 т.е. 0,9% от общего населения республики (по РФ – 1,7%). Показатель распространенности (болезненность) злокачественных новообразований в 2009 году достиг 922,7 на 100 000 населения, что выше уровня 1999г. на 54,1%. Рост данного показателя обусловлен как ростом заболеваемости, так и увеличением выживаемости онкологических больных. На учете состоит более 10 000 человек. Такие неутешительные цифры связаны с крайне неудовлетворительным состоянием материально-технической базы онкологического диспансера и отделения радиологии, с острой нехваткой коечного фонда, а также с отсутствием онкологов в улусах (районах) республики. Малое количество квот на высокотехнологическую помощь и растянутые сроки предоставления не могут решить проблемы.

Число работающих в ГБУ РС (Я) «ЯРОД» на конец 2012 года – 178
Укомплектованность врачей по штатному расписанию – 83,0%, среднего медицинского персонала - 100%, младшего медицинского персонала – 97,0%.

За 2012 год прошли обучение 40 сотрудников, из них 17 врачей и 23 средних медработника. Аттестовано 6 специалистов: из них 2 врачей, 4 – средних медицинских персонала. На базе ГБУ «ЯРОД» из других МО обучено 23 врача.

На решение цели и задач программы модернизации здравоохранения на 2011-2012 годы в ГБУ РС (Я) «ЯРОД» предусмотрено 582,0 млн. рублей. Из

них: на укрепление материально-технической базы ГБУ «ЯРОД», 396,0 млн. рублей, в том числе годам: 2011-163,3 млн.рублей, 2012-232,7 млн. рублей. На внедрение современных информационных систем в здравоохранение, 7,5 млн. рублей, в том числе по годам: 2011-5,8 млн.рублей, 2012-1,7 млн. рублей. По внедрению стандартов медицинской помощи- 178 508 млн.рублей.

По программе модернизации ГБУ РС (Я) «ЯРОД» получил медицинское оборудование на сумму 28 млн. 911 руб. Такие как эндовиде-оскопический комплекс для выполнения абдоминальных, торакальных и гинекологических операций, аппараты наркозно-дыхательной системы с различными режимами искусственной вентиляции легких, мониторы хирургические с блоком капнографии с измерением АД ЭКГ, оксиметрии и т.д. Все поставленные оборудования введены в эксплуатацию и функционируют.

Применение информационных технологий позволили:

- осуществить контроль качества, повышения результативности работы всей структуры (амбулаторно-поликлиническая часть, стационар) ГБУ РС (Я) «ЯРОД»;
- способствовать оптимальных управленческих решений;
- формировать единое информационное пространство диспансера.

Итак, в целях обеспечения доступности медицинской помощи предусмотрены следующие мероприятия по обеспечению потребности в медицинском персонале с учетом объемов медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РС (Я) бесплатной медицинской помощи:

- профессиональная подготовка и повышение квалификации медицинских работников;
- повышение уровня заработной платы врачей и среднего медицинского персонала;

- информация о мероприятиях по установлению дополнительных государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи неработающим пенсионерам.

Реализация данных мероприятий привело к уменьшению:

- длительности ожидания получения пациентами медицинских услуг на исследование от 1,5 месяцев на КТ до 2-3 дней, на ультразвуковое исследование от 7-10 до 1-3 дней.
- сроков ожидания плановой госпитализации в радиологическом отделении от 30 дней до 10-15 дней.

Показатели доступности медицинской онкологической помощи населению и эффективности использования ресурсов здравоохранения: оборот койки по «ЯРОД» повысилась с 22,7 до 23,8. Наибольший оборот койки отмечается в химиотерапевтическом отделении – 56,8. Низкий оборот в радиологическом отделении, связан с длительным сроком дистанционной гамматерапии (30-60 дней в зависимости от локализации). Наибольший простой койки наблюдается в радиологическом (в связи с ремонтом) и гинекологическом отделениях.

Среднемесячная номинальная заработная плата медицинских работников составила: врачи специалисты с медицинским высшим образованием до начала реализации программы модернизации здравоохранения 2010 г. -14 328,99 руб., в конце реализации программы 2012 г. – 17 567,84 руб. Специалисты со средним медицинским образованием – 2010 г. – 7,459,20 руб., то в конце 2012 г. –9,678,30 руб.

Повышение доступности амбулаторной медицинской помощи: увеличилось абсолютное количество пациентов. Уровень увеличения пациентов связан также и с переходом на принцип подушевого финансирования. В связи с реализацией ПМЗ ГБУ РС (Я) «ЯРОД» повысились качество и эффективность оказания сестринской медицинской помощи, путем осуществления стандартизированных технологий сестринского ухода, профилактики, диагностики и лечения, также внедрения организационных сестринских

технологий, ведения сестринской документации с помощью современных информационных технологий.

Укрепления материально-технической базы учреждения в частности, проведение капитального ремонта и грамотная перепланировка имеющихся площадей значительно расширили общую площадь объекта.

Оснащенность кабинетов современным высокотехнологичным оборудованием, позволило применять передовые медицинские технологии. Приобретение современного оборудования также облегчила работу врачей и среднего медицинского персонала.

Приобретение одноразовых расходных материалов, избавило от изготовления ватно-марлевого материала, стирки, обеззараживания и его стерилизации.

Внедрение стандартов по введению больных отражает новый профессиональный подход к лечению и уходу за больными. Также позволили повысить уровень и улучшить качество оказания сестринской медицинской помощи. Например, грамотное составление стандартов по лечению и введению больных, подбор эффективных препаратов отразились на количестве сестринских манипуляций.

При переходе внедрения информационных технологий выяснилось, что 70% кадров среднего медицинского персонала не владеют в совершенстве даже с простыми программами ПК. За 2010-2011гг. в процессе перехода на электронный документооборот, был 100% обучен весь медицинский персонал по программам ПК. Во всех сестринских кабинетах и в регистратуре имеются компьютеры, На рабочих столах компьютеров созданы папки с утвержденными стандартами и основными нормативными документами и осуществляется электронный документооборот в учреждении.

Таким образом, реализация ПМЗ ГБУ РС (Я) «ЯРОД» позволили значительно преобразить, повысить уровень, доступность и качество оказания сестринской медицинской помощи, осуществить контроль качества, повышения результативности работы всей структуры данного учреждения.

С целью оценки социальной эффективности преобразований здравоохранения в рамках программы модернизации здравоохранения, также изучения отношения сестринского персонала к внедрению изменений в практической деятельности нами был проведен социологический опрос среди среднего сестринского персонала ГБУ РС (Я) «ЯРОД». В анкетировании участвовали 20 медицинских сестер. Участвующие в исследовании сотрудники имеют следующие социально-демографические характеристики: большинство опрошенных респондентов (85%) находятся в возрасте до 55 лет. В среднем стаж сотрудников составляет от 11-20 лет. По-мнению 85% опрошенных медицинских сестер, положение дел в здравоохранении республики улучшился. Нужно отметить, что 100% среднего медицинского персонала, участвовавших в анкетировании, считают, что хорошо информированы о целях и задачах ПМЗ.

Также все опрошенные (100%) знают, что в их медицинской организации введены изменения. По мнению большинства респондентов 75%, для улучшения качества работы медицинских сестер нужно внедрять инновации.

В качестве основной цели реализации ПМЗ респонденты назвали повышение доступности и улучшение качества оказания медицинской помощи, 72% улучшение материально-технической базы ЯРОД и 75% опрошенных назвали повышение заработной платы. В целом, весь персонал (100%) положительно относятся ПМЗ и считают, что программа является новым направлением, нацеленным на радикальное улучшение ситуации в отечественном здравоохранении.

Заключение. Исходя из вышеизложенного исследования, можно сделать следующие выводы:

1. В ГБУ РС (Я) «ЯРОД» при реализации Программы модернизации здравоохранения проведено укрепление материально-технической базы диспансера, приобретено дорогостоящее оборудование, внедрены современные информационные технологии.

2. Внедрены всего 41 стандарт, которые включают в себя 10 нозологических форм. Внедрены способы оплаты медицинской помощи – законченный случай лечения. Производятся стимулирующие выплаты специалистам с высшим и средним медицинским образованием, участвующим в реализации данных мероприятий.
3. Реализация Программы модернизации здравоохранения в ГБУ РС (Я) «ЯРОД» позволила значительно преобразить, повысить уровень, доступность качество и эффективность оказания сестринской медицинской помощи, и осуществить контроль качества, повышения результативности работы всей структуры ГБУ ЯРОД.
4. Большинство опрошенного среднего медицинского персонала признает и считает, что программа модернизации здравоохранения стала принципиально новой программой, направленной на радикальное улучшение ситуации в нашей республике. Важным условием, для принятия изменений, по мнению респондентов, является введение тех изменений, которые существенно облегчают работу среднего медицинского персонала.

Список литературы:

1. «Бюджетный кодекс Российской Федерации» от 31.07.1998 N 145-ФЗ (ред. от 03.12.2011) // Собрание законодательства РФ. 1998. № 31. Ст. 3823.
2. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ // Собрание законодательства Р. 2011. № 48. Ст. 6724.
3. О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений: Федеральный закон от 08.05.2010 N 83-ФЗ (ред. от 30.11.2011, с изм. от 06.12.2011) // Собрание законодательства РФ. 2010. № 19. Ст. 2291; 2011. № 49 (ч. 1). Ст. 7039.
4. Аксель Е.М., Поддубная И.В. Экономические аспекты амбулаторно-поликлинической помощи онкологическим больным в Якутии// Проблемы управления здравоохранения, Москва, №4, 2006г., -С.82-87.
5. Анализ состояния онкогинекологической помощи в РС(Я) // Якутский медицинский журнал. -Якутск, 2003. -№3.

ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ПОТЕРИ ПРИ НОВЫХ КРИТЕРИЯХ РОЖДЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

ПАВЛОВА Т.Ю.^{1, 2}, ДУГЛАС Н.И.¹, РАДЬ Я.Г.¹

¹Россия, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

²Россия, ЯКУТСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР СИБИРСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ РАМН

Аннотация. С 2012 года в России введены новые критерии рождения - масса тела плода 500г. и срок беременности 22 недели. Эта реформа сопровождается повышением частоты преждевременных родов и перинатальной смертности. В связи с этим в регионах разработаны листы маршрутизации беременных в целях эффективного использования ресурсов учреждений родовспоможения.

Ключевые слова: преждевременные роды, новые критерии рождения, перинатальная смертность, родоразрешение.

Abstract. Since 2012, Russia's new criteria of birth - weight 500g fetus and gestational age of 22 weeks. This reform is accompanied by an increase in preterm birth and perinatal mortality. In this regard, the region has developed lists of routing pregnant in order to effectively use the resources of the obstetric care

Keywords: preterm birth, new criteria of birth, perinatal mortality, assisted delivery.

В 2012 г. в России произошла «перинатальная революция»: согласно Приказу Минздравсоцразвития России №1687н от 27 декабря 2011 г. «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке ее выдачи» (зарегистрирован в Минюсте РФ 15 марта 2012 г. №23490) [2], впервые в истории отечественной перинатологии и демографии критерием рождения установлен срок беременности 22 недели и более; масса тела при рождении 500 граммов и более (или менее

500 граммов при многоплодных родах); одлина тела ребенка при рождении 25 см и более (в случае, если масса тела ребенка при рождении неизвестна).

С 1 января 2012 г. в связи с переходом на новые критерии рождения в Республике Саха Якутия произошло повышение частоты преждевременных родов в 1,8 раза (2011 г. -3,3%, 2012 г. - 6,1%). В связи с этим в 2012 г. показатель перинатальной смертности повысился на 54,7% (2011 г. -8,4 %, 2012 г. -13,0 %). Увеличение частоты преждевременных родов за последние годы связано, в основном с акушерским вмешательством. Имеются ввиду преждевременные родоразрешения по медицинским показаниям [1]. Исход преждевременных родов зависит от правильности решения двух важных организационных задач: во-первых, роды должны происходить в стационаре соответствующего уровня (наличие современной аппаратуры для интенсивной терапии новорождённых и квалифицированного персонала), во-вторых, необходимо выполнить профилактику респираторного дистресс-синдрома. Исключительно с этой целью и используется токолитическая терапия.

Цель исследования: изучить причины и исходы преждевременных родов у женщин, с преждевременными родами в сроке гестации 22-27 недель, на базе Перинатального центра ГБУ РС(Я) «РБ№1 НЦМ» за 2012-2013 гг.

Материал и методы исследования. Сопоставление официальных статистических данных форм ФСН №13, №32 за 2012-2013 гг. и ретроспективный анализ 48 историй родов женщин с очень ранними преждевременными родами, родоразрешенными в Перинатальном центре ГБУ РС «РБ №1 НЦМ» за 2012-2013 гг.

Результаты и выводы. В 2012 г. в родильных отделениях 1 уровня были родоразрешены 20% женщин с преждевременными родами (в сроке 22-37 недель), в учреждениях родовспоможения 2 уровня – 51,5%, на 3 уровне – 28,5%. В результате маршрутизации беременных с учетом срока гестации в 2013 году удельный вес преждевременных родов в перинатальном центре (на 3-м уровне) увеличился на 38%, уменьшился в учреждениях родовспоможения 2 уровня до 46% и 1 уровня до 16%.

Проведен ретроспективный анализ 48 историй родов женщин с преждевременными родами в сроке гестации 22-27 недель, родоразрешенных в Перинатальном центре за 2012-2013 гг., из них 26 женщин родоразрешены в 2012 г., в 2013 г. – 22 женщины. В 2012 г. преобладали городские жительницы (54%), а в 2013 г. жительницы сельской местности (54,5%). Значительная часть сверххранних преждевременных родов приходится на возрастную категорию 19-28 лет (2012 году-42,3%, 2013 году-41%), старше 35 лет (2012 году-30,7%, 2013 году - 27,2%) и 29-34 лет (2012 году-23%, 2013 году- 27,2%). Удельный вес курящих женщин составил в 2012 году 46,2%, в 2013 году 54,5%. Большое значение на развитие очень ранних преждевременных родов имеют репродуктивные потери в анамнезе в том числе: медицинский аборт 39,4%, самопроизвольный выкидыш 36,4%, внематочная беременность 2,6%, неразвивающаяся беременность 3,03%, антенатальная гибель плода 6,8%. Экстрагенитальные заболевания в группе обследованных женщин выявлены во всех случаях, при этом у большинства имелось несколько нозологических единиц: заболевания мочевыводящих путей 31,5%, болезни сердечно-сосудистой системы 15%, болезни дыхательного тракта 4,5%, болезни ЖКТ 15%, эндокринные заболевания 13,5%, анемия 15%. Инфекции передающиеся половым путем выявлены почти у каждой женщины: микоплазменная инфекция у 17,5%, цитомегаловирусная инфекция у 17,5%, уреаплазменная инфекция у 15%, ВПГ у 10%, хламидийная инфекция у 7,5%, трихоманадная инфекция у 12,5%.

Значительная часть женщин с очень ранними преждевременными родами, родоразрешены путем операции кесарево сечение (2012 г. – 92,3%, 2013 г. – 95,46%), причем отмечается рост экстренного оперативного родоразрешения (2012 г. – 69,2%, 2013 г. – 77,3%).

Показаниями к экстренному родоразрешению послужили преэклампсия (2012 г.-38,2%, 2013 г.-36,7%), отслойка нормально расположенной плаценты (2012 г.-14,7%, 2013 г.-26,7%), преждевременное излитие околоплодных вод (2012 г.-11,8%, 2013 г.-23,3%), угрожающая асфиксия плода на фоне фетоплацентарной недостаточности (2012 г.-11,8%, 2013 г.-10%), тяжелые экстрагенитальные заболевания (2012 г.-8,9%, 2013 г.-3,3%).

При подготовке к преждевременному родоразрешению увеличилось количество проведения профилактики синдрома дыхательных расстройств (СДР) плода с 61,2% в 2012 г. до 82% в 2013 г.

Родилось живыми в сроке гестации 22-27 недель в 2012 г. 26 детей, в 2013 г. 22 детей. При анализе, перинатальных исходов очень ранних преждевременных родов, в зависимости от гестационного возраста: в сроке 22-24 недель в 2012 г. родилось 8 детей, в сроке 25-26 недель в 2012 г. - 8 детей, в 2013 г.- 5 детей, в сроке 27 недель в 2012 г. родилось 10 детей, в 2013 г.-17 детей. В раннем неонатальном периоде умерло всего в 2012 г. 11 детей, 2013 г. – 10 детей.

Средний гестационный срок родоразрешения в группе выживших детей составил 27 недель, что достоверно больше, чем в группе умерших детей, где средний срок родоразрешения составил 22-24 недели. Также следует рассматривать 4 фактора в дополнении к гестационному возрасту при определении вероятности благоприятного исхода для жизни детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ): женский пол, проведенная профилактика СДР плода кортикостероидами, одноплодная беременность и вес при рождении.

Таким образом, в результате организации маршрутизации беременных с преждевременными родами и высокой группы перинатального риска увеличился удельный вес родов в сроке 22-27 недель в перинатальном центре (2012 г.- 16,9%, 2013 г.- 26,5%, 6 месяцев 2014г.- 43,3%), а показатель перинатальной смертности в целом по республике снизился (2012 г.- 13‰, 2013 г.- 10,8‰, 6 месяцев 2014г.- 9,4‰). На основании приведенных данных можно сделать вывод, что увеличение удельного веса преждевременных родов в перинатальном центре сопровождается снижением показателя перинатальной смертности в республике. Основными причинами очень ранних преждевременных родов в перинатальном центре были преэклампсия и отслойка нормально расположенной плаценты. Необходимо проведение дальнейших исследований для выявления материнских и плодовых причин, приводящих к преждевременным родам.

Список литературы:

1. Абрамян Р.А., Григорян В.Ф. Анализ структуры преждевременных родов и связанных с ними перинатальных потерь (2006-2010гг.)//Неонатология. - Т.1 - №1 - 2011. – С.26-29.
2. О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке ее выдачи: Приказ Минздравсоцразвития России №1687н от 27 декабря 2011 г. (зарегистрирован в Минюсте РФ 15 марта 2012 г. №23490).

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧАСТКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ НА ПРИМЕРЕ ГБУ РС(Я) ПОЛИКЛИНИКИ №1

ПАВЛОВА С.Е., КАРПОВА А.Г., ПРОТАСОВА Н.А.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. Современное состояние сестринского дела является одним из показателей, определяющих качество оказания медицинской помощи, которое непосредственно зависит от степени развития сестринского дела, уровня профессиональной компетентности сестринского персонала, мотивации к труду, корпоративной принадлежности, умения планировать и прогнозировать свою деятельность и нести ответственность за принимаемые решения.

Ключевые слова: медицинская сестра, сестринская помощь, поликлиника.

Abstract. The current state of nursing is one of the parameters that determine the quality of medical care, which directly depends on the development of nursing, the professional competence of the nursing staff, the motivation to work, corporate identity, the ability to plan and predict their activities and take responsibility for their decisions.

Keywords: nurse, nursing care, clinic.

В настоящее время в отрасли здравоохранения трудится около 1,5 млн. медицинских сестер, фельдшеров, акушерок. Все они объединены в большую профессиональную группу – сестринский персонал.

Цель. Изучить организацию и качество деятельности участковой медицинской сестры терапевтического профиля.

Материалы и методы. Проведен анализ деятельности ГБУ «Поликлиника №1»; Выявлены особенности организации деятельности участковой медицинской сестры терапевтического профиля ГБУ «Поликлиника №1»; Проанализированы мнение участковых медицинских сестер и населения об организации и качестве сестринской помощи в городских поликлиниках; Изучены факторы, влияющие на качество труда участковых медицинских сестер. Для проведения хронометража рабочего времени медицинских сестер использована методика, разработанная Р.С.Гаджиевым (1983г.), с дополнениями и изменениями в соответствии с целью и задачами исследования. Проведен сравнительный хронометраж рабочего времени 7 участковых медицинских сестер терапевтического профиля в течение одной рабочей недели, всего прохронометрировано 7 рабочих дней, заполнено и обработано 7 хронокарт и проведено анкетирование.

Результаты и обсуждение. Анализ литературных данных показал, что внедрение системы контроля качества сестринской помощи позволяет объективно оценивать качество труда медицинской сестры, а также обеспечивать преемственность в оказании помощи на всех уровнях и повысить качество профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

Поликлиника оказывает лечебно - профилактическую и диагностическую помощь прикрепленному населению численностью - 76066 человек, из них дети составляют 17783 чел. – 23,4 %, подростки 3317 чел – 4,4 %, взрослые 54966чел. – 72,3 %. Среди взрослого населения 23875 мужчин – 43,4 %, 31091 женщина – 56,5 %. Работающее население 40766 человек или 76,2 % взрослого населения.

Плановая мощность 600 посещений в смену. Структура ГБУ РС(Я) «Поликлиника№1»: 2 терапевтических отделения; 2 педиатрических отделения; женская консультация; отделение специалистов; физиотерапевтическое отделение; отделение профилактики; хозрасчетное отделение медосмотров; диагностический центр (КДЛ, ОФД, ОЛД); дневной стационар на 23 койки; городские детские травматологический и хирургический кабинеты.

II терапевтическое отделение состоит из 9 кабинетов, расположенных разреженно: кабинеты для приема терапевтических больных – 5, кабинет для приема кардиологического профиля – 1, процедурный кабинет – 1, кабинет забора крови на биологические анализы – 1.

В течение 3 лет укомплектованность участковыми врачами и медицинскими сестрами - 100%, сертификация работников участковой службы 100%, показатель квалификационной категории врачей повысился с 28% до 31%, а медицинских сестер повысился с 70% до 85%.

Среднее количество населения на 1 терапевтическом участке за анализируемый период увеличилось от 1705 до 1835 человек.

В отчетном году на 6% увеличилось количество посещений прикрепленного населения к участковым врачам. Удельный вес профилактических посещений населения к врачам от всего количества посещений составляет 18,5%, что на уровне 2011 г. На 1,6% снизился объем медицинской помощи лицам 60 лет и старше, что объясняется уменьшением количества лиц пожилого возраста в 2012 г. Отмечается незначительное уменьшение количества вызовов на дому, активности вызовов. Количество патронажей к детям до 1 года уменьшилось в связи с уменьшением показателя рождаемости детей.

По годам отмечается уменьшение показателей первичной заболеваемости сахарным диабетом, ИБС, артериальной гипертонией, ЦВЗ. Также отмечается значительное снижение первичной заболеваемости острым инфарктом миокарда, нет случая повторного инфаркта миокарда. За отчетный год значительно повысился показатель заболеваемости туберкулезом и злокачественными новообразованиями. Но данные показатели ниже целевых республиканских показателей. Среди показателей общей заболеваемости взрослого населения на 1 месте – болезни системы кровообращения, на 2 месте - болезни органов дыхания, на 3 месте – болезни мочеполовой системы. Среди социально – значимых болезней отмечается на 10% рост показателя общей заболеваемости болезнями, характеризующихся повышенным АД, а показатель общей заболеваемости сахарным диабетом и болезнями костно – мышечной

системы снизился. Показатели первичной заболеваемости взрослого населения инфекционными болезнями, новообразованиями, болезнями эндокринной системы, в том числе сахарным диабетом, болезнями системы кровообращения, мочеполовой системы снизились, увеличились показатели первичной заболеваемости болезнями органов дыхания и травмами и отравлениями. Уменьшение показателей заболеваемости можно объяснить увеличением количества профилактических медицинских осмотров на предприятиях, где работающие граждане осматриваются по ПНП «Здоровье», состоят на диспансерном учете и получают лечебно – оздоровительные мероприятия по месту жительства.

Демографические показатели имеют устойчивую положительную тенденцию, показатель естественного прироста населения превышает республиканский и федеральный показатели. Значительно снизился показатель младенческой смертности с 5,2 до 2,9, также снизился показатель общей смертности с 7,5 до 6,9.

Среди среднего медперсонала до 50 лет работают 151 человек или 75,5% работающих человек среднего медперсонала.

Основными задачами участковой медсестры являются выполнение лечебных и диагностических назначений врача в поликлинике и на дому, проведение профилактических и санитарно-просветительских мероприятий среди населения участка. В работе медицинской сестры выделяются следующие отдельные виды деятельности: организационный, лечебно-диагностический, профилактический, обеспечение инфекционной безопасности и повышение квалификации. В лечебно-диагностическом виде деятельности участковая медицинская сестра поликлиники №1 подготавливает перед амбулаторным приемом участкового врача-терапевта рабочие места, при этом контролирует наличие необходимого медицинского инвентаря, оборудования, документации, проверяя исправность аппаратуры и оргтехники. По указанию врача помогает пациентам, во время амбулаторного приема подготовиться к осмотру, измеряет давление, проводит термометрию и другие медицинские манипуляции. Объясняет пациентам способы и порядок подготовки к

лабораторным, инструментальным и аппаратным исследованиям. Изучает по заданию врача быт и условия труда диспансерных пациентов, вести их учет, приглашает на прием к врачу. Подготавливает предварительные материалы для составления отчета по диспансеризации населения участка.

Также одним из основных видов деятельности медсестры является стационар на дому. В стационаре на дому, в отличие от обычного патронажа, медсестра осуществляет и координирует более интенсивную помощь, внутривенные капельные вливания и другие инъекции, забор биоматериала на исследования, снятие ЭКГ и др. Стационар на дому организуют для тяжелых больных, не госпитализированных по социальным причинам (обычно из-за отказа самого пациента или его родственников), либо для пациентов, чье состояние позволяет обеспечить адекватное лечение на дому. В случае организации стационара на дому поликлиника предоставляет больному лекарственные препараты. Следующей функцией участковой медсестры поликлиники является активный патронаж на дому. В задачу медицинской сестры при патронаже входит наблюдение за динамикой состояния больного, соблюдением им диеты и режима, правильностью приема лекарств. Качественный патронаж – это лучшее свидетельство хорошей работы в команде врача и медицинской сестры: пациент находится под пристальным наблюдением медицинской сестры, получая своевременное лечение со стороны врача.

Работа участковых медицинских сестер имеет определенные особенности: расширенные возможности для самостоятельной работы с пациентами, индивидуально-творческий подход к решению проблем пациентов, повышенная ответственность за качество оказываемых сестринских услуг. Организация деятельности соответствует новым условиям оказания амбулаторно-поликлинической медицинской помощи населению.

В основном большое количество пациентов удовлетворены профессиональной подготовкой, выполнением врачебных назначений, внешним видом медицинских сестер, уровнем культуры, личностными характеристиками медсестер, психологией общения с пациентами.

Для проведения хронометража рабочего времени медицинских сестер использована методика, разработанная Р.С.Гаджиевым (1983г.), с дополнениями и изменениями в соответствии с целью и задачами исследования. Проведен сравнительный хронометраж рабочего времени 7 участковых медицинских сестер терапевтического профиля в течение одной рабочей недели, всего прохронометрировано 7 рабочих дней, заполнено и обработано 7 хронокарт. Выполнению основных обязанностей медицинские сестры терапевтического профиля уделяют в среднем 242,9 мин рабочего времени. Недостаточно времени затрачивается на профилактическую работу. Велики затраты на работу с медицинской документацией.

Нами также изучены факторы, влияющие на качество сестринской помощи, по результатам социологического опроса (18 медицинских сестер): рациональное распределение рабочего времени, организация рабочего места, личностные и профессиональные качества медицинских сестер, уровень внедрения новых форм работы сестринского персонала, материальное стимулирование труда, техническое оснащение поликлиник, система контроля качества труда медицинских сестер, внедрение стандартов практической деятельности медицинских сестер и др. Всего проанализировано 44 анкет, в том числе полученных от 18 участковых медицинских сестер и 26 анкет от населения по вопросам качества оказания сестринской помощи в условиях терапевтического отделения ГБУ РС(Я) «Поликлиника №1».

Изучение мнения участковых медицинских сестер по вопросам организации труда среднего медперсонала показало, что основными факторами, которые влияют на качество сестринской помощи в поликлинике, считают систему материального стимулирования, систему повышения квалификации, оснащение рабочего места информационным обеспечением, внедрение новых медицинских технологий (стандартов) практической деятельности, организацию и условия труда.

Проанализировано 26 анкет от населения по вопросам качества оказания сестринской помощи в условиях терапевтического отделения ГБУ РС(Я)

«Поликлиника №1». Изучение мнения населения показало, что в основном большое количество респондентов удовлетворены профессиональной подготовкой, выполнением врачебных назначений, внешним видом медицинских сестер, уровнем культуры, личностными характеристиками медсестер, психологией общения с пациентами.

Заключение. Основные цели любой системы здравоохранения - оказание населению доступной, качественной медицинской помощи, улучшение состояния здоровья общества в целом и каждого гражданина в отдельности. ГБУ РС(Я) «Поликлиника №1» является крупным специализированным лечебно-профилактическим учреждением, предназначенным оказывать медицинскую помощь и осуществлять комплекс профилактических мероприятий по оздоровлению населения и предупреждению заболеваний.

Таким образом, основными факторами, которые влияют на качество сестринской помощи в поликлинике, медсестры считают систему материального стимулирования, систему повышения квалификации, оснащение рабочего места информационным обеспечением, внедрение новых медицинских технологий (стандартов) практической деятельности, организацию и условия труда. По результатам хронометража рабочего времени медицинских сестер к выполнению основных обязанностей медицинские сестры терапевтического профиля уделяют в среднем 242,9 мин рабочего времени. Недостаточно времени затрачивается на профилактическую работу. Велики затраты на работу с медицинской документацией.

Список литературы:

1. Бибанов С.А. Пути оптимизации медицинской помощи населению // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истор. медиц. 2009. - № 3. -С. 30-32.
2. Волков С.В., Андреев М.К. Комплексный подход к оценке результатов деятельности персонала учреждений здравоохранения // Актуальные проблемы демографической политики и состояние здоровья населения Российской Федерации. Материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Астрахань, 2009. – С. 31-32.

3. Гаврилкина О.М. Оценка экономической эффективности сестринских инноваций // Экономика здравоохранения. – 2008. - №3. – С. 36-37.
4. Галимова Н.С., Разаханов Т.С. Состояние и тенденции развития здравоохранения в современных условиях//Математические методы в управлении организационно-экономическими системами: регион. науч.-практ. конф., 6-7 апр. 2012 г. – Махачкала: ДГТУ, 2010. – С. 94-99.
5. Гусева С.Л. Модель реформирования первичной медицинской помощи //Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. - № 5 – С. 6-10.
6. Гусева С.Л., Логинова Р.Д., Савельев В.В. Система управления качеством в первичном звене здравоохранения // Известия Самарского научного центра РАН. – 2010. - № 1(6) - С. 1538-1541.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА СВФУ В ОБЕСПЕЧЕНИИ КАДРОВЫМ ПОТЕНЦИАЛОМ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РС (Я)

ПЕТРОВА П.Г., АПРОСИМОВ Л.А., БОРИСОВА Н.В.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

В медицинском институте Северо-Восточного федерального университета имени М.К. Аммосова (СВФУ) осуществляется целенаправленная деятельность по формированию образовательного континуума

В настоящее время медицинский институт подошел к качественным изменениям своей деятельности с позиции инновационных подходов развития, что позволяет обеспечить оптимальное и устойчивое формирование образовательного пространства. Продвижение непрерывного профессионального образования является приоритетной задачей на период до 2020 года, что отражено в Программе стратегического развития медицинского института.

Решение проблем высшего медицинского образования осуществляется в университете путем внедрения стратегического управления, глубокой интеграции образовательной, научно-инновационной, медицинской и международной деятельности, разработки и внедрения механизмов, повышающих реальную конкурентоспособность СВФУ в подготовке медицинских кадров.

Одним из значимых результатов реализации Программы стратегического развития нашего университета является создание нового кластера - Клиники медицинского института, основывающейся на внедрении

персонализированной медицины, ориентированной на конкретного больного.

Проведение фундаментальных, прикладных и клинических исследований в 7 уникальных лабораториях Клиники по изучению этиологии, патогенеза и особенностей течения заболеваний на Севере позволяют проводить раннюю диагностику, выявить группы риска, разработать и внедрить инновационные подходы к лечению, профилактики и снижению заболеваемости у жителей северо-восточного региона страны.

Также в медицинском институте созданы и работают 3 малых инновационных предприятия, занимающихся вопросами разработки технологий применения северного биосырья, биочиповой диагностики наследственных заболеваний.

С целью интеграции образовательной и научной деятельности, подготовки специалистов медицинского профиля и кадров высшей квалификации в университете созданы и работают 3 Научно-образовательных центра.

С целью внедрения практикоориентированных методов обучения в Клинике института создан Симуляционный центр с имитацией рабочего места врача (больничные палаты, реанимационная, операционный и родильный залы, процедурные кабинеты и др.). Таким образом, медицинский институт обеспечивает условия, позволяющие каждому обучающемуся самостоятельно выполнять медицинские манипуляции на роботах, муляжах, тренажерах и симуляторах.

С 2013/14 учебного года для врачей-интернов и ординаторов, а также для слушателей циклов повышения квалификации и профессиональной переподготовки подготовлены и в обязательном порядке вводятся программы симуляционных курсов практикоориентированного обучения. В настоящее время преподавателями кафедр подготовлены рабочие программы на основе образовательных модулей, с внедрением интерактивных и активных форм и методов обучения, что позволило обеспечить переход к кредитно-модульной организации учебного процесса.

30 августа и 1 сентября 2014 года университет посетили Президент Российской Федерации В.В. Путин и советник Президента А.А. Фурсенко. В ходе запланированных встреч они побывали в Арктическом инновационном центре, Клинике медицинского института, в новом общежитии университета. Была дана высокая оценка подготовке кадров, работе сотрудников и технической оснащенности.

Согласно Распоряжения Правительства РФ №722 от 30 апреля 2014 года осуществляется переход к эффективному контракту научно-педагогических кадров. Так, в университете с текущего учебного года на эффективный контракт переведены деканы факультетов, директора институтов, заведующие выпускающими кафедрами, доценты и профессора-исследователи. Для примера, в расчет базовых показателей оценки эффективности деятельности декана факультета или директора в рамках эффективного контракта вошли такие показатели, как средний балл студентов, принятых по результатам ЕГЭ, доля научно-педагогических работников, имеющих ученую степень, объем финансирования НИР на одного научно-педагогического работника.

Благодаря этому, деканы факультетов, директора институтов, заведующие выпускающими кафедрами мотивированы к отбору в свой ВУЗ сильных абитуриентов, к расширению и активизации профориентационной работы со школьниками. В настоящее время в план работы включены организация и проведение совместно с районными управлениями образования тематических олимпиад и семинаров, подготовка к Всероссийской программе школьников «Шаг в будущее», проведение летних и зимних школ, что послужит толчком для учащихся в выборе профессии.

Что касается непосредственно целевого набора. Здесь уместно будет отметить, что набор контингента на 1 курс зависит не только от самого ВУЗа, его политики, результативности конкурса. В первую очередь, заинтересованной стороной должен быть работодатель в лице субъекта Федерации и, прежде всего, главного врача медицинской организации. К сожалению, приходится отметить недостаточное перспективное планирование кадровой политики на местах. Мы считаем, что

непосредственной обязанностью главного врача являются не только организационные и финансовые вопросы лечебного процесса, но и решение, планирование и прогнозирование кадровой политики во вверенной ему структуре.

Особое внимание следует уделить профориентационной работе с учащимися и выпускниками средних образовательных школ в районах. В городе возможностей для учащихся школ гораздо больше: специализированные медико-биологические классы, Малая медицинская академия медицинского института, факультет довузовского обучения университета – то, чего лишены сельские школьники. Мединститут прикладывает немало сил для проведения данной работы, открывая филиалы Малой медицинской академии в районах. Но, как показал анализ работы, данная деятельность была бы более эффективной, если бы к ней подключилось медицинское сообщество на местах. Мы предлагаем включить в ежегодный план работы медучреждений встречи со школьниками и выпускниками средних школ, проведение просветительской работы с населением, публикации и выступления в средствах массовой информации ведущих специалистов с профориентационной направленностью, с популяризацией специальности.

В этом плане большая работа ведется министерством здравоохранения республики совместно с Правительством РС (Я), результатом чего уже четвертый год выделяются дополнительные места по Государственному заказу за счет республиканского бюджета. Казалось бы, мы сможем значительно сократить кадровый дефицит на местах в период 2016-2020 годы. Но и здесь мы встретили непредвиденные затруднения. Дело в том, что дети с районов с хорошими результатами ЕГЭ прошли по общему конкурсу, а те, кто с наименьшими баллами пошли по Госзаказу. Получается, что Госзаказ обеспечивает местами заведомо слабых выпускников. Анализ успеваемости студентов, поступивших по госзаказу, показал, что около 10% из них уже отчисляются по итогам первой сессии за плохую успеваемость.

По итогам работы приемной кампании 2014-2015 года мы сегодня получили весьма неутешительные результаты: на выделенные бюджетом Министерства образования РФ 88 целевых мест поступили всего 25 абитуриентов, пожелавших принять соответствующие условия обучения и последующего трудоустройства. Этот факт нам наглядно демонстрирует недостаточную мотивацию абитуриентов связывать себя какими-либо обязательствами при сомнительной перспективе дальнейшего трудоустройства в отдаленных районах со слабой социальной инфраструктурой. В данной ситуации заинтересованными в молодых специалистах – врачах должны быть не только министерство здравоохранения и ВУЗ, но и в целом администрация района или города, которые должны будут обеспечить молодому специалисту и достойную надбавку к зарплате и достойное служебное жилье.

Решение для выхода из данной ситуации мы видим в четком распределении целевых мест в самих районных управлениях здравоохранения и образования по итогам конкурса, где лучшим из лучших будут предоставлены гарантированные места работы. Здесь должны сыграть положительную роль внимание и поддержка, в том числе и материальная, самих учреждений здравоохранения, что уже регламентируется новым Федеральным законом «Об образовании в РФ».

Мы считаем, что необходимо вернуться к практике бесплатной подготовки абитуриентов-целевиков на подготовительных отделениях при ВУЗах, исходя из объективных трудностей в освоении выпускниками из сельских школ программы по химии, биологии. Мы считаем этот путь решения проблемы весьма перспективным.

В заключение необходимо отметить, что подготовка высококомпетентного специалиста, начинается с подбора абитуриентов. И это, прежде всего, наша совместная работа с главными врачами и с министерством здравоохранения, ведь подбирая абитуриентов, мы подбираем свои будущие кадры, которые могут обеспечить потребности населения в медицинской помощи на должном качественном уровне.

АНАЛИЗ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ ДО И ПОСЛЕ ПРИНЯТИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ МЕР ПО ОГРАНИЧЕНИЮ ПРОДАЖИ АЛКОГОЛЯ

ПЕТРОВА М.Н., БАШАРИН К.Г., ЧИБЫЕВА Л.Г., ПЕТУХОВ К.М.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. Количество больных хроническим панкреатитом снижается с каждым годом: в 2007 г. госпитализировано 132 больных (14,5%) от общего числа госпитализированных в гастроэнтерологическое отделение (910). В 2013 госпитализировано 82 больных (8,7%), при том, что общее число госпитализаций составила 939 пациентов. Возможно, это связано с принятием Указа Президента республики Саха (Якутия) Е.Борисова «О мерах по профилактике алкоголизма в Республике Саха (Якутия)», а с 1 ноября 2010 года введен запрет на территории РС (Я) розничной реализации алкогольной продукции с содержанием этилового спирта более 15 процентов объема готовой продукции – с 20 часов текущих суток до 14 часов следующих суток.

Ключевые слова: профилактика алкоголизма, хронический панкреатит, алкогольная болезнь.

Abstract. The number of patients with chronic alcoholic pancreatitis decreases year by year. 132 patients were hospitalized in department of gastroenterology in 2007 year, that makes 14,5% of total number of the hospitalized (910). In 2013 y.–82 patients that makes 8,7% of total number hospitalized(939). Thus, we can assume that the reduction in the number of hospitalized patients with chronic alcoholic pancreatitis is connected with introduction of measures for restriction of sale of alcoholic products at the state level.

Key words: alcoholism prophylaxis, chronic pancreatitis, alcoholic disease.

Актуальность. Хронический панкреатит – воспалительное заболевание поджелудочной железы различной этиологии, фазово-прогрессирующего течения, финальной стадией которого являются склероз паренхимы, деформация, облитерация протоков, утрата внешнесекреторной и эндокринной функции железы [2]. Потенциальные факторы риска по основным категориям: злоупотребление алкоголем, влияние никотина, нутритивные факторы, наследственность, факторы, влияющие на диаметр панкреатических протоков и отток секрета поджелудочной железы, иммунологические факторы, различные другие и метаболические факторы» [3].

Употребление алкоголя в индустриально развитых странах в 50-80% служит причиной хронического панкреатита. Опасной дозой, т.е. приводящей к воспалению поджелудочной железы, считают ежедневный прием 40-80 мл этанола. Ежедневная доза 96% этилового спирта в размере 150-200 мл в течение 10 лет приводит к хроническому панкреатиту 90% пьющих [2].

В настоящее время в течение года регистрируют 6-7 новых случаев хронического панкреатита на 100000 населения, а общая частота его составляет от 50-75:100000 населения, в зависимости от географического региона [7].

Указом Президента республики Саха (Якутия) Е.Борисова «О мерах по профилактике алкоголизма в Республике Саха (Якутия)» с 1 ноября 2010 года введен запрет на территории РС (Я) розничной реализации алкогольной продукции с содержанием этилового спирта более 15 процентов объема готовой продукции – с 20 часов текущих суток до 14 часов следующих суток [5].

Затем был принят федеральный закон Российской Федерации от 18 июля 2011 г. N 218-ФЗ "О внесении изменений в Федеральный закон "О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции" и отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившим силу Федерального закона "Об ограничениях розничной продажи и

потребления (распития) пива и напитков, изготавливаемых на его основе", в котором также запрещается продажа алкогольной продукции [4].

Цель: оценить динамику госпитализаций пациентов с хроническим панкреатитом после принятия мер по профилактике алкоголизма в РС (Я) в 2010г и федерального закона Российской Федерации от 18 июля 2011 г. N 218-ФЗ "О внесении изменений в Федеральный закон "О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции" и отдельных законодательных актов Российской Федерации.

Материал исследования: статистические данные гастроэнтерологического отделения ГБУ РС (Я) «ЯКГБ» за период 2007-2013 гг. Метод исследования: статистическая обработка, Biostat.

Результаты

Таблица 1 - Характеристика пациентов с хроническим панкреатитом

Годы Показатели	2007	2008	2009	2010	2011	2012.	2013
Национальность							
Саха	77(58%)	99(70%)	80(66%)	73(66%)	65(61%)	47(56%)	48(56%)
Русский	54(41%)	39(28%)	34(28%)	28(25%)	38(36%)	33(40%)	25(30%)
Другая	1(0,7%)	4(3%)	8(6%)	9(8%)	3(3%)	4(5%)	9(11 %)
Средний возраст	52	51	48	51	54	47	50

Диаграмма 1



Диаграмма 2



Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. В 2007-2011гг. при гендерном анализе госпитализированных женщин хроническим панкреатитом алкогольной этиологии

преобладали (56,8%;41,5%), однако с 2012 года преобладают мужчины (51,2%);

2. По национальности заболеваемость хроническим панкреатитом у якутского населения выше в 2 раза, чем у представителей других национальностей. Следует отметить, что наблюдается увеличение больных других национальностей;
3. Средний возраст составил 50 лет [15;86]. Самый низкий средний возраст отмечен в 2012г. – 47 лет. Исходя из этого, можно сделать вывод, что с каждым годом хронический панкреатит «молодеет»;
4. Количество больных хроническим панкреатитом снижается с каждым годом. В 2007 г. с хроническим панкреатитом госпитализировано 132 больных, всего больных было 910, что составляет 14,5% от всех нозологий гастроэнтерологического отделения. В 2013 госпитализировано 82 больных, всего – 939, что составляет 8,7%. Возможно, это связано с принятием Указа Президента республики Саха (Якутия) Е.Борисова «О мерах по профилактике алкоголизма в Республике Саха (Якутия)» с 1 ноября 2010 года введен запрет на территории РС (Я) розничной реализации алкогольной продукции с содержанием этилового спирта более 15 процентов объема готовой продукции – с 20 часов текущих суток до 14 часов следующих суток.

Заключение: Исходя из статистических данных гастроэнтерологического отделения ГБУ РС (Я) «ЯКГБ» за 2007-2013гг., можно сделать вывод, что с каждым годом наблюдается снижение госпитализаций больных с хроническим панкреатитом. Но есть тенденция к «омоложению» хронического панкреатита.

Список литературы:

1. Анатомия человека: учебник: в 2 т. / И. В. Гайворонский, Г. И. Ничипорук, А. И. Гайворонский; под ред. И. В. Гайворонского. - Т. 1. Система органов опоры и движения. Спланхнология. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 688 с.: ил.
2. Внутренние болезни: учебник. Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. 6-е изд., перераб. и доп. 2012. - 768 с.: ил.
3. И.Л.Кляритинская, Ю.С.Работягова «Новые факторы риска развития хронического панкреатита»// Кримський терапевтичний журнал-2012- №2.- С.42-45.

4. Официальный интернет-портал правовой информации URL: <http://www.pravo.gov.ru> (дата обращения 08.04.2014)
5. Официальный информационный портал Республики Саха (Якутия) URL: <http://sakha.gov.ru> (дата обращения 08.04.2014)
6. Патология физиология: учебник: в 2-х томах. Том 2 / под ред. В.В. Новицкого, Е.Д. Гольдберга, О.И. Уразовой. 4-е изд., перераб. и доп. 2013. - 640 с.: ил.
7. Хирургические болезни: учебник. - В 2 т. / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. I. - 608 с: ил.

АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖИТЕЛЕЙ НЮРБИНСКОГО РАЙОНА

ПЕТРОВА П.Г., БОРИСОВА Н.В., КЫЛБАНОВА Е.С., МАРКОВА С.В.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Наряду с социально-экономическими и эколого-демографическими проблемами развития Севера важное место занимает проблема охраны здоровья. В последние годы интенсивно разрабатывалась проблема адаптации организма к суровым природно-климатическим условиям Крайнего Севера. Население Республики Саха (Якутия) подвержено воздействию ряда неблагоприятных факторов как природного (климатические гелиогеофизические и геохимические условия), так и антропогенного (экологическое неблагополучие) характера [2, 4]. Вследствие чего отмечается нарастание экологически обусловленной заболеваемости, приводящей к патологии важнейших функциональных систем, угнетение иммунобиологической реактивности и другие патологические проявления. Резервы компенсаторно-адаптационных возможностей организма человека в условиях антропобиосферы начали заметно снижаться и манифестироваться увеличением показателей общей заболеваемости, инвалидизации и смертности, уменьшением средней продолжительности жизни. Экологическая модель современной медицины приобрела новое качество и стала одной из ведущих. В связи с этим актуальной является проблема установления эколого-биогеохимических детерминант здоровья [6].

Многие проблемы здоровья имеют глубокие социально-экономические корни, включая региональные аспекты условий жизни, изменение

традиционного уклада жизни и питания коренных народностей республики, предопределяющие значительное напряжение популяционно-демографических процессов среди этнических групп, стремительное нарастание острых экологических и социальных проблем [1, 3, 5].

Влияние факторов риска на популяционное здоровье населения проявляется в процессах адаптации организма человека, изменениях иммунного, биохимического, физиологического статуса и в конкретных нозологических формах заболеваемости населения, демографических процессах, физическом развитии [1]

В структуре хронических неинфекционных заболеваний ведущее место занимают болезни системы органов кровообращения, дыхания и пищеварения, являющихся основной причиной заболеваемости, инвалидности и смертности населения. Ухудшение экологической обстановки, изменение образа жизни людей ведут к увеличению распространенности факторов риска хронических неинфекционных заболеваний [6].

Важным этапом в решении этой проблемы является организация и проведение массовых диспансерных обследований населения с целью активного выявления заболеваний, особенно их скрытых и начальных форм, а также выявления лиц, имеющих факторы повышенного риска [6].

Материал и методы исследования: данные научно – практической экспедиции Медицинского института СВФУ в Нюрбинском районе в пяти населенных пунктах: Малыкай, Хаты, Мальджагар, Егольжа и Чукар.

Медицинский осмотр населения проводился по обращаемости взрослого населения. Проведен анализ следующих данных: наличие факторов риска ишемической болезни сердца, артериальной гипертонии, возраста, пола, наследственной предрасположенности, ожирения, курения, гиперлипидемии, гипергликемии; антропометрические методы исследования (вес, рост, окружность талии), артериального давления, частоты сердечных сокращений.

Обследование включало антропометрию: для измерения массы тела использовали напольные весы. Рост измерялся в положении стоя с помощью ростомера с точностью до 0,5 см.

Индекс массы тела (ИМТ), рассчитывали по формуле масса тела (кг)/рост(м²). Оптимальными считали значения ИМТ в интервале $> 18 < 25$ кг/м². Избыточный вес $> 25 < 30$ кг/м². Ожирение > 30 кг/м² (ВОЗ, 1999).

Регулярно курящим считался человек, который выкуривал 1 сигарету (папиросу) в сутки. Не курящим считали прекращение курения не менее чем 12 месяцев (ВОЗ, 1978).

Анализ липидного спектра, глюкозы крови проведен в клинике СВФУ врачом согласно клиническим рекомендациям ВНОК, 2013г.

Результаты и обсуждение исследования. Немодифицируемым фактором риска сердечно – сосудистых заболеваний является возраст у женщин старше 65 лет, который был у 39 (10,3%) пациентов среди обследованного населения. Среди них гипертоническая болезнь (ГБ) выявлена у 19 (48,7%) лиц, ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 8 (20,5%), ГБ и ИБС выявлена у 12 (30,1%). У мужчин фактором риска является возраст старше 55 лет, который отмечался у 44 (11,7%) пациентов. Среди них ГБ выявлена у 21 (47,7%) человека, ГБ и ИБС выявлена у 20 (45,5%).

К немодифицируемым факторам риска сердечно – сосудистых заболеваний, относится мужской пол, который среди обследованного населения составил –28,6%. Среди мужчин ГБ страдали 11 (10,2%), ИБС – 9 (8,3%), ГБ и ИБС – 42 (38,9%).

Наследственная предрасположенность по артериальной гипертензии (АГ) была у 67 (17,8%) обследованных, из них АГ диагностирована у 51 (76,1%) пациента; по ишемической болезни сердца наследственность отягощена у 14 (3,7%) обследованных, из них ИБС диагностировали у 6 (42,9%) пациентов. Наследственность по сахарному диабету отягощена у 3 (0,8%) осмотренных, из них диабет диагностирован у 2 (66,7%) пациентов.

К модифицируемым факторам риска сердечно – сосудистых заболеваний относится ожирение и курение. Потенциально корригируемым фактором риска является гиперлипидемия, дислипидемия.

Избыточная масса тела встречалась у 131 (34,7%) пациента, из них мужчин – 40 (30,5%), женщин – 91 (69,5%). Данные представлены в табл. 1.

Таблица 1 - Количество пациентов с избыточной массой тела среди обследованного населения в пяти населенных пунктах Нюрбинского района

Населенный пункт	Мужчины	Женщины	Всего
Малыкай	21(33,9%)	41(66,1%)	62(47,3%)
Хаты	5(26,3%)	14(73,7%)	19(14,5%)
Мальджагар	3(27,3%)	8(72,7%)	11(8,4%)
Егольжа	5(27,8%)	13(72,2%)	18(13,7%)
Чукар	6(28,6%)	15(71,4%)	21(16,0%)
Всего	40(30,5%)	91(69,5%)	131(100%)

Таблица 2 - Количество пациентов с ожирением среди обследованного населения в пяти населенных пунктах Нюрбинского района

Населенный пункт	Пол	1 степень, n(%)	2 степень, n(%)	3 степень, n(%)
Малыкай	Муж	9(11,5%)	3(11,1%)	1(8,3%)
	Жен	23(29,5%)	12(44,4%)	9(75%)
Хаты	Муж	2(2,6%)	-	-
	Жен	7(9%)	2(7,4%)	1(8,3%)
Мальджагар	Муж	3(3,8%)	1(3,7%)	-
	Жен	4(5,1%)	6(22,2%)	1(8,3%)
Егольжа	Муж	2(2,6%)	-	-
	Жен	6(7,7%)	1(3,7%)	-
Чукар	Муж	7(9%)	-	-
	Жен	15(19,2%)	2(7,4%)	-
Всего пациентов		78(66,7%)	27(23,1%)	12(10,3%)

Зарегистрирован высокий процент абдоминального ожирения у 117 лиц, что составило 31% из числа осмотренных, из них 89 женщин (76,1%) и 28 мужчин (23,9%). Ожирение 1 степени – у 78 чел. (66,7%), 2 степени – у 27 чел. (23,1%), 3 степени – у 12 чел. (10,3%). У пациентов с абдоминальным ожирением, гипертоническая болезнь диагностирована у 23-х (19,7%) пациентов, ишемическая болезнь сердца у 3-х (2,6%) пациентов,

гипертоническая и ишемическая болезнь сердца диагностированы у 60 (51,3%) пациентов с ожирением (табл. 2).

Наличие такого фактора риска как курение, было выявлено у 73 обратившихся, что составило 19,4% от осмотренных, из них 39 мужчин (53,4%) и 34 женщины (46,6%). Среди курящих пациентов, гипертонической болезнью страдали – 11 чел. (15,1%), ишемической болезнью сердца страдали – 4 чел. (5,8%) пациента, одновременно с гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца страдали 26 чел. (35,6%). Данные представлены в табл. 3.

Таблица 3 - Количество курящих пациентов среди обследованного населения

Населенный пункт	Количество курящих пациентов по половой принадлежности	
	Мужчины, n(%)	Женщины, n(%)
Малыкай	18(46,2%)	15(44,1%)
Хаты	3(7,7%)	4(11,8%)
Мальджагар	4(10,3%)	6(17,6%)
Егольжа	6(15,4%)	1(2,9%)
Чукар	8(20,5%)	8(23,5%)
Всего	39(53,4%)	34(46,6%)

Определение липидного профиля и глюкозы в крови было проведено у 193 человек. Результаты определения уровня триглицеридов представлены в табл. 4, 5 и 6.

Таблица 4 - Показатели триглицеридов среди обследованного населения

Населенный пункт	Триглицериды	
	0,68-1,88ммоль/л	↑1,88ммоль/л
Малыкай, n	99	8
Хаты, n	16	2
Мальджагар, n	22	2
Егольжа, n	16	2
Чукар, n	23	3
Всего, n	176	17

Как видно из таблицы 4, у большинства обследованных встречался нормальный уровень триглицеридов – 176 человек (91,2%). Высокий уровень триглицеридов выявлен у 17 (8,8%) пациентов.

Таблица 5 - Показатели триглицеридов по половой принадлежности

Населенный пункт	Триглицериды			
	0,68-1,88 ммоль/л		↑1,88 ммоль/л	
	Муж, n	Жен, n	Муж, n	Жен, n
Малыкай	37	62	1	7
Хаты	4	12	-	2
Мальджагар	6	16	-	2
Егольжа	3	13	1	1
Чукар	7	16	1	2
Всего	57	119	3	14

Как видно из таблицы 5, нормальный уровень триглицеридов отмечался у лиц женского пола – 119 (67,6%) и мужчин – 57 (32,4%). Высокий уровень триглицеридов наблюдался у женщин – 14 (82,4%), у мужчин – 3 (17,6%).

Таблица 6 - Показатели триглицеридов в разных возрастных категориях

Нюрбинский район	Возрастные группы					
	20-29 лет, n	30-39 лет, n	40-49 лет, n	50-59 лет, n	60-69 лет, n	70 и выше лет, n
Триглицериды						
0,68-1,88 ммоль/л	4	22	38	66	33	13
1,88 ммоль/л	-	-	1	11	4	1

Как видно из таблицы 6, из числа обследованных с нормальным уровнем триглицеридов отмечается возрастная категория 50-59 лет – 66 (37,5%), в этой же возрастной категории наблюдался и высокий уровень триглицеридов у 11 (64,7%) пациентов.

Таким образом, высокий уровень триглицеридов выявлен у 17 (8,8%) лиц, из них мужчин – 3 (17,6%) и женщин – 14 (82,4%). Среди пациентов с высоким уровнем триглицеридов преобладали лица в возрастной категории 50-59 лет – 11 (64,7%). Среди пациентов с высоким значением триглицеридов, ГБ и ИБС диагностированы у 8 (47,1%) пациентов и только ГБ – 7 чел. (41,2%).

Результаты анализов на определение уровня общего холестерина представлены в табл. 7, 8 и 9.

Таблица 7 - Показатели общего холестерина среди обследованного населения

Населенный пункт	Общий холестерин	
	0-5,20ммоль/л	↑5,20ммоль/л
Малыкай, п	51	56
Хаты, п	5	13
Мальджагар, п	4	20
Егольжа, п	4	14
Чукар, п	5	21
Всего, п	69	124

Как видно из таблицы 7, у большинства обследованных лиц, выявлен высокий уровень общего холестерина – 124 (64,2%), нормальный уровень холестерина был у 69 (35,8%) пациентов.

Таблица 8 - Показатели общего холестерина по половой принадлежности

Населенный пункт	Общий холестерин			
	0-5,20ммоль/л		↑5,20ммоль/л	
	Муж, п	Жен, п	Муж, п	Жен, п
Малыкай	17	34	22	34
Хаты	-	5	4	9
Мальджагар	1	3	5	15
Егольжа	2	2	2	12
Чукар	1	4	7	14
Всего	21	48	40	84

Таким образом, нормальный уровень холестерина отмечен у женщин – 48 (69,6%) и у мужчин – 21 (30,4%). Среди лиц с высоким уровнем холестерина составляли обследуемые женского пола – 84 (67,7%) и мужского – 40 (32,3%).

Таблица 9 - Показатели общего холестерина в разных возрастных категориях

Нюрбинский район	Возрастные группы					
	20-29 лет, n	30-39 лет, n	40-49 лет, n	50-59 лет, n	60-69 лет, n	70 и выше лет, n
Общий холестерин						
0-5,20 ммоль/л	3	16	16	20	7	7
5,20 ммоль/л	-	7	24	56	30	7

Как видно из таблицы 9, чаще всего среди обследованных нормальный уровень холестерина наблюдался в возрастной группе 50-59 лет у 20 (29%) лиц, высокий уровень холестерина преобладал в возрастной категории 50-59 лет – 56 (45,2%).

Таким образом, по лабораторным данным 193 пациентов, высокий уровень общего холестерина выявлен у 124 (64,2%) пациентов, из них мужчин – 40 (32,3%) и женщин – 84 (67,7%), высокий показатель холестерина чаще встречался в возрастной группе 50-59 лет – 56 чел. (45,2%). Среди этих пациентов с высоким уровнем общего холестерина диагностированы: ГБ у 18 (14,5%) лиц, ИБС у 10 (8,1%) пациентов, ГБ и ИБС у 47 (37,9%) пациентов.

Анализ на липопротеиды высокой плотности проводился с учетом половозрастной категории, что представлено в табл. 10, 11 и 12.

Таблица 10 - Показатели ЛПВП среди обследованного населения

Населенный пункт	Липопротеиды высокой плотности	
	↓0,77ммоль/л	0,77-1,83ммоль/л
Малыкай, n	2	105
Хаты, n	-	18
Мальджагар, n	-	24
Егольжа, n	4	14
Чукар, n	-	26
Всего, n	6	187

Как видно из таблицы 10, нормальный уровень ЛПВП был выявлен у 187 (96,9%) из числа обследованных лиц, а низкий уровень ЛПВП выявлен у 6 (3,1%) пациентов.

Таблица 11 - Показатели ЛПВП по половому составу среди обследованного населения

Населенный пункт	Липопротеиды высокой плотности			
	↓0,77ммоль/л		0,77-1,83ммоль/л	
	Муж, n	Жен, n	Муж, n	Жен, n
Малыкай	-	2	38	67
Хаты	-	-	4	14
Мальджагар	-	-	6	18
Егольжа	2	2	2	12
Чукар	-	-	28	18
Всего	2	4	58	129

Как видно из таблицы 11, нормальный уровень ЛПВП был у женщин – 129 (69%) и у мужчин – 58 (31%). Низкий уровень ЛПВП выявлен у женщин – 4 (66,7%) и у мужчин – 2 (33,3%).

Таблица 12 - Показатели ЛПВП в разных возрастных категориях

Нюрбинский район	Возрастные группы					
	20-29 лет, n	30-39 лет, n	40-49 лет, n	50-59 лет, n	60-69 лет, n	70 и выше лет, n
ЛПВП						
<0,77ммоль/л	-	-	1	2	3	-
0,77-1,83ммоль/л	4	22	38	75	34	14

Как видно из таблицы 12, больше всего среди пациентов с нормальным уровнем ЛПВП были лица в возрасте 50-59 лет – 75 (40,1%), низкий уровень ЛПВП часто встречался в возрасте 60-69 лет – 3 (50%).

Таким образом, по лабораторным данным из 193 обследованных, низкий уровень ЛПВП выявлен у 6 (3,1%) пациентов, из них мужчин – 2 (66,7%) и женщин – 4 (33,3%), чаще в возрасте 60-69 лет (50%). Среди этих пациентов диагностированы: ишемическая болезнь сердца у 2 пациентов, гипертоническая и ишемическая болезнь сердца у 4 пациентов.

Результаты анализа на липопротеиды низкой плотности представлены в табл. 13, 14 и 15.

Таблица 13 - Показатели ЛПНП среди обследованного населения

Населенный пункт	Липопротеиды низкой плотности	
	0-3,36ммоль/л.	↑3,36ммоль/л
Малыкай, п	84	23
Хаты, п	10	8
Мальджагар, п	9	15
Егольжа, п	1	17
Чукар, п	21	5
Всего, п	125	68

Как видно из таблицы 13, нормальный уровень ЛПНП выявлен у 125 (64,8%) и высокий уровень ЛПНП выявлен у 68 (35,2%) пациентов из числа обследованных.

Таблица 14 - Показатели ЛПНП в разных возрастных категориях

Населенный пункт	Липопротеиды низкой плотности			
	0-3,36ммоль/л.		↑3,36ммоль/л	
	Муж, п	Жен, п	Муж, п	Жен, п
Малыкай	28	56	7	16
Хаты	1	9	3	5
Мальджагар	2	7	4	11
Егольжа	1	-	3	14
Чукар	5	16	3	2
Всего	37	88	20	48

Анализ половозрастной категории показывает, что нормальный уровень ЛПНП выявлен у женщин – 88 (70,4%) и мужчин - 37 (29,6%). Высокий уровень ЛПНП выявлен у женщин - 48(70,6%) и мужчин - 20(29,4%).

Таблица 15 - Показатели ЛПНП в разных возрастных категориях

Нюрбинский район	Возрастные группы					
	20-29 лет, п	30-39 лет, п	40-49 лет, п	50-59 лет, п	60-69 лет, п	70 и выше лет, п
ЛПНП						
0-3,36ммоль/л.	4	20	30	39	21	11
↑3,36ммоль/л	-	2	9	38	16	3

Как видно из таблицы 15, больше всего пациентов с нормальными значениями ЛПНП в возрастной группе 50-59 лет – 39 (31,2%). Среди этой же

категории пациентов отмечается больше пациентов с высоким уровнем ЛПНП – 38(55,9%).

Таким образом, высокий уровень ЛПНП выявлен у 68 (35,2%) лиц, из них мужчин – 20 (29,4%) и женщин – 48 (70,6%), чаще пациенты с высокими значениями ЛПНП встречались в возрастной группе 50-59лет – 38 (55,9%). Среди этих пациентов ГБ диагностирована у 14(20,6%) пациентов, ИБС - 9(13,2%), ГБ и ИБС - у 22 (32,4%) пациентов.

Результаты анализ на сахар крови представлены в табл. 16, 17, 18.

Таблица 16 - Показатели сахара крови среди обследованного населения

Населенный пункт	Глюкоза	
	3,88-5,83 ммоль/л.	↑5,83ммоль/л
Малыкай, n	95	12
Хаты, n	17	1
Мальджагар, n	24	-
Егольжа, n	-	2
Чукар, n	23	3
Всего, n	175	18

Как видно из таблицы 16, нормальный уровень глюкозы выявлен у 175 (90,7%) обследованных, высокий уровень глюкозы среди обследованных выявлен у 18 (9,3%) пациентов.

Таблица 17 - Показатели сахара крови по половому составу

Населенный пункт	Глюкоза			
	3,88-5,83 ммоль/л.		↑5,83ммоль/л	
	Муж, n	Жен, n	Муж, n	Жен, n
Малыкай	33	62	5	7
Хаты	4	13	-	1
Мальджагар	6	18	-	-
Егольжа	4	12	-	2
Чукар	5	18	2	1
Всего пациентов	52	123	7	11

Как видно из таблицы 17, нормальный уровень глюкозы выявлен у женщин – 123 (70,3%) и у мужчин - 52 (29,7%). Высокий уровень сахара отмечается у лиц женского пола – 11 (61,1%) и мужчин – 7 (38,9%).

Таблица 18 - Показатели сахара крови в разных возрастных категориях

Нюрбинский район	Возрастные группы					
Глюкоза	20-29 лет, n	30-39 лет, n	40-49 лет, n	50-59 лет, n	60-69 лет, n	70 и выше лет, n
3,88-5,83 ммоль/л.	4	21	37	68	32	13
↑5,83ммоль/л	-	1	2	10	4	1

Как видно из данных таблицы 18, пациенты с нормальным уровнем глюкозы крови составляли в возрастной группе 50-59 лет – 68 (38,9%). Пациенты с высоким уровнем сахара крови преобладали также в этой же группе - 10 (55,6%).

Таким образом, высокий уровень глюкозы крови выявлен у 18 (9,3%) пациентов, из них мужчин – 7 (38,9%) и женщин-11(61,1%), чаще пациенты с высоким сахаром встречались в возрастной группе 50-59лет – 10 (55,6%). Среди этих пациентов сахарный диабет диагностирован у 4 (22,2%) обследованных.

Заключение. Результаты медицинского осмотра населения в экспедиционных условиях выявили основные модифицирующие факторы риска ИБС, такие как артериальная гипертония, возрастной фактор, мужской пол, отягощенная наследственность, ожирение, гиперлипидемия, курение. Было проведено определение липидного спектра и глюкозы крови у 377 обследованных, где у 17 (8,8%) лиц выявлена гипертриглицеридемия, из них гипертонической и ишемической болезнью сердца страдали 8 (47,1%) человек, гипертонической болезнью – 7 (41,2%). Гиперхолестеринемия выявлена у 124 (64,2%) обследованных, из них гипертоническая болезнь отмечалась у 18(14,5%) лиц, ишемическая болезнь сердца – 10 (8,1%) пациентов, гипертоническая и ишемическая болезнь сердца - 47 (37,9%) пациентов. Низкий уровень липопротеидов высокой плотности выявлен у 6 (3,1%) пациентов, из них диагноз «Ишемическая болезнь сердца» выставлен у 2 пациентов, «Гипертоническая и ишемическая болезнь сердца» - у 4 пациентов. Высокий уровень липопротеидов низкой плотности выявлен у 68 (35,2%) лиц, из них гипертоническая болезнь была у 14 (20,6%) человек,

ишемическая болезнь сердца – у 9 (13,2%), гипертоническая и ишемическая болезнь сердца – у 22 (32,4%). Высокий уровень глюкозы крови выявлен у 18 (9,3%) пациентов, из них сахарный диабет диагностирован у 4 (22,2%) обследованных.

Таким образом, вторичная профилактика сердечно – сосудистых заболеваний основывается на оценке степени риска сердечно – сосудистых событий в ближайшее время с целью определения тактики и интенсивности профилактического и терапевтических вмешательств. Одним из прогрессивных подходов, связанных с лечением хронических неинфекционных заболеваний, в том числе ишемической болезни сердца и артериальной гипертонии, является создание школ для больных «Ишемическая болезнь сердца и артериальная гипертония». Населению были рекомендованы индивидуальные программы физической активности в тренирующем режиме (дозированная ходьба, лечебная гимнастика), контроль массы тела, отказ от курения, ведение здорового образа жизни.

Список литературы:

1. Бойцов С.А. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний / С.А. Бойцов, А.Г. Чучалин // Рекомендации. – Москва, 2013. – С. 89-95.
2. Иванов К.И. Современные подходы к профилактике и лечению артериальной гипертонии в Якутии / К.И. Иванов, Т.М. Климова // Методические рекомендации. – Якутск, 2002. – С. 12-13.
3. Кузнецов А.Н. Классификации и симптомы внутренних болезней: учебное пособие / А.Н. Кузнецов // Н. Новгород, 2013г. – С. 65-73, 79-82.
4. Борисова Н.В. Эколого-физиологическое обоснование формирования функциональных резервов у коренных жителей Республики Саха (Якутия) / Н.В. Борисова, П.Г. Петрова // Наука и образование. – 2008. – №2(50). – С. 55-61.
5. Рекомендации экспертов Всероссийского научного общества кардиологов // Артериальная гипертензия. – 2001. – Т 7, №1.
6. Саввинов Д.Д. Среда обитания и здоровье человека на Севере: Эколого-медицинский аспект / Д.Д. Саввинов, П.Г. Петрова, Ф.А. Захарова и др. – Новосибирск: Наука, 2005. – С. 111-130.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В ЗОНЕ ПРОМЫШЛЕННОГО ОСВОЕНИЯ СЕВЕРА (НА ПРИМЕРЕ АЛДАНСКОГО РАЙОНА)

ПЕТРОВА П.Г., МАРКОВА С.В., БОРИСОВА Н.В., АНТИПИНА У.Д., СЛЕПЦОВ А.П.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. Существует достаточно перспективный подход к оценке силы и характера влияния разработок Эльконского месторождения на уровень здоровья населения. Совершенно ясно, что одним из важнейших условий осуществления экологической экспертизы и медико-экологического мониторинга является возможность стандартизовано и в массовых масштабах оценить уровень здоровья населения конкретной экологической зоны, а при необходимости отследить динамику уровня здоровья населения при воздействии экстремальных экологических факторов.

Ключевые слова: здоровье, экология, окружающая среда, экологические факторы.

Key words: health, ecology, ecological factors, environment.

Состояние здоровья человека зависит от комплекса, действующих на организм факторов: наследственности, природно-климатических, социально-экономических, производственных факторов и питания. С каждым годом усиливается патогенное воздействие на здоровье населения факторов техногенного и антропогенного загрязнения окружающей среды [1], [2], [3].

Якутия является ярким примером региона с суровыми климато-географическими условиями проживания, с серьезными медико-

социальными и экологическими проблемами, что оказывает отрицательное влияние на состояние здоровья населения. Анализ экологической ситуации в республике показал, что нерациональное, интенсивное промышленное освоение некоторых регионов Якутии, без учета особенностей северных экосистем, привело к техногенному загрязнению окружающей среды, что негативно отразилось на состоянии здоровья населения [4], [5].

Исходя из этого, уровень здоровья населения, проживающего в регионах с неблагоприятной экологической ситуацией, может рассматриваться в качестве интегрального индикатора экологии человека, т.к. практически все экстремальные факторы внешней среды, включая социальные, реализуют свое действие на человека с непременным изменением нормального течения физиологических процессов и с нарушением защитных сил организма [2], [10].

Изучение структуры заболеваемости среди взрослого населения г. Томмота за 2002-2007 гг. показало существенный рост злокачественных новообразований (с 17,9 до 38,8 на 1000 населения у взрослого населения). Заболеваемость взрослого населения г. Томмот возросла с 4,8 в 2002г до 11,0 в 2007г.

Таким образом, создание комплексной научно-обоснованной программы исследований причинно-следственных взаимосвязей между степенью воздействия патологических экзогенных факторов (радиационные, химические) на организм и уровнем развития различных патологических состояний, являющихся реальной причиной сокращения продолжительности жизни взрослой популяции и увеличения заболеваемости и смертности населения – представляется не только целесообразной, но и жизненно необходимой в силу имеющегося и фундаментального, и прикладного компонентов.

Цель работы: оценка состояния здоровья населения, постоянно проживающего на территории с. Алексеевск города Томмот.

Для достижения этой цели определены следующие **задачи**:

- 1) изучить состояния здоровья взрослого населения;

- 2) провести исследование на онкомаркеры;
- 3) оказать лечебно-профилактическую и консультативную помощь населению.

Материал и методы исследования. Материалом для настоящего исследования послужили данные медицинской экспедиции медицинского института в Алданский район с. Алексеевск.

Медицинский осмотр населения проводился методом выборочного комплексного обследования. В состав медицинской бригады входили терапевт, онколог, эндокринолог, врач-лаборант.

В осмотр включались: антропометрические методы исследования (вес, рост, окружность талии и бедер), сбор анамнеза, объективный осмотр, определение уровня сахара в крови экспресс-методом, сбор материала на онкомаркеры.

Забор крови осуществляется в вакуумную систему без антикоагулянта или с активатором свертывания. Забор крови осуществлялась в утренние часы натощак.

Определяли онкомаркеры - СА-15-3, СА-125, ПСА, РЭА, СА-19-9, АФП, ХГЧ: ИФА.

Результаты исследования. При проведении профилактических осмотров нами были учтены данные официальной статистики и годовых отчетов по смертности и заболеваемости в Алданском районе. Общая смертность населения за последние годы в районе находится на уровне 14,0 – 14,2 на 1000 населения. По классам заболеваний в 2009 году первое место занимают болезни системы кровообращения (867,6), второе место - несчастные случаи, отравления и травмы (261,9), третье - новообразования (194,1).

Анализ общей заболеваемости всех групп населения показал, что в структуре общей заболеваемости взрослых определяющее значение имеют болезни системы кровообращения, болезни органов дыхания, болезни костно-мышечной системы, болезни глаз, болезни мочеполовой системы,

травмы и отравления. Наблюдается отчетливый рост заболеваемости органов кровообращения, пищеварения, костно-мышечной системы, болезней глаз, эндокринной системы, мочеполовой системы. На долю болезней системы кровообращения, в первую очередь гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца, приходится ежегодно 48 – 52% всех случаев смерти, 35% первичного выхода на инвалидность, 13% общей заболеваемости взрослого населения, 9,3% случаев временной утраты трудоспособности.

В структуре общей заболеваемости детей до 14 лет занимают болезни органов дыхания и пищеварения занимают значительное место, затем болезни кожи и болезни глаз, инфекционные заболевания, болезни нервной системы. Растет заболеваемость органов дыхания, пищеварения, костно-мышечной системы, мочеполовой системы, эндокринными заболеваниями.

При анализе состояния репродуктивного здоровья населения Алданского района отмечено, что около 70% беременных женщин имеют различные патологические состояния. Так, за последние 10 лет, заболеваемость анемией беременных женщин выросла в 10 раз, болезнями почек в 4 раза.

Обнаружено увеличение онкомаркеров, особенно РЭА. Данные изменения, возможно, связаны с имеющейся в анамнезе перенесенным вирусным гепатитом. Анализ распределения онкомаркеров в зависимости от заболеваний показал, что маркеры чаще всего выявляются при хронических заболеваниях воспалительных заболеваниях. Так, простатоспецифический антиген часто выявлялся у мужчин с аденомой простаты (относительный риск 1,7, 95% доверительный интервал 1,1-2,1%). Однако в некоторых случаях обследования на ПСА имелись ложноположительные результаты ($OR \leq 0,5$).

Заключение. При проведении медицинского осмотра взрослого населения выявлена высокая заболеваемость населения артериальной гипертензией лиц молодого возраста и 50-69 лет, ишемической болезнью сердца, хронической сердечной недостаточностью.

Следует отметить, высокую заболеваемость хроническим бронхитом и холециститом. У половины обследованных лиц с сахарным диабетом выявлена неудовлетворительная компенсация заболевания, низкий уровень информированности больных по вопросам самоконтроля гликемии.

Таким образом, одним из важнейших условий осуществления экологической экспертизы и медико-экологического мониторинга является возможность стандартизовано и в массовых масштабах оценить уровень здоровья населения конкретной экологической зоны, а при необходимости отследить динамику уровня здоровья населения при воздействии экстремальных экологических факторов.

Необходимо глубокое изучение и проведение детальной оценки возможной антропогенной нагрузки и трансформации в едином, комплексном, динамическом блоке освоения Южной Якутии с проведением натурных исследований природных факторов и среды обитания человека.

Список литературы:

1. Агаджанян Н.А., Марачев А.Г., Бобков Г.А. - Экологическая физиология человека. М.: КРУК, 1999. 398 с.
2. Агаджанян Н.А., Петрова П.Г. - Человек в условиях Севера. – М.: АГМА, 1996. 179 с.
3. Горбанев С.А., Маймулов В.Г., Воробьева Л.В. Мониторинг среды обитания с учетом природных и техногенных факторов // Материалы X Всероссийского съезда гигиенистов и санитарных врачей (книга II). Москва, 2007. С. 634-638.
4. Борисова Н.В., Петрова П.Г. Эколого-физиологическое обоснование формирования функциональных резервов у коренных жителей Республики Саха (Якутия) // Наука и образование. 2008. №2 (50). С. 55-61.
5. Ермакова Н.В. Экологический портрет человека на Севере и вопросы этнической физиологии // Эколого-физиологические проблемы адаптации: Материалы XI Международного симпозиума». М.: Изд-во РУДН., 2003. С. 183.
6. Иванова О.Н., Петрова П.Г. Эпидемиология и факторы риска аллергических заболеваний в промышленных зонах Республики Саха (Якутия) // Якутский медицинский журнал. 2009. № 4. С. 66-69.
7. Петрова П.Г., Кершенгольц Б.М., Колосова О.Н и др. Влияние нарушений экологических равновесий на здоровье населения Севера на примере РС (Я) // Дальневосточный медицинский журнал, 2001. №4. - С.5 - 10.

ВЛИЯНИЕ КАЧЕСТВА ВОЗДУХА КЛАССОВ НА РЕСПИРАТОРНОЕ ЗДОРОВЬЕ УЧАЩИХСЯ

ПРОНИНА Т.Н., КАРПОВИЧ Н.В.

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ, НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ГИГИЕНЫ

Аннотация. Выполнена оценка качества воздуха 37 классов школ г.Минска. Концентрации загрязняющих веществ в воздухе классов были ниже среднесуточных предельно-допустимых концентраций. Установлено влияние показателей качества воздуха на степень проявления респираторных и аллергических симптомов у школьников. Интегральная оценка качества воздуха классов также позволила выявить зависимости и определить влияние комплекса загрязняющих веществ на респираторное здоровье учащихся. Показатели функции внешнего дыхания учащихся не определили обструктивные и рестриктивные нарушения у большинства школьников.

Ключевые слова: учащиеся, респираторные симптомы, аллергические симптомы, качество воздуха.

Abstract. Indoor air quality in 37 classrooms at Minsk schools was assessed. Average concentrations of indoor pollutants were far below than average daily maximum allowable concentrations. The influence of indoor air quality on the respiratory and allergic symptoms expressions in schoolchildren was determined. Integral assessment of the indoor air quality was useful in the identifying dependencies the influence of the complex pollutants on respiratory health of schoolchildren. Lung function of schoolchildren wasn't identified obstructive and restrictive abnormalities.

Key words: schoolchildren, respiratory health, allergic symptoms, indoor air quality

Актуальность. Вопросы окружающей среды и охраны здоровья актуальны для Республики Беларусь. Одной из региональных приоритетных задач Пармской декларации является «Профилактика заболеваний органов дыхания путем улучшения качества воздуха внутри и вне помещений» [1].

Методы. Оценка качества воздуха 37 классов 10 школ г.Минска проведена в соответствии с положениями руководства ВОЗ по качеству воздуха внутри помещений [2].

С целью поиска причинно-следственных связей между распространенностью данных отклонений в состоянии здоровья и основными параметрами внутришкольной среды выполнены спирометрические пробы (778 учащихся) и анкетирование родителей для последующего анализа распространенности среди школьников респираторных и аллергических симптомов (622 учащихся начальных классов (8-10 лет). Основными загрязнителями, включенными в программу оценки качества воздуха классов, были диоксид азота (далее – NO_2), формальдегид, бензол, толуол, этилбензол, ксилолы методом пассивного пробоотбора; PM_{10} методом активного пробоотбора. Для комплексной оценки степени загрязнения воздуха смесью веществ рассчитали интегральный показатель качества воздуха внутри помещения – КВП [4].

Результаты. По результатам оценки качества воздуха классов выявлено, что концентрации бензола, толуола, этилбензола, ксилолов, NO_2 в воздухе классов не превышали среднесуточных предельно-допустимых концентраций (далее – ПДКсс) и находились в очень низких концентрациях (1,99 мкг/м³ при ПДКсс 40,0 мкг/м³ – бензол; 5,42 мкг/м³ при ПДКсс 300,0 мкг/м³ – толуол; 0,9 мкг/м³ при ПДКсс 20,0 мкг/м³ – этилбензол; 5,95 мкг/м³ при ПДКсс 100,0 мкг/м³ – ксилолы). Значения концентрации NO_2 в воздухе классов варьировали от 4,05 мкг/м³ до 16,63 мкг/м³, и также были значительно ниже установленных ПДКсс (среднее значение – 9,20 мкг/м³ при ПДКсс 100,0 мкг/м³). Разброс значений концентраций формальдегида в 37 обследованных классах был в пределах установленных нормативов – 12,0 мкг/м³. Средняя концентрация PM_{10} в воздухе классов школ – 28,46 мкг/м³, что также ниже рекомендованных уровней (50 мкг/м³).

Изучение респираторных симптомов путем анкетирования родителей и с помощью объективных данных позволило получить информацию, как о диагностированных заболеваниях, так и о не диагностированных респираторных симптомах. Так, регулярный утренний кашель в осенний и

зимний период отмечали родители 17,0% школьников, распространенность симптома значительно колебалась (от 0% до 36,8%) в зависимости от параметров микроклимата в классах. Наблюдалось увеличение частоты данной жалобы при уменьшении значения относительной влажности воздуха, $p < 0,05$. В классах с относительной влажностью более 30,0% распространенность регулярного утреннего кашля составила 13,1%, в то время как в классах с меньшей относительной влажностью данный симптом встречался значительно чаще – 23,5% опрошенных. Регулярный дневной кашель отмечался у 10,1% всех опрошенных школьников, причем была выявлена зависимость между концентрацией формальдегида в классе и частотой регулярного дневного кашля. Концентрация формальдегида варьировала от 2,11 до 12,97 мкг/м^3 в зависимости от сроков ввода в эксплуатацию здания школы, проведения недавнего ремонта, мебелировки, а также использованных отделочных материалов и режима эксплуатации помещения. Регулярный дневной кашель отмечен у 6,1% детей, обучающихся в классах с концентрацией формальдегида менее 5 мкг/м^3 , среди детей, обучающихся в классах с более высокими концентрациями формальдегида, данная жалоба встречалась более чем в два раза чаще (14,4%, $p < 0,05$). Необходимо отметить тенденцию к увеличению частоты регулярного утреннего кашля при увеличении концентрации формальдегида, но различие между выборками не достигало уровня статистической значимости. Тем не менее, при достаточно высокой распространенности жалоб на регулярный кашель распространенность симптома «ежедневный кашель на протяжении более трех месяцев» была невысокой – 1,9 %.

Распространенность диагностированной астмы составила 3,5%, лечение от астмы в течение последнего года получали 2,3% детей. В то же время достаточно часто встречались ассоциируемые с астмой симптомы, имевшие место в течение последнего года: «сухой ночной кашель» (не связанный с простудой) – 14,8%, «дыхание с одышкой или со свистом» – 8,2% (6,6% при физической нагрузке). Дыхание с одышкой или со свистом, имевшее место более года назад, отмечалось родителями 12,5% школьников.

Установлена прямая корреляционная связь между частотой сухого ночного кашля не связанного с простудой и концентрацией PM_{10} в воздухе школьных помещений ($p < 0,05$). Концентрация PM_{10} варьировала от 13 до 55 $мгк/м^3$ в классах в зависимости от этажа, близости автодорог, наполняемости класса. Удельный вес детей с сухим ночным кашлем статистически значимо отличался в помещениях с концентрацией PM_{10} менее и более 30 $мгк/м^3$ (11,6% и 18,3% соответственно, $p < 0,01$). Аналогичная связь с концентрацией PM_{10} выявлена и для симптома «дыхание с одышкой или со свистом» ($p < 0,05$). У каждого десятого школьника, обучавшегося в помещении с концентрацией PM_{10} более 30 $мгк/м^3$ отмечен данный симптом (9,9%), среди детей, обучавшихся в помещениях с меньшей концентрацией, дыхание с одышкой или со свистом встречалось реже – 6,6%, $p < 0,05$.

Распространенность аллергических реакций в целом составила 36,3%. В частоте встречаемости отмечен большой разброс данных от 0 до 52,9% в помещениях с различными условиями внутришкольной среды. Выявлены различия распространенности поллиноза в зависимости от этажа, на котором располагалась классная комната: статистически значимо ($p < 0,05$) реже поллиноз встречался при расположении класса на 3 этаже здания, в сравнении с расположенными на 1-2 этажах, средняя распространенность составила 1,3% и 3,4% соответственно.

Не было установлено статистически значимых связей между концентрациями отдельных химических веществ (бензол, этилбензол, толуол, ксилол, диоксид азота) в воздухе и частотой респираторных и аллергических симптомов у школьников, что вероятно объясняется содержанием веществ в концентрациях значительно ниже предельно-допустимых.

С целью оценки влияния комплекса факторов, характеризующих качество воздуха внутришкольных помещений, был рассчитан показатель КВП. Значения КВП в учебных помещениях варьировали от 0,651 до 1,754. Нами была проведена категоризация помещений в зависимости от величины КВП: первая группа – помещения с КВП менее 1 (20 помещений), вторая – с КВП от 1 и более (17 помещений). Выявлена прямая корреляционная связь

между величиной КВП и распространенностью таких симптомов, как конъюнктивит и сухой ночной кашель (продолжительностью не менее 2 недель в течение последнего года), $p < 0,05$. Распространенность сухого ночного кашля статистически значимо отличалась в двух выборках ($p < 0,01$) и составила в среднем 11,7% и 17,5% соответственно. В первой группе распространенность конъюнктивита была значимо ниже в сравнении со второй ($p < 0,05$), средние значения распространенности составили 3,7%, и 7,4% соответственно. Отклонение показателя фактической ЖЕЛ от ДЖЕЛ среди всех обследованных школьников составило в среднем 0,94. У девочек показатель значимо выше, чем у мальчиков (0,96 и 0,91 соответственно, $p < 0,001$). В целом данные спирометрии свидетельствовали о благоприятном соответствующем должному состоянию дыхательной системы у большинства обследованных.

Заключение. Полученные данные позволили сформировать доказательную базу, подтверждающую влияние качества воздуха внутришкольной среды на респираторное здоровье учащихся. По результатам лабораторно-аналитического мониторинга факторов внутришкольной среды 37 помещений учреждений образования: концентрации бензола, толуола, этилбензола, ксилолов, азота диоксида, формальдегида, PM_{10} не превышали среднесуточных предельно допустимых концентраций в воздухе помещений. Не было установлено статистически значимых связей между концентрациями отдельных химических веществ (бензол, этилбензол, толуол, ксилол, диоксид азота) в воздухе и частотой респираторных и аллергических симптомов у школьников, что вероятно объясняется содержанием веществ в концентрациях значительно ниже предельно-допустимых.

Интегральный показатель качества воздуха внутри помещения – КВП, позволил не только дать комплексную оценку степени загрязнения воздуха смесью веществ, но и выявить зависимости и определить влияние загрязняющих веществ на респираторные и аллергические симптомы у учащихся. Показатели функции внешнего дыхания учащихся позволили констатировать отсутствие обструктивных и рестриктивных нарушений у большинства обследованных.

Список литературы:

1. Инструменты для мониторинга выполнения обязательств Пармской конференции: отчет о совещании 25-26 ноября 2010 г., Бонн, Германия.
2. Методы мониторинга качества воздуха в школьных помещениях: отчет о совещании 4-5 апреля 2011 г. Бонн, Германия.
3. Руководство по респираторной медицине: в 2 томах / Под ред. А. Г. Чучалина. — М.: ГЕОТАР, 2007.
4. Пронина, Т.Н. Лабораторно-аналитический мониторинг показателей качества воздуха внутри и вне школьных помещений /Т.Н. Пронина, А.Н. Ганькин, Н.В. Бобок, Н.В. Карпович// Журнал «Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья». Москва. – 2013. – выпуск 3. – С. 39 – 48.

АНАЛИЗ РАБОТЫ КАБИНЕТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПОЛИКЛИНИКИ ГБУ РС(Я) ЯРОД

ПРОТАСОВА Н.А.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М.К.
АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. Онкологические заболевания (ОЗ) одна из основных причин смертности во всем мире. По данным ВОЗ, ежегодно в мире от ОЗ умирает более 7,5 млн человек, что составляет 13% всех умерших, причем около 2/3 смертей приходится на бедные и развивающиеся страны, в которых возможности профилактики, своевременной диагностики и эффективного лечения весьма ограничены.

Ключевые слова: медицинская сестра, онкология, уход.

Abstract. Cancer (CO) is one of the leading causes of death worldwide. According to WHO, every year in the world of OZ kills more than 7.5 million people, representing 13% of all deaths, with about two thirds of deaths occur in poor and developing countries, in which the possibilities of prevention, timely diagnosis and effective treatment are limited.

Keywords: nurse, oncology care.

Оказание медицинской помощи населению с онкологическими заболеваниями в медицинских организациях осуществляется в виде: первичной медико-санитарной помощи; скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи; паллиативной медицинской помощи.

Цель: изучить работу кабинетной медицинской сестры поликлиники ГБУ РС(Я) «Якутский республиканский онкологический диспансер».

Предмет исследования деятельность кабинетной медицинской сестры.

Материалы и методы. Проведен анализ основных показателей деятельности поликлинического отделения ГБУ РС(Я) «Якутский республиканский онкологический диспансер»; Проанализированы деятельность кабинетной медицинской сестры поликлиники; Выявлен уровень и степень выраженности синдрома эмоционального выгорания, также определен уязвимость к стрессу медицинских сестер поликлиники ГБУ РС(Я) «Якутский республиканский онкологический диспансер». Исследование проводилось на базе поликлинического отделения ГБУ РС(Я) «ЯРОД». Выборку составили 11 медицинских сестер поликлиники ГБУ РС(Я) «ЯРОД». В данном исследовании указанная проблема рассматривалась на материале одновременного изучения явлений уязвимости к стрессу и эмоционального выгорания у медицинских сестер. Всем обследуемым был предъявлен следующий комплекс психодиагностических методик: методика диагностики эмоционального выгорания И.В.Островской, который состоял из 8 вопросов; опросник уязвимости к стрессу (Р.Перес Ловелле, Н.В.Кудрявая), включал 20 вопросов. Возраст медицинских сестер, участвовавших к опросу составил в основном - от 25 до 50 лет. Общий стаж работы респондентов - 5-10 лет - 4(36,3%), 10-20 лет (6(54,5%)), и более 20 лет (1(9,2%)). Методика определения уязвимости к стрессу включает 20 утверждений, на которые необходимо дать либо утвердительный, либо отрицательный ответ. Каждый отрицательный ответ оценивается в 5 баллов.

Результаты и обсуждение. Работа поликлиники проводится согласно принятому плану, в связи с этим в динамике показателей за проанализированный период существенных изменений не наблюдается. Общая комплектация штатами составляет 92,2%. В условиях поликлинического отделения в 2012 г. проведено лишь 59 малых операций (операции на коже и подкожной клетчатке с применением лазера), уменьшение по сравнению с 2011 г. составляет на 141 операций.

В достижении определенных результатов в улучшении качественных показателей как по поликлинике, так и по РС(Я) большой вклад вносит средний медицинский персонал, так как он составляет 80% квалифицированной рабочей силы в системе здравоохранения и

осуществляет круглосуточный и всесторонний уход за пациентами. Организация работы кабинетной медицинской сестры в поликлиническом отделении определяется спецификой отделения. Медицинская сестра несет ответственность за своевременное и качественное выполнение назначений лечащего врача, за санитарное состояние отделения. Все большее внимание уделяют моральной поддержке и вниманию, которые так необходимы нашим пациентам.

Со средней (25-40 баллов) степенью уязвимости к стрессу оказалось 7(63,6%) медсестер от общего числа испытуемых. Средний возраст медсестер в этой группе – 34-36 лет, при среднем стаже работы более 10 лет. 4(36,4%) -с низкой степенью, по результатам опросника респондентов с высокой степенью уязвимости к стрессу не выявлено. Синдром эмоционального выгорания выявили у 3 респондентов из 2 группы, что составляет 27,2%. Условия труда медицинской сестры поликлинического отделения ГБУ РС(Я) «ЯРОД»обладают спецификой, которая может быть значимой для формирования синдрома эмоционального выгорания.

Заключение. Оказание медицинской помощи населению с онкологическими заболеваниями в медицинских организациях осуществляется в виде: первичной медико-санитарной помощи; скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи; паллиативной медицинской помощи.

Поликлиническое отделение является структурным подразделением ГБУ РС(Я) «ЯРОД». В рамках Программы государственных гарантий в ГБУ РС (Я) «Якутский республиканский онкологический диспансер» бесплатно предоставляется: специализированная медицинская помощь.

Основными задачами поликлиники являются: организация противораковых мероприятий, проводимых общей лечебной целью.

Основные функции следующие: проведение консультативной и диагностической помощи лицам с наличием доброкачественных и злокачественных новообразований или подозрением на них, а также

предопухолевых заболеваний; обеспечение проведения комплексной лучевой и химиотерапии больным со злокачественными опухолями; организацию постоянной консультативной и организационно-методической помощи врачам поликлиники; организацию проведения массовых осмотров населения на выявление опухолевых и предопухолевых заболеваний с использованием цитологических, маммографии («День открытых дверей»); учет, диспансеризацию и лечение больных с предопухолевыми и злокачественными заболеваниями; контроль за работой смотровых кабинетов; систематический анализ состояния заболеваемости и смертности от злокачественных заболеваний, причин выявления запущенных случаев опухолей; проведение мероприятий по повышению квалификации сотрудников по онкологии; заполнение учетно-отчетной документации в установленном порядке.

В ГБУ РС(Я) «ЯРОД» специализированная медицинская помощь предоставляется гражданам при новообразованиях и предопухолевых заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных и ресурсоемких медицинских технологий. Медицинская помощь предоставляется гражданам: стационарная помощь; амбулаторно-поликлиническая помощь (консультативная).

Критерии доступности и качества медицинской помощи: отсутствие нарушений трудовой дисциплины и внутреннего распорядка учреждения; соблюдение санитарно-эпидемиологического режима учреждения, лечебно-охранительного режима; соблюдение принципов медицинской этики, деонтологии и субординации; отсутствие обоснованных жалоб со стороны посетителей, больных или их родственников по этике и деонтологии; удовлетворенность населения медицинской помощью; доступность медицинской помощи на основе оценки реализации нормативов объема медицинской помощи по видам в соответствии с Программой, а также установленных территориальной программой сроков ожидания гражданами медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке; эффективность использования ресурсов здравоохранения (кадровых, материально-технических, финансовых и

других), в том числе показатели обеспеченности населения врачами, средним медицинским персоналом и больничными койками.

Общая комплектация штатами поликлиники составляет 92,2%. Число работающих сотрудников на конец 2012 года – 23,5. Укомплектованность по штатному расписанию: врачей – 7 (77,8%); СМП – 11,5 (100%); ММП – 5 (100%). Все врачи и медицинские сестры имеют сертификат специалиста (100%). Среди среднего медицинского персонала 50% сотрудников имеют квалификационную категорию. Из них 50% - высшую, 16,7% - первую, 33,3% - вторую.

Анализ выполнения общего плана посещаемости показывает, что в 2012 г. план выполнен на 100%. Дневной стационар в поликлинике рассчитан на 2 койки. Количество больных за 2012 г. составила 555, количество больных закончивших лечение – 85, койко-дней за данный период составил 1794, средний оборот койки – 0,47.

За анализируемый период в структуре малых оперативных вмешательств в поликлинике на первом месте стоит биопсия в гинекологическом кабинете, количество проведенных операций составило 416, на втором месте - трепан-биопсии из них в основном проводились молочной железы, органов грудной клетки, органов брюшной полости, костно-мышечной системы, предстательной железы. На третьем месте - АБЭ (аспирационная биопсия полости матки), далее сургитрон, лапароцентез и т.д.

Количество снятых ЭКГ по годам увеличивается, в 2010 году составило 3132, в 2011 г. – 3010, в 2012 г. – 3299. Среди больных в основном преобладали стационарные. Среди пациентов количество городского и сельского населения находится на одинаковом уровне, в динамике также существенных отличий не наблюдается. В анализе деятельности эндоскопического кабинета поликлиники также не наблюдается существенных различий по годам, по проведенным исследованиям.

В структуре работы перевязочного кабинета преобладают следующие виды манипуляций: перевязки, изменений по годам не отмечается; проведение тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ), причем наблюдается

незначительное увеличение количества проведенных манипуляций и взятие мазков на цитологию (отделяемое из соска, опухолей кожи, трепан-биопсии и т.п.).

Основными задачами кабинетной медицинской сестры являются выполнение лечебно-диагностических назначений врача-онколога и помощь ему в организации специализированной медицинской помощи населению. Оценка работы медицинской сестры онкологического кабинета проводится врачом-онкологом, главной медицинской сестрой на основании учета выполнения ею своих функциональных обязанностей, соблюдения правил внутреннего распорядка, трудовой дисциплины, морально-этических норм, общественной активности.

Кабинетные медицинские сестры поликлиники ЯРОД осуществляет: подготовку перед амбулаторным приемом врача-онколога рабочих мест, контролируя наличие необходимого медицинского инструментария, инвентаря, документации, проверяя исправность аппаратуры и средств оргтехники; контроль за своевременным получением результатов исследований и расклеивание их в медицинские карты амбулаторных больных; при необходимости помощь пациентам в подготовке к осмотру врача; помощь врачу при осуществлении биопсии и других манипуляций; разъяснения пациентам способов и порядка подготовки к лабораторным, инструментальным и аппаратным исследованиям; оформление требований на медикаменты, перевязочный материал и получение их у главной медицинской сестры поликлиники; участие в проведении работы по гигиеническому обучению и формированию здорового образа жизни среди пациентов.

Основными функциями медицинской сестры кабинета функциональной диагностики являются подготовка рабочего кабинета; выполнение медицинских процедур и манипуляций по назначению врача; оказание неотложной медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях; ведение медицинской документации; соблюдение алгоритма проведения сестринских процедур и манипуляций. Должна владеть, методами оказания доврачебной помощи, готовить необходимый набор

инструментов и материала и ассистировать врачу при проведении других манипуляций в данном кабинете. Соблюдает санитарно-эпидемиологический режим кабинета, также ежедневный контроль за наличием необходимого количества лекарственных препаратов в аптечке для оказания экстренной помощи. Осуществляет контроль за работой санитарки кабинета.

В целях улучшения качества оказания медицинской помощи, повышения квалификации и координации работы сестринского и младшего медицинского персонала в ЯРОД организован Совет по сестринскому делу. Определено основное направление работы - организация сестринской практики лечебно-диагностических служб и лечебных отделений, направленное на повышение качества оказываемой сестринской помощи. В связи с этим членами его стали наиболее опытные и грамотные медицинские сестры, которые решают вопросы качества ухода за пациентами, вопросы этики и деонтологии. Стремясь более эффективно использовать возможности сестринского персонала, его знание и опыт, ведется поиск новых форм организации работы. Кроме того, проводится большая работа по профессиональной подготовке, организации рабочих мест, повышению качества оказываемой медицинской помощи, внедрению современного оборудования, расходных материалов, что способствует более качественному оказанию медицинской помощи. Проводится огромная работа по совершенствованию знаний сестринского персонала, в виде сестринских конференций, семинаров. Регулярно проводимые семинары, учебы на завершающем этапе посредством компьютерного тестирования позволяют нам оценить уровень знаний медицинских сестер и ставить задачи по дальнейшему улучшению подготовки по определенным разделам работы. Работа Совета по сестринскому делу полностью оправдала себя и способствовала решению многих насущных проблем в работе среднего медицинского персонала. Сегодня Совет является мощной общественной силой, способной решать многие вопросы организации сестринского дела.

В связи с резко возросшим темпом и интенсивностью рабочей активности специалиста, повышенным требованиям к качеству его труда возрастает и эмоциональная нагрузка на медицинского работника, часто принимающая

форму психологического стресса. В наши дни эта проблема приобретает все большую актуальность. Одна из форм проявления хронического профессионального стресса в том числе и у медработников, получила в научной литературе терминологию "синдрома эмоционального выгорания", при котором полноценная деятельность и активный жизненный настрой подменяется апатией и безразличным отношением не только к своей непосредственной работе, но и другим жизненным интересам, отрицательно влияя на психическое и соматическое здоровье специалиста.

Исследование проводилось на базе поликлинического отделения ГБУ РС(Я) «ЯРОД». Выборку составили 11 медицинских сестер поликлиники ГБУ РС(Я) «ЯРОД». В данном исследовании указанная проблема рассматривалась на материале одновременного изучения явлений уязвимости к стрессу и эмоционального выгорания у медицинских сестер.

Всем обследуемым был предъявлен следующий комплекс психодиагностических методик: методика диагностики эмоционального выгорания И.В.Островской, который состоял из 8 вопросов; опросник уязвимости к стрессу (Р.Перес Ловелле, Н.В.Кудрявая), включал 20 вопросов.

Возраст медицинских сестер, участвовавших к опросу составил в основном - от 25 до 50 лет. Общий стаж работы респондентов - 5-10 лет - 4(36,3%), 10-20 лет (6(54,5%)), и более 20 лет (1(9,2%)).

Методика определения уязвимости к стрессу включает 20 утверждений, на которые необходимо дать либо утвердительный, либо отрицательный ответ. Каждый отрицательный ответ оценивается в 5 баллов.

У медсестер обнаружено различное состояние уязвимости к стрессу. Анализ исследования показал, что на основе бальной оценки было выделено две группы медицинских сестер, наиболее многочисленной оказалась вторая группа со средней (25-40 баллов) степенью уязвимости к стрессу – 7(63,6%) от общего числа испытуемых. Средний возраст медсестер в этой группе – 34-36 лет, при среднем стаже работы более 10 лет. 4(36,4%) относились к 3

группе (с низкой степенью), по результатам опросника респондентов с высокой степенью уязвимости к стрессу не выявлено.

Признаки синдрома эмоционального выгорания определены у респондентов 2 группы со средней степени уязвимости к стрессу (3(42,8%), в 3 группе с низкой степени – отсутствуют. Из 11 респондентов синдром эмоционального выгорания выявили у 3 респондентов из 2 группы, что составляет 27,2%.

Список литературы:

1. Амбросьева Г.М. Диагностика и лечение ретинобластомы // Вестник Российского Славянского Университета.- Москва.-2012.- том 13.- N1.- С.91-94
2. Агаджанян Н.А., Петрова П.Г., Егорова Г.А. Эколого-эпидемиологические особенности онкологической заболеваемости населения РС(Я)// Экология человека, №1, М., 2005. - С.4-7.
3. Ананина О.А., Одинцова И.Н. Распространение рака молочной железы на территории региона Сибири и Дальнего Востока // Актуальные проблемы клинической онкологии и преканцерогенеза: материалы 17-й межрегиональной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 60-летию организации онкологической службы Якутии. – Якутск: Сфера, 2010. – С. 35–37.
4. Архипова О.Е., Черногубова Е.А., Лихтанская Н.В., Тарасов В.А., Кит О.И. Анализ встречаемости онкологических заболеваний. Пространственно-временная статистика // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 7 (часть 3). – стр. 504-510.
5. Вельшер Л.З., Решетов Д.Н., Асиновсков И.Г. Современные аспекты диагностики распространенности высокодифференцированных форм рака щитовидной железы // Мат. VIII Российского онкологического конгресса 2009. – М. – С. 92-94.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ Г. ЯКУТСКА: АНАЛИЗ СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ

САВВИНА Н.В., БОРИСОВА Е.А., ЛУЦКАН И.П.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. В настоящее время основным сектором национальной системы является здравоохранение первичного звена, в котором сосредоточена большая часть кадровых и материально-технических ресурсов. Отрасль представляет собой чрезвычайно сложную, неоднородную систему, отличающуюся значительным своеобразием составляющих её элементов, а также высокой степенью автономности от вышестоящих органов управления. Изучение показателей деятельности здравоохранения позволяет принимать управленческие решения в зависимости от сложившейся ситуации и с учетом принимаемых нормативно-правовых актов в РФ и Республике Саха (Якутия).

Ключевые слова: подушевое финансирование, оптимизация, трехуровневая система медицинской помощи.

Abstract. Now the main sector of national system is the health care of primary link in which the most part of personnel and material resources is concentrated. The branch represents extremely difficult, non-uniform system, differing a considerable originality of elements making it, and also high degree of autonomy from higher bodies of management. Studying of indicators of activity of health care allows to make administrative decisions depending on current situation and taking into account adopted normative legal acts in the Russian Federation and the Republic of Sakha (Yakutia).

Keywords: per capita financing, optimization, three-level system of medical care.

Актуальность. Город Якутск является административным центром Республики Саха (Якутия) занимает территорию общей площадью 3,6 тыс.кв.км. По состоянию на 01.01.2012 в системе здравоохранения города Якутска существовала сеть из 14 отдельных юридических лиц - медицинских

учреждений здравоохранения: 7 больниц (в структуре 2 из которых 4 фельдшерско-акушерских пункта), 4 поликлиники, «Станция скорой медицинской помощи», «Городской специализированный дом ребенка», «Якутскмедтранс».

Общая мощность медицинских организаций составляет 890 круглосуточных коек в стационаре, 118 коек дневного стационара, 193 стационарозамещающего коечного фонда, 3536 посещений в смену в поликлиниках.

Для качественного медицинского обслуживания населения наряду с другими факторами немаловажное значение имеет оптимальное размещение, достаточность и состояние материально-технической базы. Из 40 лечебных зданий городского здравоохранения только 16 (40 %) построены по типовым проектам («советского» периода), остальные 26 (60%) располагаются в приспособленных зданиях. Физический износ зданий стационаров составляет 43 % от общей балансовой стоимости. Дефицит производственных площадей по городскому здравоохранению составляет по амбулаторно-поликлиническим учреждениям 12 667,4м², по стационарам 1200,0м².

Парк медицинской техники в учреждениях здравоохранения города Якутска представлен более 1622 ед. крупного оборудования, при этом 27% медицинской техники используется сверх установленного срока эксплуатации.

Столица характеризуется устойчивой динамикой роста основных социально-экономических показателей. Из года в год наблюдается увеличение численности жителей столицы. По данным Госкомстата РС(Я) на конец 2012 года численность постоянного населения составила 286691 человек, из них 99,7% обслуживаются в медицинских организациях первичного звена государственных бюджетных учреждений г.Якутска, что на 25798 человек больше, чем в 2010 году (260 893). Темп роста в соотношении 2010 к началу 2013 году составил 132%. Лиц трудоспособного возраста в городе насчитывается 113 348 человек (49,2 % от общей

численности жителей), что выше по сравнению с прошлым годом на 11 187 человек. Детское население составляет 70 233 (2011 г. – 69385).

Методы исследования: аналитический, статистический.

Результаты. Демографическая ситуация на протяжении последних лет выгодно отличается от других субъектов России высоким показателем рождаемости, стабильно низкой смертностью и положительной динамикой коэффициента естественного прироста населения республики, в том числе в г. Якутске. Таким образом, ежегодный естественный прирост населения увеличивается в среднем на 2%, и в 2012 году составил 14,5. При этом необходимо учитывать и миграционные потоки населения, так только в 2012 г. увеличение составило 4695 чел.

Тенденции смертности населения, ее повозрастные особенности имеют большое значение с позиций демографического и социально-экономического развития. Показатель общей смертности в Якутске в 2012 году составил 8,4 на 1000 населения. Основные причины смертности населения в течение последних лет не претерпели существенных перемен. Почти каждый второй умирает от болезней системы кровообращения, каждый пятый - от несчастных случаев, отравлений и травм. Продолжает увеличиваться показатель одногодичной летальности от злокачественных новообразований с 20,2% в 2011г. до 28,1% в 2012г.

При этом показатель общей смертности мужского населения в 1,6 раза выше, чем женского, особенно существенны различия тенденций смертности населения в трудоспособном возрасте. При сравнительном анализе выявлено, что продолжительность жизни населения города Якутска меньше, чем в целом по Республике Саха (Якутия) - практически на 1 год, мужчины в среднем живут 60,2 года, женщины - 72,3 года

Одним из показателей, характеризующих здоровье населения, является заболеваемость. В 2012г. уровень общей заболеваемости взрослого населения возрос на 1,1% и составил 1778,0 на 1000 населения (2011 г. – 1592,2). В структуре по-прежнему, ранговое лидирующие места остаются за болезнями системы кровообращения– 15,5% (2011 г. - 16,1%; 2010 г. –

15,6%), при этом необходимо отметить увеличение впервые зарегистрированных болезней системы кровообращения с 7856 случаев в 2011 г. до 8948 в 2012 г., из них болезни характеризующиеся повышением артериального давления составляют 23,8%, что на 18,2% выше по сравнению с предыдущим годом. И болезнями органов дыхания, в основном за счет детского населения – 14,8% (2011 г. - 15,0%; 2010 г.- 14,8%). Так, за последние пять лет заболеваемость болезнями органов дыхания увеличилась в 1,2 раза, в т.ч. рост заболеваемости бронхиальной астмой повысился в 1,3 раза, хроническими обструктивными заболеваниями легких в 1,2 раза. На диспансерном учете по лечебно-профилактическим учреждениям г. Якутска состоит 31,3% от всего населения, из них ежегодно осматриваются и оздоравливаются около 86%. Из состоящих на диспансерном учете 18,4% занимают болезни системы кровообращения, 9,4% болезни органов дыхания, 7,3% болезни костно-мышечной системы.

Основным показателем, отражающим качество работы первичного звена, является индикатор первичного выхода на инвалидность. Среди населения г.Якутска данный показатель с 56,4 на 10 000 населения в 2011г., увеличился в 2012 году до 68,4, превышая республиканские цифры – 64,7 на 10 000 населения.

Несмотря на данную сложившуюся тенденцию, при анализе данных посещений врачей-специалистов, не прослеживается корреляции между структурой посещений и структурой заболеваемости, смертности: на первом месте – посещения врача-эндокринолога (37 289), на втором – физиотерапевта (22 598). Посещение врача-кардиолога лишь на третьем месте (18 876), на четвертом – гастроэнтеролога (13 226), на пятом – уролога (12 023) и на шестом месте – посещение врача – онколога (11 297)! Что вызвано, в первую очередь, дефицитом штатных единиц и физических лиц среди узких специалистов амбулаторного звена городского здравоохранения (5 врачей-кардиологов, при нормативе -14; 2 онколога при нормативе – 7,9; 1 гастроэнтеролог при нормативе - 4).

Большое количество посещений определенных специалистов вызвано их участием в проведении дополнительной диспансеризации и медицинских

осмотров взрослого и детского населения. Занимающее второе место по городу посещения врача-физиотерапевта на 48-51% обеспечены соответственно деятельностью только одной больницы, т.е. сегодня руководитель медицинской организации определяет не только приоритеты при обеспечении медицинской помощью населения, но стратегическое направление развития медицинской организации.

В настоящее время, когда контроль финансовых затрат на оказание медицинской помощи является важнейшей функцией руководителя учреждения здравоохранения, в роли основного инструмента, обеспечивающего не только выбор наиболее эффективных и качественных образцов медицинской стратегии, но и анализ результатов применения тех или иных методик, выступают технико-экономические методы. С внедрением новых механизмов финансирования и вступления в рыночные отношения, для сохранения конкурентоспособности медицинской организации существует необходимость концентрации дорогостоящей высокоинформативной и сложной техники в межтерриториальных амбулаторных диагностических центрах и специальных профильных отделениях амбулаторной службы.

Не смотря на проводимые реформы в системе здравоохранения, увеличение финансирования отрасли, продолжают сохраняться серьезные проблемы, которые препятствуют достижению поставленных задач, направленных, в первую очередь, на повышение доступности и качества оказания медицинской помощи, улучшение здоровья населения и удовлетворенности пациентов медицинскими услугами.

Ключевая роль в развитии отрасли принадлежит кадровым ресурсам, обеспечению квалифицированными медицинскими работниками, прежде всего первичного звена здравоохранения. При этом показатели обеспеченности медицинскими кадрами в г.Якутске, где сосредоточена 1/3 населения республики, резко отличаются от республиканских цифр и имеют тенденцию к снижению, в т.ч. за счет активного развития частной медицины. Так, обеспеченность врачебным персоналом по итогам 2012г. на 10 000 приписного населения в г.Якутске составила 35,2 (в 2010-37,8,

2011 – 37,2), по РС(Я) в 2012г. – 50,7, средним медицинским персоналом – 52,7 (в 2010-57,6, 2011 – 56,5), по РС(Я) в 2012г. – 119,2!

Укомплектованность кадрами составляет - 84% (2011г. - 82%), наиболее низкая укомплектованность среди среднего медперсонала – 80%, фармацевтов и провизоров – 50%. По сравнению с 2012г., укомплектованность врачебными кадрами уменьшилась с 85% до 83%, средним медперсоналом с 82% до 80%, младшим медперсоналом с 87 % до 85 %.

Количество ушедших врачей в 2012 году составило 138 человек, средних медработников – 184, при этом молодых специалистов прибыло всего 33 человека, в т.ч. 20 врачей, 13 среднего медицинского персонала, при этом потребность составляет: терапевты участковые – 14, педиатры участковые – 27, врачи общей практики – 31, медсестры -222.

Также отмечается кадровая диспропорция, связанная с высокой долей медицинских работников пенсионного и предпенсионного возраста: 38% среди врачей, 40% среди среднего медицинского персонала.

В то же время при имеющемся дефиците штатной численности, с учетом внедрения порядков оказания медицинской помощи в г.Якутске необходимо до 1404 шт. ед., в т.ч. врачей специалистов – 414, среднего мед.персонала – 594, младшего мед.персонала – 396 шт.ед.

Вывод. Таким образом, в здравоохранении города Якутска сложилась ситуация, требующая принятия ряда организационных мер для предотвращения рисков, направленных на повышение эффективности использования ресурсов (материальных, финансовых, кадровых, информационных). Одним из путей решения является проведение реорганизации инфраструктуры здравоохранения с приведением в соответствие с численностью и составом населения города Якутска, с учетом структуры заболеваемости на территории города Якутска путем укрупнения структуры учреждений здравоохранения с организацией межтерриториальных медицинских объединений, вместо существующих сегодня шести отдельных юридических лиц с различными ресурсами.

СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В АРКТИЧЕСКОЙ ЗОНЕ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

СЕМЕНОВ С.И., МАКСИМОВА С.С., НИКИТИНА С.Г.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ М.К.
АММОСОВА, НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ЗДОРОВЬЯ

Аннотация. С целью определения широты распространения маркеров вирусных гепатитов В, С и D среди населения улусов арктической зоны Якутии были обследованы на наличие HbsAg 4049 человек, из них положительными оказались 327, что составило 8,0%, на маркер вирусного гепатита С (a-HCV) – 1520 обследованных, положительных – 29 (2,0%). Результаты проведенных работ позволили выявить среди 108 HbsAg-позитивных исследуемых 9 (8,5%) человек с наличием в сыворотке крови антитела на гепатит D (a-HDV). Абыйский район следует отнести к эндемичным регионам по вирусному гепатиту В среди взрослого и детского населения (10,6%). Также в этом районе установлена повышенная циркуляция HDV-инфекции среди больных вирусным гепатитом В (10%). Также повышенные показатели выявляемости HbsAg были в п. Кыстатем Жиганского улуса 9,7% и Верхоянском улусе – 7,0%. В Эвено-Бытантайском и Абыйском улусах нами обнаружены наиболее высокие показатели носительства HbsAg, в 14% и в 10,8% соответственно. Причем, в Эвено-Бытантайском улусе HbsAg был обнаружен в сыворотках крови детей от 0 до 14 лет в 2,7% случаев, у подростков (15-18 лет) в 25,3%, у взрослых в 17,1%.

Ключевые слова: хронический вирусный гепатит В, С, D. HbsAg.

Abstract. The research had the task of estimating the range of viral hepatitis markers В, С and D spread among population of the Arctic zone of Yakutia. 4049 patients were studied and 327 of them were infected with HbsAg, that is 8%. And viral hepatitis marker С (a-HCV) - from 1520 patients, positive result had 29 of them (2,0%). The result of this research has allowed to identify 9 people (8,5%) among 108 HbsAg positive

patients with presence of antibodies on hepatitis D (a-HDV) in blood serum. The Abiysky district is to be determined as endemic region of viral hepatitis B among armature and teenage population (10,6%). Also the intensive circulation of HDV-infections among viral hepatitis patients B (10%) is determined there. Also, enhanced detection rates were in a village Kistatem of Zhigansky district 9,7 %, Verkhoysky district 7,0%. In Eveno-Bytantayskiy and Abiysky districts we have found the highest rates of HbsAg carriage, in 14% and in 10,8% accordingly. Moreover, in Eveno-Bytantayskiy district HbsAg was identified in the children blood serum from 0 to 14 years old in 2,7%, teenagers (15-18 years old) in 25,3%, amateurs in 17,1%.

Key words: chronic viral hepatitis B, C,D, HBsAg

Актуальность проблем гепатитов В, С, D определяется высокой эпидемиологической и социально-экономической значимостью этих заболеваний, широким и повсеместным распространением, активным вовлечением в эпидемический процесс лиц репродуктивного, наиболее трудоспособного возраста, значительными расходами государства на лечение лиц, инфицированных вирусами гепатита В, С и D. Заболеваемость хроническими вирусными гепатитами (ХГВ) по темпам и масштабом распространенности по всему миру значительно превосходит заболеваемость СПИДом. Почти треть населения земли инфицированы вирусом гепатита В, а вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) инфицировано 30 млн человек. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно 50 млн человек в мире заболевают гепатитом В (ГВ). В мире инфицированы вирусом гепатита С от 100 до 200 млн человек. По прогнозам ВОЗ в последующие 10-20 лет хронический гепатит С (ХГС) станет основной проблемой органов здравоохранения всех стран мира. Из-за повсеместного распространения вируса гепатита С на 60% может увеличиться количество больных циррозом печени, на 68% - с гепатоцеллюлярной карциномой. Вместе с тем открываются все новые вирусы гепатитов, вызывающие опасные поражение печени [1].

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 г. № 715 гепатиты В и С включены в перечень социально значимых заболеваний. В целях предупреждения и борьбы с социально значимыми заболеваниями Постановлением Правительства Российской Федерации от 10 мая 2007 г. № 280 утверждена федеральная целевая

программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2011 годы)», включающая подпрограмму «Вирусные гепатиты».

В настоящее время в науке известны вирусные гепатиты А (ГА), В (ГВ), С (ГС), D (ГD), E (ГE). Недавно были открыты новые вирусы гепатита – F (ГF), G (ГG), TTV, SEN-V. Их роль в поражении печени мало изучены, но предполагается, что они могут вызвать острый и хронический вирусный гепатит с печеночной недостаточностью со смертельным или доброкачественным исходами. В середине 1960 – начале 1970-х были открыты вирусы ГА и ГВ, вирус ГD открыт в 1977 г., ГE – в 1985 г., ГС – в 1988 г., ГF – в 1994 г., ГG – в 1995 г., TTV, SEN-V – в начале 2000-х г. [2,3,4]. Однако комплексная оценка социальной значимости бремени заболеваемости, обусловленной вирусом гепатита В, С и D в Республике Саха (Я), особенно в части арктической зоны обусловило проведение настоящего исследования.

Методы и материалы. В условиях Арктики наиболее реальным является выезд бригады специалистов с ИФА лабораторией с целью выявления бессимптомных носителей и больных вирусными гепатитами, обучающие семинары на местах врачей, специалистов, проведение организационных мер по профилактике вирусных гепатитов.

Нами было исследовано всего 4049 образцов сывороток, в том числе: в Абыйском улусе в 4-х населенных пунктах – 370, в Верхоянском в 3-х селах – 1376, в Жиганском – 1239, в п. Кыстатем Жиганского улуса – 144 и Эвено-Бытантайском – 920. Обследованию подвергались учащиеся школ с 1 по 11 класс, призывники и взрослые – работники школ и медицинских учреждений.

Диагностический скрининг проводился методом ИФА. Сыворотки были исследованы на наличие маркеров парентеральных гепатитов В, С и D. Определяли HbsAg, а-Hbcor-суммарный, а-HCV, у HbsAg-положительных сыворотка исследовалась на наличие а-HDV. Применялись тест-системы Вектор-Бест (Новосибирск) с обязательной постановкой на подтверждающих тестах.

Основные результаты. До выезда экспедиционной бригады с ИФА лабораторией и тестирования на маркеры гепатита В в Абыйском, Эвено-Бытантайском улусах этого региона в рассматриваемые годы не регистрировалась ни одного случая HbsAg-носительства и случаев гепатита В. С целью определения широты распространения маркеров вирусных гепатитов В, С и D среди населения вышеперечисленных улусов арктической зоны Якутии были обследованы на наличие HbsAg 4049 человек, из них положительными оказались 327, что составило 8,0%, на маркер вирусного гепатита С (a-HCV) – 1520 обследованных, положительных – 29 (2,0%). Результаты проведенных работ позволили выявить среди 108 HbsAg-положительных исследуемых 9 (8,5%) человек с наличием в сыворотке крови антитела на гепатит D (a-HDV). В поселке Кыстатем из 144 обследованных у 64 (44,1%) человек обнаружен маркер гепатита В a-Hbscog-суммарные, что свидетельствует об инфицированности почти половины населения. На момент обследования в поселке проживало около 195 человек. Охват обследования составил 75% населения

В Эвено-Бытантайском и Абыйском улусах нами обнаружены наиболее высокие показатели носительства HbsAg, в 14% и в 10,8% соответственно. Причем, в Эвено-Бытантайском улусе HbsAg был обнаружен в сыворотках крови детей от 0 до 14 лет в 2,7% случаев, у подростков (15-18 лет) в 25,3%, у взрослых в 17,1%. С целью выявления уровня инфицированности и планирования профилактических мероприятий проведены исследования сыворотки крови на маркеры вирусных гепатитов у 370 человек в 4 населенных пунктах Абыйского района – Абые (68 человек), Сыгынахе (165 человек), Олбуте (82 человек) и Кэбэргэнэ (55 человек). Среди обследованных было 130 мужчин (35%) и 240 женщин (65%) в возрасте от 3 до 50 лет. При этом дети от 0 до 14 лет составили 136 человек (36,7%).

Результаты обследования выявили наличие HbsAg у 40 исследуемых, что составило 10,6%. Среди них детей было 13 (32,0%). По материалам работ М.Н. Алексеевой и Л.Е. Гриненко (1997), по Республике Саха /Я/ уровень носительства HbsAg колеблется от 1,8% (мало населенные улусы) до 12% (густо населенные улусы) в отдельных группах обследуемых и на отдельной территории. На 1 января 2000 г. население Абыйского улуса составило 5,3

тыс. человек. Из этих данных следует считать Абыйский улус эндемичным регионом по вирусному гепатиту В.

Одним из аспектов HbsAg-положительных вирусных гепатитов, которые вызывают ухудшение течения болезни и высокую степень хронизации, является присоединение HDV-инфекции. Среди HbsAg-положительных больных маркеры вирусного гепатита D (а-HDV) определены у 4 (10%) больных. Частота регистрации HDV-инфекции на территории республики составляет 17,2% от общего числа HbsAg-положительных гепатитов [Семенов С.И., 2000]. Выявляемость HDV-инфекции по России – 2%, по Дальнему Востоку – до 6%. Гепатит С обнаружен у 6 (1,6%) больных. Также выявлены 2 больных микст гепатитами, которые инфицированы одновременно вирусами В, D и С.

В работе была поставлена задача выявить частоту и особенности течения вирусных гепатитов различной этиологии среди детей. На наличие маркеров вирусных гепатитов В, D и С были исследованы сыворотки крови 136 детей в возрасте от 1 года до 14 лет. Из них HbsAg обнаружен у 13, а-HCV – у 2 и еще у 3 детей результат сомнителен, а-HDV – у 3 детей. Всем детям, у которых были обнаружены маркеры, рекомендовано клинико-лабораторное обследование с целью уточнения степени активности патологического процесса в печени. У троих детей при ультразвуковом исследовании печени были выявлены диффузные уплотнения паренхимы печени, уплотнение селезенки, расширение селезеночных вен. При этом они ранее не были обследованы, отсутствовали клинические проявления хронического гепатита. При обследовании методом ИФА сыворотки крови на маркеры вирусных гепатитов у одного мальчика обнаружен а-Hbcor IgG, у второго а-HCV сомнителен и а-HDV суммарный положительный, у третьего ребенка а-HCV – сомнителен. Данным больным требуется клинико-лабораторное и инструментальное обследования для уточнения диагноза.

Заключение. Таким образом, Абыйский район следует отнести к эндемичным регионам по вирусному гепатиту В среди взрослого и детского населения (10,6%). Также в этом районе установлена повышенная циркуляция HDV-инфекции среди больных вирусным гепатитом В (10%).

Также повышенные показатели выявляемости HbsAg были в п. Кыстатем Жиганского улуса 9,7% и Верхоянском улусе – 7,0%. Основной упор делался на обследование детей, подростков и призывников 15-19 лет, как наиболее подверженных данным заболеваниям.

Как и в других регионах Якутии с высокой заболеваемостью вирусным гепатитом, наиболее пораженной возрастной группой в арктической зоне оказались подростки 15-19 лет. Подобная закономерность ассоциируется с заражением при неупорядоченных сексуальных, внутрисемейных и других контактах, что свидетельствуют о массовом нарушении молодежью морально-нравственных норм, о распространении проституции и об отсутствии на местах проведения профилактических мер по предупреждению заболеваний, передающихся половым путем.

Одной из причин увеличения заболеваемости коренных малочисленных народностей является разрушение стройной системы здравоохранения – закрытие многих медицинских учреждений и тундровых медицинских отрядов, дефицит и высокие цены медикаментов, а также повышение тарифов транспортных услуг, ликвидация медицинского обслуживания кочевого и полукочевого населения. Также неоправданно разрушена стройная система санаторно-курортного лечения населения и летнего отдыха детей.

Список литературы:

1. Онищенко Г.Г. О государственных мерах по предупреждению распространения В Российской Федерации заболеваемости инфекционными гепатитами//Эпидемиология и инфекционные болезни. №3. 2002. С.4.
2. Buti M. et al. FTC, LFMAU, LTD and Ot hers. International EASL Consensus conference on Hepatitis B: Manuscripts, Geneva, 2002: P.227-234.
3. Hadziyannis S.J, Papathedoridis G.V. Treatment of HBeAg Negative Chronic Hepatitis B – Treatment with New Druds (Adefovir and Others). International EASL Consensus conference on Hepatitis B: Manuscripts, Geneva, 2002: P.293-302.
4. Руководство для врачей / А.Г. Рахманова, А.А. Яковлев, Е.Н. Виноградова, Е.А. Борисов, В.А. Кашенко; под ред. А.Г. Рахмановой. – СПб.: СпецЛит, 2006. – С.7-11.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ИНФОРМАЦИОННОЙ ПЕРЕГРУЗКИ СТУДЕНТОВ ВУЗА

СЕРГИНА Е.П., АФАНАСЬЕВА О.Г.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М.К. АММОСОВА,
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. образ жизни человека в современном обществе неразрывно связано с развитием технологических процессов. Человек живет в огромном потоке информации. Справиться с потоком информации нужно научиться. Учебный процесс в высших учебных заведениях требует максимальной собранности и самоорганизации студента. Адаптация студентов первокурсников в процессе обучения требует умения научиться выделять главное и второстепенное. Вовремя не справившись с потоком информации, студент может испытывать информационную перегрузку.

Ключевые слова: поток информации, информационная перегрузка, самоорганизация студента.

Abstract. a way of life of the person in modern society it is inseparably linked with development of technological processes. The person lives in a huge flow of information. To cope with a flow of information it is necessary to learn. Educational process in higher educational institutions demands the maximum concentration and self-organization of the student. Adaptation of students of first-year students in the course of training demands ability to learn to allocate main and minor. In time without having coped with a flow of information, the student can test information overload.

Keywords: flow of information, information overload, self-organization of the student.

Современное поколение людей вынуждено жить в огромном потоке информации. Поток информации, которую воспринимает человек, зависит от сферы деятельности. Вчерашний абитуриент, закончивший школу и поступивший в ВУЗ, получает намного больший объем информации.

Например, студент медицинского ВУЗа на 1-м курсе должен усвоить предметы как общего направления: химия, биология, физика и т.д. и по будущей специальности как предмет «анатомия». Анализ литературы, посвященной информационной перегрузке, доказывает, что если объем поступающей информации превышает воспринимающую способность человека, то у человека может наступить состояние апатии, безразличия, хронической усталости. Информационные перегрузки ослабляют способность людей думать, приводят к снижению творческих потенций, появлению острого дефицита времени [3]. Адаптация студентов к занятиям в высшей школе является одним из важных вопросов изучения состояния здоровья студентов. Особенно если это связано с перегрузками, в том числе с информационной. Решающую роль в адаптационном процессе имеет психическая адаптация, которая оказывает влияние на адаптационный процесс всего организма [2]. Опыт работы со студентами 1 курса показывает, что студенты испытывают большую нагрузку в усвоении предметов в течение всего первого года обучения.

Цель исследования. Выявить состояние информационной перегрузки у студентов младших курсов мединститута.

Материалы и методы. Проведено медико – биологическое исследование в течение 2 лет 100 студентов: 50 студентов 1 курса 2011- 12 уч.г. и 50 студентов 1 курса 2012 – 13 уч.г. Средний возраст исследуемых составил 17 – 20 лет. 1 – ю группу составили 35 девушек и 15 юношей, 2 – ю группу составили 33 девушки и 17 юношей. Исследование проводилось на сертифицированном оборудовании – отечественной разработке доктора естественных наук, профессора РАЕН, Ю.С. Бута – «ИМАГО» (Auto-Bio-Tensor 3x-500c-LM) технологии, на аппарате семейства «АУРУМ» в разделах «информационная перегрузка» и «биокибернетический тест» [1].

Результаты исследования. У 24 (18 девушек, 8 юношей) студентов 1 группы в разделе «информационная перегрузка» изменений не отмечалось. У 26 студентов (17 девушек, 7 юношей) в данном разделе имелись изменения. У 26 (16 девушек, 12 юношей) студентов 2 группы в проводимых тестах исследования изменений не наблюдалось. У 24 студентов, в том числе у 17

(34%) девушек и у 5 (10%) юношей отмечались изменения в исследуемых разделах. При опросе выяснилось, что состояние тревожности студенты связывали с переутомлением, нехваткой времени. Некоторые из них связывали состояние переутомления с чувством дискомфорта в органах пищеварения, мочевыделительной системы. Так в момент исследования эти же студенты наблюдались у врача. Изменения, отмеченные в разделе «информационная перегрузка» сочетались с изменениями, отмеченными в разделе «биокибернетический тест психики». Т.е. свидетельствовали о психологическом дискомфорте. При сравнении показателей исследуемых групп выявлено: количество студентов с психологическим дискомфортом в 1 – й группе преобладает незначительно.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования показали, что более половины из числа исследованных адаптированы к учебному процессу. Выявлено, что студенты, окончившие профильные биолого-химические классы и ММА, лучше адаптированы к учебному процессу в ВУЗе. Изменения психологического дискомфорта, выявленные с помощью ИМАГО – технологии, опроса имеют несколько групп причин. Данные приведены по определенному количеству студентов. Для решения проблемы успешной адаптации первокурсников необходимо выявить наиболее типичные проблемы, с которыми сталкиваются большинство студентов в первый год своего обучения и причины их возникновения.

Сокращения: ИМАГО (индивидуальное моделирование анатомических гомотопических образов); АУРУМ (автоматический универсальный репринтер унифицированный метотрон); ММА (Малая Медицинская Академия при медицинском институте).

Список литературы:

1. Ю.С. Бут. «ИМАГО» технологии и приборы семейства «АУРУМ» в диагностике и коррекции нарушений гомеостаза человека /«Здоровье». Омск, 2009. 132 с.
2. Е.К. Ермоленко. Возрастная морфология /Ростов н/Д: Феникс, 2006. 146 с.
3. А.Д. Еляков. Информационная перегрузка людей /Социологические исследования, №5, 2005. 120 с.

ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (Якутия)

СЛЕПЦОВА С.С.¹, РАХМАНОВА А.Г.², АНДРЕЕВ М.Н.²

¹ Россия, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М.К.АММОСОВА,
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

² Россия, КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ ПРАВИТЕЛЬСТВА САНКТ- ПЕТЕРБУРГА

Аннотация. В Республике Саха (Якутия) с высокой частотой регистрируются хронические вирусные гепатиты В, С и D, а также их отдаленные неблагоприятные исходы. Многокомпонентная структурно-функциональная модель службы профилактики и борьбы с вирусными гепатитами позволила разработать программу по решению проблемы медико-социальной защиты различных групп населения и национальной безопасности, создать регистр «Хронические вирусные гепатиты в Республике Саха (Якутия)», долгосрочные программы по комплексной вакцинопрофилактике и способствовать модернизации службы профилактики и борьбы с вирусными гепатитами.

Ключевые слова: вирусный гепатит, цирроз, гепатоцеллюлярная карцинома, организационная модель, трансплантация.

Abstract. In the Republic of Sakha (Yakutia) with high frequency recorded chronic viral hepatitis B, C and D, as well as their long-term adverse outcomes. Multi-component structural-functional model of service prevention and control of viral hepatitis has allowed to develop a program to address the medical and social protection of different groups of the population and national security, to create a register of «Chronic viral hepatitis in the Republic of Sakha (Yakutia)», long-term program to promote integrated and vaccine modernize the prevention and control of viral hepatitis.

Key words: viral hepatitis, cirrhosis, hepatocellular carcinoma, organizational model, transplantation.

Актуальность. Республика Саха (Якутия) (РС (Я)) считается гиперэндемичным регионом Российской Федерации по распространенности гемоконтактных вирусных гепатитов В, С и D [2,3,6]. Уровень регистрации хронических вирусных гепатитов не имеет тенденции к снижению, показатель пораженности в 2011 году составил 1502,5 на 100 тыс. населения и является, по данным Референс-центра по надзору за вирусными гепатитами, самым высоким в Российской Федерации. Оценка и ранжирование факторов риска для формирования цирроза и первичного рака печени у лиц с хроническими вирусными гепатитами В, С и D в РС (Я) является серьезной медицинской проблемой. Ее актуальность несомненна, что требует незамедлительной разработки организационной модели лечения и профилактики вирусных гепатитов и первичного рака печени, так как эта патология представляет собой одну из угроз национальной безопасности.

Цель исследования. На основании анализа многолетней заболеваемости вирусными гепатитами В, С и D и их исходов среди населения РС (Я) определить факторы риска развития первичного рака печени у инфицированной популяции и разработать организационную модель лечения и профилактики вирусных гепатитов и первичного рака печени.

Методы исследования. Исследования основаны на изучении динамики многолетней заболеваемости вирусными гепатитами В, С и D и их исходами среди населения РС (Я) за период с 1996 по 2011 гг. В работе использованы материалы официальной статистики ТУ Роспотребнадзора РС (Я) и отделения вирусных гепатитов ГБУ РС (Я) «Якутская городская клиническая больница», изучены выписки пациентов, прошедших трансплантацию печени (ТП) в ФНЦ трансплантологии и искусственных органов им. акад. В.И. Шумакова и в Федеральном медицинском биофизическом центре им. А.И. Бурназяна ФМБА.

Исследуемым лицам проводился комплекс общеклинических, серологических и молекулярно-биологических методов исследования с исследованием генотипов вирусов гепатитов В, С и D.

Результаты. С сентября 2012 г. в практику здравоохранения РС (Я) начато внедрение электронного регистра лиц, больных хроническими вирусными гепатитами, разработанного Референс-центром по мониторингу за вирусными гепатитами в рамках пилотного проекта Минздрава РФ. На рис. 1 представлена заболеваемость хроническими вирусными гепатитами В, С, D и их исходами (цирроз и рак печени) по медико-географическим зонам республики на основании данных регистра «Хронические вирусные гепатиты в Республике Саха (Якутия)». На декабрь 2013 года по данным популяционного регистра по республике на учете состоят 13 098 человек, без учета вирусоносителей ГВ, из них с хроническими гепатитами – 12 609 (В – 6109, С – 5008, D – 671, микст – 624, неуточненной этиологии – 197), с ЦП состоят на учете по республике 422 пациента, с ГЦК – 67 человек.

Наиболее неблагополучными территориями РС (Я), по данным регистра, являются центральная, заполярная и западная зоны, сравнительно низкие показатели наблюдаются в зоне крупных городов и зоне восточной Якутии, что совпадает с официальной статистикой. Высокий уровень заболеваемости хроническими вирусными гепатитами и их исходами в зонах центральной, заполярной и западной Якутии объясняется недостаточным обеспечением коренного сельского населения, проживающего в этих регионах, квалифицированной медико-санитарной и лечебно-профилактической помощью. Нами получены достоверные коэффициенты ранговой корреляции ($p < 0,05$) между уровнем заболеваемости хроническими вирусными гепатитами В, С и D в целом с исходами в цирроз ($r_{sp} = +0,94$) и рак печени ($r_{sp} = +0,83$), а также между хроническим гепатитом D с циррозом ($r_{sp} = +0,94$) и раком печени ($r_{sp} = +0,89$). Отдельно по ХГС и ХГВ статистически достоверной связи не выявлено.

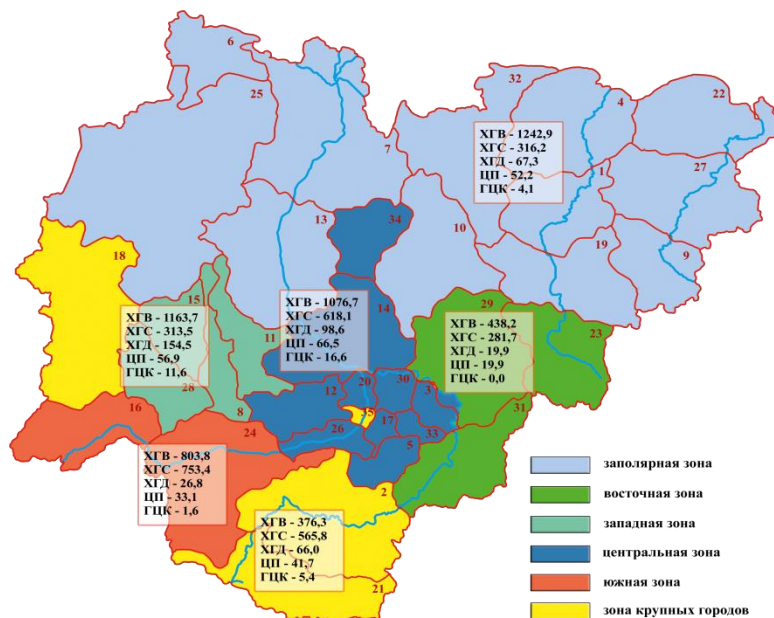


Рис. 1. Заболеваемость хроническими вирусными гепатитами В, С, D и их исходы (ЦП, ГЦК) по медико-географическим зонам Республики Саха (Якутия)

На основании данных серологических и молекулярно-биологических исследований, пациенты с хроническими вирусными гепатитами в стадии ЦП (n=354) были распределены на 3 группы: больные с ХГВ – 68 человек (19,2%); с ХГД – 143 человека (40,4%) и с ХГВ – 143 (40,4%). Среди этих больных выявлено 53 случая ПРП, 95% доверительный интервал, рассчитанный на основе углового преобразования Фишера, составил 11,2% ÷ 18,9%. Частота развития рака печени при ХГД составила 18,9% и достоверно (p<0,05) выше, чем при ХГВ и ХГС, – 14,7% и 11,2% соответственно. Всего было выявлено 24 случая репликации вирусов, что составило 45,3%; 95% доверительный интервал, рассчитанный на основе углового преобразования Фишера, составил 32,2% ÷ 58,7%.

Анализ молекулярно-биологической структуры вирусов показал, что у 38 обследованных больных на фоне формирования ПРП сохранялась репликация вирусов. Более чем у половины из 17 обследованных больных с ХГД репликативную активность проявляла РНК HDV – 64,7% (11 чел.), в трети случаев микст-репликация РНК HDV и ДНК HBV обнаружена у 35,3% (6 чел.). Среди пациентов с ХГВ (n=13) ДНК HBV в ПЦР обнаружена в 76,9% (10

человек). Репликация РНК-НСV сохранена у всех 8 обследованных больных раком печени при ХГС. Противовирусная терапия ХВГ в цирротической стадии с исходом в ПРП является обоснованной как при выполнении трансплантации, так и после нее. Проведенные в нашей клинике наблюдения свидетельствуют о возможности длительного сохранения жизни больных при ее назначении [1, 4, 5].

У коренных жителей республики с ХГВ в стадии цирроза печени уровень АльДГ составил $0,85 \pm 0,03$ мкмоль/(л·мин), что существенно отличается от активности АльДГ среди европеоидов с аналогичным диагнозом – $1,05 \pm 0,19$ ($p < 0,01$). Соотношение активности АДГ и АльДГ в обеих группах также достоверно различается ($p < 0,01$). В группе контроля наблюдаются достоверные различия активности АДГ ($p < 0,001$) и АльДГ ($p < 0,001$), а также соотношения активности АДГ и АльДГ ($p < 0,01$) у европеоидов ($1,0 \pm 0,03$) и лиц коренной национальности ($1,3 \pm 0,2$), что подтверждает данные о наличии изначально измененных изоферментных спектров АДГ и АльДГ среди коренного населения республики. При этом соотношение активности АДГ и АльДГ направлено в сторону увеличения концентрации в организме выше нормы ацетальдегида, который, подвергая ковалентной модификации белки организма, провоцирует аутоиммунные процессы. Кроме того, известно, что ацетальдегид оказывает генотоксическое действие [12], и его избыточное накопление ассоциируется с повышенным риском злокачественного перерождения печени [11].

Основным компонентом организационной модели является Республиканский Гепатологический центр, который будет координировать работу службы на территории Якутии посредством современных информационных средств связи с региональными филиалами в межрайонных центрах республики. В рамках создания Гепатологического центра крайне необходимо развитие лабораторной службы с созданием центральной лаборатории, организационно и методически объединяющей различные скрининговые лаборатории лечебно-профилактических учреждений республики. Нарастание числа случаев тяжелых осложнений хронических вирусных гепатитов с циррозом и раком печени определяет

необходимость улучшения оснащения инфекционных стационаров с оборудованными палатами интенсивной терапии.

Принципами деятельности организационной модели будут являться комплексная диагностика и мониторинг, преемственность действий специалистов (инфекционисты, терапевты, врачи общей практики, гастроэнтерологи, онкологи, хирурги, акушер-гинекологи), доступность и всеобщий охват медицинской помощью, профессионализм специалистов, медико-социальная помощь и поддержка пациентов и их ближайшего окружения.

На фоне проводимых мероприятий по специфической профилактике заболеваемость ОГВ сократилась с 2000 года в 21 раз к 2011 году, в отдаленных зонах Якутии, таких как заполярная, западная и восточная не наблюдалось ни одного случая острого гепатита В. Кроме этого, отмечено снижение уровня регистрации хронических форм гепатита В (носительство и хронический гепатит), несмотря на превышение их по сравнению с общероссийскими показателями. К 2012 году уровень носительства HBsAg в РС (Я) снизился в 11,2 раза (24,3 на 100 тыс. нас.) по сравнению с 2000 годом (272,6 на 100 тыс. нас.), а заболеваемость ХГВ с 63,2 на 100 тыс. населения в 2003 году сократилась в 2,3 раза, до 27,8 в 2011 году.

С 2003 года в республике внедрено проведение противовирусной терапии с использованием современных препаратов, лечение проводится по федеральным программам (ДЛО, национальный приоритетный проект «Здоровье»), за счет муниципальных средств и в рамках клинических исследований. Благодаря проведению ежегодных гепатологических школ с приглашением ведущих специалистов из Москвы и Санкт-Петербурга, сегодня на отдаленных территориях республики, проводится противовирусная терапия современными лекарственными средствами.

Проведена модернизация алгоритмов подготовки пациентов к пересадке печени и ведения больных с циррозом и раком печени в исходе хронических вирусных гепатитов, обоснована трансплантация печени от родственного донора с высоким уровнем специфических антител больному первичным раком печени и этапность проводимых лечебно-

диагностических и организационно-методических мероприятий. Реализация мероприятий оказания высокотехнологичной помощи лицам с хроническими вирусными гепатитами (внедрение родственной трансплантации печени) также позволила повысить выживаемость среди группы лиц с циррозом и раком печени. В 2013 году в республике проведена первая успешная пересадка родственной печени.

Таким образом, создана новая организационная модель профилактики и лечения хронического вирусного гепатита с циррозом-раком печени, основанная на комплексном медико-социальном мониторинге населения мультидисциплинарной группой специалистов, для отбора лиц, нуждающихся в противовирусной терапии и социальной поддержке, а также в высокотехнологичной медицинской помощи.

Выводы. Изучение многолетней заболеваемости вирусными гепатитами В, С и D в Республике Саха (Якутия) позволило уточнить частоту различных нозологических форм болезни (хронические гепатиты, цирроз и рак печени). Несмотря на снижение заболеваемости острыми формами вирусных гепатитов В и С, сохраняется высокий уровень регистрации хронических вирусных гепатитов В, С и D в популяции, свидетельствующий о широкой циркуляции этих возбудителей на территории Якутии.

Одним из наиболее важных факторов риска развития первичного рака печени является одновременная репликация вирусов гепатитов В, С и D в сочетании с генетически обусловленным нарушенным соотношением активности АДГ и АльДГ у лиц коренной национальности, преимущественно мужского пола, злоупотребляющих алкоголем.

Введение многокомпонентной организационной модели республиканского гепатологического центра на базе ГБУ РС (Я) «Якутская городская клиническая больница» и ее филиалами в крупных городах республики с обеспечением доступности для отдалённых регионов мобильными бригадами с мини-лабораториями и на основе телекоммуникационных связей будет способствовать снижению числа больных первичным раком печени в республике.

Список литературы:

1. Абдурахманов Д.Т. Хронический гепатит В и Д. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 288 с.
2. Алексеева М.Н. Вирусные гепатиты в Республике Саха (Якутия): автореф. дис ... д-ра мед наук. – СПб., 2002. – 37 с.
3. Гепатология Севера / П.М. Иванов [и др.]. – Якутск: Сфера, 2012. – 304 с.
4. Рахманова А.Г. Яковлев А.А., Виноградова Е.Н. Хронические вирусные гепатиты и цирроз печени: руководство для врачей. – СПб., 2006. – 413 с.
5. Рахманова А.Г., Яковлев А.А. Хронические вирусные гепатиты и ВИЧ-инфекция. – СПб., 2011. – 164 с.
6. Слепцова С.С. Вирусные гепатиты в Республике Саха (Якутия) и их роль в развитии первичного рака печени: автореф. дис ... докт. мед. наук. – СПб., 2013. – 44 с.
7. Chronic viral hepatitis and hepatocellular carcinoma / Y. Barazani, J.R. Hiatt, M.J. Tong [et al.] // World J. Surg. – 2007. – Vol. 31. – P. 1245–1250.
8. Chu C.M. Natural history of chronic hepatitis B virus infection in adults with emphasis on the occurrence of cirrhosis and hepatocellular carcinoma // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2000. – Vol. 15. – P. 25–30.
9. Lai E.C., Lau W. Y. The continuing challenge of hepatic cancer in Asia // Surgeon. – 2005. – № 3. – P. 210–215.
10. Hepatitis B and C virus infection as risk factors for Liver cirrhosis and cirrotic hepatocellular carcinoma: a case control – study / J.F. Tsai [et al.] // Liver. – 1994. – Vol. 14. – P. 98–102.

ОПЫТ РАБОТЫ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

СМИРНОВА Е.В.

РОССИЯ, САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Аннотация. В статье подведены главные научные и практические итоги за 45 лет деятельности медико-генетического центра, одного из первых в РФ. Представлена структурная эволюция работы учреждения, отвечающего современным запросам практического здравоохранения. Роль и место отечественных ученых в становлении и развитии медико-генетической помощи населению Санкт-Петербурга и других регионов.

Ключевые слова: медико-генетический центр, медико-генетическая служба, пренатальная диагностика, неонатальный скрининг, редкие (орфанные) заболевания.

Abstract. The article summarized the main scientific and practical results of activity one of the first in Russia Medical Genetic Center for 45 years. Presents the structural evolution of an institution, that meets the modern needs of practical healthcare. The role and place of local scientists in the development of medical genetic services to the population of St. Petersburg and other regions of the Russian Federation.

Key words: Medical Genetic Center, medical genetic services, hereditary diseases, prenatal diagnostics, neonatal screening, rare orphan diseases.

На сегодняшний день невозможно представить современную медицину без генетики.

Значительное место в патологии детского возраста, в структуре инвалидности, младенческой и детской смертности занимают врожденные пороки развития (ВПР) и наследственные болезни (НБ), представляющие собой острую медицинскую и социальную проблему.

В мае 2014 года состоялась научно-практическая конференция, посвященная проблеме редких (орфанных) заболеваний (РЗ) и ВПР, их современные возможности диагностики, профилактики, лечения и реабилитации, приуроченная к 45-летию медико-генетического центра (МГЦ). В конференции приняли участие ведущие российские и зарубежные специалисты по медицинской генетике, что дает возможность для обмена опытом в диагностике и лечении таких заболеваний.

Ведь в РФ только в 2011 году впервые законодательно был закреплен термин РЗ. Согласно статье 44 закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» к редким относятся болезни, которые имеют распространенность не более 10 случаев заболевания на 100 тысяч населения. Более 80% РЗ являются генетически обусловленными.

За 45 лет работы МГЦ диагностировано около 10 тысяч пациентов с РЗ. МГЦ участвует в составлении регионального регистра жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) наследственных заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидизации. Перечень включает 24 нозологические формы, 8 наименований (фенилкетонурия, фенилкетонурия кофакторная; тирозинемия; болезни «кленового сиропа»; метилмалоновая ацидемия; нарушение обмена жирных кислот; галактоземия; болезнь Фабри; мукополисахаридоз I, II, VI типа) диагностируются в МГЦ.

Развитие медико-генетической помощи населению началось с 1929 года, с момента создания первой в мире медико-генетической консультации выдающимся ученым, основоположником классической медицинской генетики в России проф. С.Н. Давиденковым.

В 1961 году в Ленинграде незадолго до смерти проф. С.Н. Давиденковым организована Лаборатория медицинской генетики на базе Института экспериментальной медицины, которую в дальнейшем возглавила его супруга проф. Е.Ф. Давиденкова. Под её руководством впервые в стране начались интенсивные исследования по цитогенетике человека.

С 1969 года начало свою работу медико-генетическое отделение, в 1976 году преобразованное в МГЦ, заведовала которым заслуженный врач и талантливый организатор Л.И. Кротова. Под её руководством были сформулированы основные направления работы МГЦ.

С 1987 года и по сегодняшний день главным врачом СПб ГКУЗ «Диагностического центра (медико-генетического)» является профессор, д.м.н., заслуженный врач РФ О.П. Романенко.

В настоящее время МГЦ с 45-летним опытом работы является единственным в России по структуре, направлениям и объемам работы среди практических учреждений данного профиля. Главной целью для специалистов МГЦ является оказание помощи по предупреждению наследственных и врожденных заболеваний, снижение инвалидности и смертности пациентов.

За последние 10 лет работы в МГЦ более 150 тысяч семей получили консультативную медико-генетическую помощь, более 60 тысяч семей обратились за прогнозом потомства.

Ежегодно диагностируется хромосомная патология -7,9%, моногенные болезни – 10,8%, мультифакториальные болезни (без ВПР) – 21,6%, ВПР мультифакторного генеза – 8,5%.

Особое внимание уделяется пренатальной диагностике (ПД), как одному из важнейших видов профилактики тяжелых, некорректируемых ВПР и социально значимых НБ. С этой целью введена система комбинированного пренатального скрининга в I триместре беременности, включающая ультразвуковое исследование плода при сроке 11-13 недель беременности и определение в крови матери маркерных эмбриональных белков – ассоциированного с беременностью плазменного белка А (РАРР-А) и свободной β-субъединицы хорионического гонадотропина (своб. β-ХГ) с обязательным расчетом индивидуального риска с помощью специального программного обеспечения. Если имеется высокий риск болезни Дауна по результатам комбинированного скрининга в I триместре, биохимического

скрининга или наличия УЗ-маркеров во II триместре беременности, то женщине показана инвазивная пренатальная диагностика.

За 25 лет существования службы ПД было выполнено свыше 15 тысяч инвазивных операций на разных сроках беременности, в результате которых удалось выявить и предотвратить рождение более 1000 детей с тяжелой хромосомной и генной патологией, в том числе более 500 с таким тяжелым, социально значимым, инвалидизирующим заболеванием как синдром Дауна.

В Санкт-Петербурге эффективно осуществляется массовое обследование новорожденных на пять наследственных болезней обмена – фенилкетонурию, муковисцидоз, врожденный гипотиреоз, галактоземию и адреногенитальный синдром, диагностируется 30-35 заболеваний в год. После подтверждающей диагностики больные встают на диспансерный учет и начинают получать соответствующее лечение.

Помимо неонатального скрининга в МГЦ проводится селективный скрининг с применением тандемной масс-спектрометрии, для выявления РЗ у детей до 1 года с нарушением обмена аминокислот, органических кислот и ацилкарнитинов (30 нозологий).

В Санкт-Петербурге с 1986 года ведется мониторинг ВПР по регистрации родильных домов. С 1999 года введена общероссийская автоматизированная программа, рассчитанная на регистрацию всех ВПР, выявляемых в родильных домах, детских поликлиниках и стационарах, домах ребенка, прозектурах. Всего в программе принимают участие 126 медицинских учреждений города. Цель мониторинга – создание единой базы данных эпидемиологической информации по ВПР у детей первых 3-х лет жизни, отслеживание частоты ВПР, выяснение причин развития, оценка влияния факторов риска и разработка комплекса мероприятий по предотвращению рождения детей с ВПР.

МГЦ является научно-практической и учебной базой ведущих медицинских вузов Санкт-Петербурга. Специалисты центра постоянно оказывают консультативную помощь учреждениям службы материнства и детства,

находятся в тесном контакте с ассоциацией общественных объединений родителей детей инвалидов «ГАООРДИ».

Направления работы и дальнейшее развитие МГЦ будет связано с совершенствованием медико-генетической помощи населению Санкт-Петербурга и других регионов.

Список литературы:

1. Постановление Правительства РФ от 26.04.2012 № 403 (ред. от 04.09.2012) « О порядке ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его регионального сегмента»
2. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред.28.12.2013) «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», статья 44.
3. Сборник научных трудов под редакцией РАМН, Баранова В.С., Романенко О.П. Современные технологии профилактики наследственных болезней и детской инвалидности.– СПб. ГУЗ МГЦ: Изд-во «Феникс», 2009-368 с.
4. Баранов В.С., Кузнецова Т.В., Кашеева Т.К. и др. Современные алгоритмы и новые возможности пренатальной диагностики наследственных и врожденных заболеваний. Методические рекомендации. Под ред. В.С.Баранова и Э.К. Айламазяна. – СПб.: Изд-во Н-Л, 2013.-156 с.

ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

Сыдыкова Л.А., Данилова Г.И.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М.К. АММОСОВА,
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. В статье освещается ситуация по внедренным за последние годы в Республике Саха (Якутия) инновационным методам диагностики и лечения сахарного диабета.

Ключевые слова: сахарный диабет, помповая инсулинотерапия, суточное мониторирование глюкозы, инкретины.

Abstract. The article highlights the situation in recent years incorporated in the Republic of Sakha (Yakutia) innovative methods of diagnosis and treatment of diabetes.

Key words: diabetes, insulin pump therapy, daily monitoring of glucose, incretins.

Актуальность. Актуальность проблемы сахарного диабета во всем мире не вызывает сомнений. Темпы роста заболеваемости данной патологией сравнивают с эпидемией. В мире страдают сахарным диабетом 382 миллиона человек. В 2013 году сахарный диабет явился причиной 5,1 миллионов смертей. Каждые 6 секунд в мире один человек умирает от сахарного диабета [1].

В РС (Я), по данным отчетов 2013 г., на диспансерном учете состоят 17687 больных с СД (1,85 % населения), из них впервые выявлен в этом году диабет у 3706 пациентов. Вызывает тревогу быстрый и значительный рост заболеваемости СД в Якутии, так, за последние 8 лет, число лиц, страдающих диабетом в РС (Я) практически удвоилось. При этом, удовлетворительный метаболический контроль достигнут лишь у 38,5%

пациентов с СД 2 типа в РС (Я). Таким образом, внедрение современных методов диагностики и лечения СД и его осложнений, является одной из первостепенных задач медицинской науки и здравоохранения РС (Я).

Цель исследования. Обзор и анализ внедренных инновационных методов диагностики и лечения сахарного диабета в Республике Саха (Якутия).

Пациенты и методы. Проведен обзор основных инновационных внедрений для диагностики и лечения сахарного диабета в РС (Я) за последние 5 лет:

1. Инициация инкретинонаправленной терапии; 2. Суточное мониторирование глюкозы; 3. Помповая инсулинотерапия.

1. Возможность применения первого аналога человеческого ГПП-1 в РФ с 2010 г. [2;3] позволила в РС (Я), в числе одного из первых регионов, приобрести клинический опыт применения данного инновационного препарата. В открытое несравнительное исследование (2011 г.) эффективности препарата лираглутид были включены 10 пациентов в возрасте от 42 до 53 лет (6 мужчин и 4 женщины) с впервые выявленным СД 2 типа и ожирением, не достигшие целевых уровней гликированного гемоглобина (менее 7,0%) через 3 месяца изменения образа жизни и приема метформина в суточной дозе 2000 мг. Все пациенты в течение 6 месяцев получали лираглутид (1,2-1,8 мг п/к 1 раз в сутки). Исходно и через каждые 2 месяца контролировали антропометрические параметры, показатели липидного и углеводного обмена, а также АД. В исследование не включались пациенты с ИМТ менее 30, с тяжелой сопутствующей сердечно-сосудистой патологией, почечной и печеночной недостаточностью, а также лица, имеющие близких родственников с раком щитовидной железы и пациенты, перенесшие в анамнезе острый панкреатит.
2. С 2008 г. в РС (Я) внедрено суточное мониторирование глюкозы на приборе CGMS Gold, с 2013 г. на приборе Gardian Real time. Проведена оценка влияния суточного мониторирования глюкозы на коррекцию углеводного обмена и качество жизни больных сахарным диабетом. Обследовано 35 больных СД с различной длительностью заболевания. Обследованные были разделены на 2 группы. 1 группа

(10 больных с СД 2 типа, 5 с СД 1 типа) прошли исследование суточного мониторирования глюкозы на приборе CGMS (Medtronic Minimed, USA) с последующим глубоким анализом гликемического профиля (выявление влияния различных факторов на экскурсию гликемической кривой, коррекция лечения и.т.д.). Во 2 группе (12 больных СД 2 типа, 8 с СД 1 типа) данное исследование не проводилось. В обеих группах проводился контроль HbA_{1c}, анкетирование по опроснику SF-36 (русскоязычная версия, созданная и рекомендованная МЦИКЖ) исходно и через 6 месяцев. Для обработки результатов опросника использовались статистические пакеты – StatSoft Statistica v.6.0, SPSS 9.0.

3. Опыт применения помповой инсулинотерапии в РС (Я) насчитывается с 2008 г. Проведен анализ проведенных работ по внедрению постоянной подкожной инъекции инсулина в республике.

Результаты

1. Эффективность и безопасность терапии оценивали по следующим критериям - динамика гликированного гемоглобина, показателей липидного спектра, ИМТ, ОТ, АД, отсутствие тяжелых гипогликемических реакций, выраженной тошноты, рвоты, острого панкреатита. Через 8 недель у всех пациентов отмечалось улучшение углеводного обмена - показатели HbA_{1c} снизились с $9,6 \pm 0,62\%$ до $7,8 \pm 0,28\%$. Снижение ИМТ наблюдалось у всех пациентов с $36,8 \pm 1,2$ кг/кв.м до $33,2 \pm 1,8$ кг/кв.м, ОТ с $115,3 \pm 2,8$ см до $110,8 \pm 2,3$ см. По остальным показателям на данном промежутке исследования значительных изменений не было зафиксировано. Через 24 недели отмечалось дальнейшее снижение HbA_{1c} до $7,2 \pm 1,2\%$, ИМТ достиг уровня $31 \pm 0,9$ кг/кв.м, ОТ - $108,2 \pm 0,6$ см. Зафиксирована положительная динамика показателей липидного спектра: снижение ОХС с $6,8 \pm 1,23$ ммол/л до $5,2 \pm 0,86$ ммол/л, ЛПНП с $3,7 \pm 0,42$ ммол/л до $3,2 \pm 0,32$ ммол/л, ТГ с $2,8 \pm 0,22$ ммол/л до $2,08 \pm 0,21$ ммол/л, увеличение ЛПВП с $1,72 \pm 0,17$ ммол/л до $1,8 \pm 0,16$ ммол/л. Показатели среднесуточного АД уменьшились: систолическое с $155,56 \pm 3,21$ до $132,05 \pm 2,44$ мм.рт.ст., диастолическое с $90,32 \pm 2,16$ до $78,4 \pm 2,66$

мм.рт.ст. Тяжелых гипогликемий не отмечалось. Эпизоды зафиксированных легких гипогликемических реакций встречались у 3 пациентов на дозе препарата 1,8 мг/сутки, из них у двоих пациентов было снижение веса более, чем на 10 кг. Нежелательные явления на фоне проводимой терапии были выражены незначительно и не потребовали прекращения лечения.

2. В 1 группе исходно среднегрупповой HbA1c составил 9,2%, во 2 группе – 8,7%. Через 6 месяцев в 1 группе среднегрупповой HbA1c снизился до 7,2%, во 2 группе – 8,9%. По результатам опросника: в обеих группах отмечались средне-низкие значения основных показателей физического (1-4 шкалы) и психического (5-8 шкалы) компонентов здоровья. Через 6 месяцев в 1 группе отмечено повышение оценки индекса качества жизни по всем компонентам: физическое функционирование (+2), ролевое функционирование (+1), боль (+1), общее здоровье (+5), социальное функционирование (+6), эмоциональное функционирование (+3), психологическое здоровье (+4). Во 2 группе: физическое функционирование (0), ролевое функционирование (-1), боль (+1), общее здоровье (+1), социальное функционирование (+1), эмоциональное функционирование (0), психологическое здоровье (-1).
3. В настоящее время в РС (Я) более 66 пациентов на помповой инсулинотерапии (40 детей, 26 взрослых, применение на период беременности-2). В Клинике МИ СВФУ открыта научно-учебная лаборатория «Молекулярной эндокринологии и инновационных методов диагностики и лечения сахарного диабета», при которой функционирует региональный Центр помповой инсулинотерапии. Лабораторией приобретено 5 инсулиновых дозаторов с дистанционным управлением «Combo» фирмы Рош. Разработана программа «Помпа на прокат», предполагающая обучение пациентов, ношение помпы на месячный период, возможности суточного мониторинга глюкозы в реальном времени на приборе «Gardian real-time» (приобретено 2 прибора). Работает программа помповой инсулинотерапии для беременных в РС (Я). Адаптирована для условий лаборатории и подготовлена

структурированная программа обучения пациентов с СД на помповой инсулинотерапии.

Заключение:

1. Выявленное при исследовании значительное улучшение показателей углеводного, липидного обменов и снижение массы тела без выраженных гипогликемических реакций на фоне применения препарата лираглутид у пациентов с СД 2 типа в РС (Я) позволяет рекомендовать инкретинонаправленную терапию в качестве первого шага лечения в данной группе пациентов. С 2012 г. МЗ РС (Я) по Подпрограмме № 7 «Совершенствование обеспечения социально значимых расходов в сфере здравоохранения» лираглутид включен в список приобретаемых препаратов.
2. Применение метода длительного мониторирувания глюкозы, способствуя повышению мотивации и комплаентности больных сахарным диабетом вне зависимости от стажа заболевания, значительно улучшает гликемический контроль. У пациентов, прошедших мониторирувание, отмечается повышение индекса качества жизни по всем компонентам физического и психического компонентов здоровья.

С 2012 г. МЗ РС (Я) по Подпрограмме № 7 «Совершенствование обеспечения социально значимых расходов в сфере здравоохранения» приобретаются расходные материалы для детей на инсулиновой помпе. В настоящее время для улучшения оказания помощи пациентам с диабетом, использующим инсулиновые помпы, в РС (Я) (Клиника МИ СВУ) открыт специализированный центр по оказанию высокотехнологичной помощи с применением инсулиновых помп, в котором пациенты могут получить консультацию квалифицированного врача и пройти дополнительное обучение навыкам помповой инсулинотерапии. В Центре помповой инсулинотерапии Клиники МИ пациент будет в дальнейшем регулярно наблюдаться с целью своевременной коррекции инсулинотерапии. Центр оснащен самым современным оборудованием для оптимизированного управления сахарным диабетом: системами непрерывного мониторинга

глюкозы в режиме реального времени (Guardian Real-Time, Medtronic) и для ретроспективной оценки гликемического контроля (CGMS System Gold, Medtronic); компьютерами с доступом в Интернет и последней версией программного обеспечения (CareLink Personal, Medtronic) для создания наглядных отчетов и интегрированного управления заболеванием, передающими устройствами для переноса информации из памяти приборов в компьютер, а также необходимыми наглядными учебно-методическими пособиями для наиболее эффективного процесса обучения.

Список литературы:

1. IDF Diabetes Atlas, sixth edition
2. Шестакова М.В. Лираглутид - возможности комплексного терапевтического подхода в терапии сахарного диабета 2 типа // Сахарный диабет. - 2010. - Спецвыпуск. -С.3-6.
3. Галстян Г.Р. Клинические аспекты использования первого аналога человеческого глюкагоноподобного пептида-1 длительного действия - лираглутида при сахарном диабете 2 типа // Сахарный диабет. - 2010. - Спецвыпуск. - С. 7-10.

ДЕОНТОЛОГИЯ КАК ДУХОВНАЯ ОСНОВА ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ

СЫМОРТ О.А., ПЕТУХОВ К.М., ПРЯДЕЗНИКОВА Н.А.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. Чем богаче духовный мир врача, тем большим мастерством он обладает, чем строже он придерживается морально-этических принципов и правил деонтологии, тем сильнее его благотворное влияние на больных. Для современного специалиста особенно важным становится умение ориентироваться в потоке научной информации, овладение фундаментальными знаниями, составляющими теоретические основы профессиональной деятельности, освоение и применение научных знаний на практике.

Ключевые слова: научные открытия молодых ученых, студенческая наука, мировые открытия в медицине.

Abstract. The richer the spiritual world the doctor, the great skill he has, the more severe it adheres to ethical principles and rules of ethics, the stronger is its beneficial effect on patients. For the modern expert becomes particularly important ability to navigate the flow of scientific information, the mastery of fundamental knowledge which constitute the theoretical basis of professional activities, the development and application of scientific knowledge in practice. In the history of medicine can find many examples of outstanding personalities who have made a significant contribution not only to the development of medicine, but also science and art in general. Basis for further discovery was laid in his student years. It is important that young people are not only studied the biography and scientific work of outstanding scientists, but took with them an example.

Key words: scientific discoveries of young scientists, students, science, world discoveries in medicine.

Цель: мотивировать сверстников к активной научной работе в студенческие годы.

Современная медицинская деонтология - это комплекс юридических, профессиональных и моральных обязанностей и правил поведения врача по отношению к больному, его родным и близким, коллегам. Это учение о долге врача перед больным и его родственниками. На его основе определяются взаимоотношения между медработниками. Медицинская деонтология как научная дисциплина является стержневой основой врачебной этики. Вопросы воспитания, профессиональной и политической учебы, деонтологии и врачебной этики должны занимать одно из ведущих мест в формировании личности квалифицированного врача.

Вопросы этики и деонтологии неразрывно связаны с личностью врача. Эта наука имеет свою давнюю, богатую событиями историю. Во все времена много писалось о профессии врача. Издавна принято отождествлять личность врача с самыми высокими понятиями о честности, преданности, самоотверженности, милосердии, доброте и гуманности. Так, например, древнейший индийский литературный памятник медицины Аюр-Веда («Книга жизни» У11-111 в. до н.э.) содержит детальное перечисление правил поведения врача, понимаемых как этические нормы: физическая закалённость, моральная безупречность, интеллигентность, тактичность в отношениях с пациентами, коллегами и учениками, высокая квалифицированность, сопряжённая со строгой ответственностью перед больным и обществом. Ещё более точно и полно принципы поведения врача были сформулированы отцом медицины Гиппократом (460-377 г.г. до н.э.). Знаменитая клятва Гиппократа, впоследствии многократно модифицируемая в зависимости от конкретных исторических и социальных условий и сегодня, более чем через 2 тысячи лет читается как современный, нестареющий, полный нравственной энергии документ. В ней сжато сформулирован ряд морально-этических и деонтологических норм поведения врача. В представлении Гиппократа идеальному врачу свойственны: «презрение к деньгам, совесть, скромность, простота в одежде, уважение, решительность, опрятность, изобилие мыслей, знание всего того, что полезно и необходимо для жизни, отвращение к пороку».

Врач должен быть, считал Гиппократ «...по своему нраву человеком прекрасным и добрым. Он должен быть справедливым при всех обстоятельствах...Где есть любовь к людям, там будет и любовь к врачебному искусству...Медицина- поистине самое благородное из всех искусств» [4].

Требования к личности врача со стороны общества и со стороны общества и конкретного пациента бесспорны. Аккуратность, подтянутость, четкость, доброжелательность, приветливость, точность, обязательность, милосердие – вот качества, которых ждут от каждого врача. В настоящее время обществу требуется специалист новой формации– способный к самообразованию, ориентированный на творческий подход к делу, обладающий высокой культурой мышления. В истории медицины можно найти немало примеров ярких личностей, внесших значительный вклад не только в развитие медицины, но и науки и искусства в целом. Основа для дальнейших открытий была заложена в студенческие годы. Важно, чтобы молодежь не только изучала биографию и научную деятельность выдающихся ученых, но брала с них пример.

Один из самых разносторонних ученых своего времени Томас Юнг (1773-1829), будучи студентом-медиком, опубликовал работу «Наблюдения над процессом зрения» (1793), в которой впервые указал, что аккомодация глаза обусловлена изменением кривизны хрусталика. А в 21-летнем возрасте стал членом Лондонского королевского общества. Диплом доктора медицины Томас Юнг получил, когда ему было 23 года.

В 1835 году 20-летний студент Джеймс Педжет (1814-1899) обнаружил и описал возбудителя трихинеллеза– мелкого круглого червя, паразитирующего в мышечных тканях. Педжет стал известным хирургом и патологом, его считают основателем научной медицинской патологии. С именем Педжета в медицине связано три заболевания: болезнь Педжета, которую он описал в 1877 году, рак Педжета и синдром Педжета-Шреттера. Педжет был одним из первых, кто предложил хирургическое удаление опухолей костного мозга, вместо традиционной ампутации конечности [2].

В 1869 г. немецкий студент-медик Пауль Лангерганс обратил внимание на то, что поджелудочная железа состоит из двух групп клеток – ацинозных, секретирующих пищеварительные ферменты, и иных, собранных в так называемые островки, выполняющие какую-то особую функцию. О том, какова эта функция, догадались только в 1889 г., когда Оскар Минковски и Йозеф фон Меринг описали у собак поле удаления поджелудочной железы синдром, похожий на сахарный диабет.

Американского физиолога Карла Джона Виггера (1883-1963) называют «Деканом, или Королем, сердечно-сосудистой физиологии». Виггерс дал первое четкое детальное описание сердечного цикла, заложил основы электрофизиологии сердца. Его эксперименты по дефибриляции на животных, обеспечили методологическую базу первой успешной клинической дефибриляции. А началась научная карьера Виггера, длившаяся почти 60 лет, в 1905 году, когда на заседании Американского физиологического общества, будучи студентом-медиком, он сделал доклад о результатах своего исследования о влиянии адреналина на сосуды головного мозга.

В 1883 году Нильс Рюберг Финзен (1860-1904), будучи еще студентом, начал свои опыты и вскоре предложил лечить оспу красным цветом. В 1896 году ученый основал в Копенгагене Институт светотерапии. В 1903 году Финзен был удостоен Нобелевской премии в области физиологии и медицины «в знак признания его заслуг в деле лечения болезней – особенно волчанки – с помощью концентрированного светового излучения, что открыло перед медицинской наукой новые широкие горизонты»[3].

В студенческие годы Пауль Эрлих, внесший значительный вклад в биологию и медицину, работая в лаборатории известного анатома Вильгельма фон Вальдейера (1872-1874, в Страсбурге), в опытах с прижизненной окраской наблюдал, что разные по своей химической структуре красители проявляли «тропность» к определенному виду ткани. Этот факт натолкнул молодого исследователя на мысль о том, что взаимоотношение между клетками организма и каким-либо химическим веществом находится в тесной зависимости от степени сродства между ними. Это позволило ему

выдвинуть гипотезу о существовании хеморецепторов и постулировать возможность использования этого феномена в терапии различных заболеваний [5].

Знание таких важных открытий дает будущим врачам возможность стремиться к новым открытиям или усовершенствовать уже имеющиеся научные работы. Члены СНК нашей кафедры также активно участвуют в научной жизни университета. Занимаясь в кружках «Терапия», «Лечебное питание», «Медицинский английский», студенты углубленно изучают течение различных хронических неинфекционных заболеваний в условиях Севера, работают в проблемных группах, активно публикуются на различном уровне [1]. Важным механизмом включенности студентов в научную жизнь университета является работа студенческого научного общества как сообщества заинтересованных научной деятельностью единомышленников, где студенту не только прививается любовь к будущей профессии, но и формируются представления не только о врачебной, но и общечеловеческой этике.

Список литературы:

1. Петрова М.Н. Комплексный подход к изучению подагры в медицинском институте//Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований.- 2014.-№8 (4).- С.131-134;
2. <http://anatomymsmu.at.ua/history/7.pdf>;
3. <http://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=585282>
4. belmapo.by/downloads/dets_hirurgiy/2010/etika.doc

ПЛАНИРОВАНИЕ И СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВОЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН С УЧЕТОМ ФОРМИРОВАНИЯ И ВОЗРАСТНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ

СЫРЦОВА Л.Е., СЕМИКОПЕНКО В.А.

Россия, Первый Московский Государственный Медицинский Университет
им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения РФ

Россия, Клинико-диагностический центр № 4 Департамента
здравоохранения города Москвы

Аннотация. Исследование этапов и характеристик формирования молочной железы показало, что терминологическое единство в их определении до настоящего времени отсутствует. На основании этого нами предложена классификация этапов: 1. эмбриональный; 2. новорожденного; 3. раннего детского возраста; 4. подростковый; 5. репродуктивного расцвета; 6. беременности; 7. лактации; 8. послеродовый; 9. пременопаузальный; 10. постменопаузальный.

Ключевые слова: молочная железа, этапы развития, методы диагностики.

Abstract. The study stages and characteristics of the formation of a breast cancer showed that terminological unity in their determination to date is missing. On this basis, we proposed a classification of stages: 1 embryonic; 2 newborn; 3 early childhood; 4 adolescence; 5. reproductive heyday; 6 of pregnancy; 7 of lactation; 8 postpartum; 9 premenopausal; 10 postmenopausal.

Keywords: breast, stages of development, methods of diagnosis.

Актуальность. Молочная железа претерпевает в течение жизни женщины ряд качественных изменений, имеющих различные количественные

характеристики. Уточнить этапы формирования и возрастной трансформации позволяют объективные инструментальные методы исследования: морфологический, клинический, инструментальные. Применение каждого метода диагностики обосновано возрастными характеристиками женщины (детский, подростковый, юношеский, репродуктивного расцвета, менопаузальный), диагностической задачей (скрининг, профилактический осмотр, исследование в связи с наличием заболевания), организационным уровнем исследования (первичная медико-санитарная помощь, специализированный кабинет амбулаторно-поликлинического учреждения, стационарный этап) и связано с ресурсным обеспечением.

Цель исследования: изучить этапы и характеристики формирования и возрастной трансформации молочной железы для сохранения здоровья.

Методы исследования: исторический, аналитический.

Результаты исследования. За основу формирования этапов нами взяты труды отечественных ученых (Таблица 1).

Таблица 1 - Этапы формирования молочной железы

ФИО авторов	Этапы	Характеристики молочной железы	Критерии
БМЭ 1981, Т1	эмбриональный, возрастные	Морфологические, Клинические, Инструментальные,	Количественные Визуальные, Тактильные, В физико-технических терминах (тени, эхо)
Л.Д. Линденбрaten, Л.М. Бурдина, Е.Г. Пинхосевич, 1997	новорожденный, подростковый, детородный, беременности, инволюции	Клинические, Инструментальные (рентгенологические)	Визуальные, Тактильные, В физико-технических терминах получения изображения (тени)
П.А. Чумаченко, И.П. Шлыков, 1999	детская, развивающаяся, развитая и инволютивная.	Морфологические	Количественные (площадь фронтального сечения, масса желез, количество протоков)

Таблица 1 - Этапы формирования молочной железы (продолжение)

Л.М. Ходова, 2002	ювенильный, ранний репродуктивный, репродуктивного расцвета, пременопаузальный, постменопаузальный и переходные	Ультразвуковые	В физико-технических терминах (гипо-, гипер-, анэхогенные) или клинко-морфологических
Е.М. Вихляева, 2006	6 периодов: внутриутробный, новорожденности, нейтральный или период детства (до 7 лет), препубертатный (от 7 до менархе, пубертатный, юношеский (от 15 до 18 лет)	Клинические	Визуальные, Тактильные
Н.В. Заболотская, 2007	эмбриональный, детский, пубертатный	Ультразвуковые	гипо-, гипер-, анэхогенные) или клинко-морфологических
В.П.Харченко, Н.И. Рожкова, 2009	Не выделяются.	В зависимости от использованных инструментальных методов	МГ, УЗИ, мРТМ ЭИТ, МРТ, РКТ, ПЭТ*

* перечень сокращений: МГ - рентгеномаммография; УЗИ – ультразвуковое исследование; мРТМ- микроволновая радиотермометрия; ЭИТ - электроимпедансная томография; РКТ - рентгеновская компьютерная томография, МРТ – магнитно-резонансная томография; ПЭТ – протонно-эмиссионная томография.

Анализ этапов изменения и описания нормальной молочной железы в течение жизни по данным литературы показал, что до настоящего времени отсутствует терминологическое единство в названии этапов. В БМЭ 1981 г. т. 15 представлены эмбриональный этап и возрастные изменения. Число выделяемых этапов различно: Л.Д. Линденбратен, Л.М., Бурдина, Е.Г. Пинхосевич (1997) выделяют 6 этапов: новорожденный, подростковый, детородный, беременности, инволюции. П.А. Чумаченко, И.П. Шлыков (1999) – 4 этапа: детская, развивающаяся, развитая и инволютивная. Л.М. Ходова (2002) – 10 этапов: ювенильный, ранний репродуктивный,

репродуктивного расцвета, пременопаузальный, постменопаузальный и переходные между ними типы (ювенильный-ранний репродуктивный, репродуктивный-репродуктивного расцвета, репродуктивного расцвета-пременопаузальный и т.д.). Е.М. Вихляева (2006) выделяет детский этап, изменения которого представляет в сравнении с состоянием репродуктивной системы в определенные возрастные периоды. Н.В. Заболотская (2007) представляет 3 этапа: эмбриональный, детский, пубертатный. В национальном руководстве по маммологии под ред. В.П. Харченко и Н.И. Рожковой (2009) этапы формирования молочной железы не рассматриваются. Практика показывает, что ранние жизненные события на внутриутробных этапах влияют на риск развития рака молочной железы [Trichopoulos D., Lipman RD., 1992].

Изменения структуры молочной железы после рождения могут соответствовать возрастным изменениям организма, опережать их (инволютивные изменения в юношеском возрасте) или не соответствовать возрастной трансформации. По данным Л.М. Бурдиной (1993-1998) у пожилых нерожавших плотность молочной железы на рентгенограмме соответствует плотности железистой ткани у молодых женщин (цит. по Л.М. Ходовой, 2002 С.15). Характеристики молочной железы зависят от метода исследования и формулируются в терминах морфологии, клиники, инструментальных (физико-технических) методов.

Соответствие характеристик молочной железы этапам развития и функциональным задачам организма позволяет определить состояние молочной железы как нормальное (возрастная норма). Отклонения в состоянии молочной железы от функциональной задачи этапа развития организма характеризуются как нарушение в состоянии здоровья.

На основании анализа (Таблица 1) нами предложена следующая классификация этапов формирования молочной железы: 1. эмбриональный; 2. новорожденного; 3. раннего детского возраста; 4. подростковый; 5. репродуктивного расцвета; 6. беременности; 7. лактации; 8. послеродовой; 9. пременопаузальный; 10. постменопаузальный.

Выводы:

1. Анализ этапов формирования молочной железы в норме показал, что в литературе характеристики этапов описаны фрагментарно. Необходима классификация этапов формирования с клинико-инструментальными характеристиками каждого этапа.
2. Этап внутриутробного формирования не учитывается т.к. он не имеет соответствующих характеристик диагностических методов.
3. Анализ характеристик состояния молочной железы на разных этапах формирования свидетельствует об отсутствии единых подходов и необходимости согласования параметров нормального состояния молочной железы.
4. Предложенная модель объединяет физиологические состояния на этапе эмбриогенеза и онтогенеза, методы визуализации и необходимые медицинские вмешательства, которые позволяют сохранить нормальное состояние молочной железы.

Список литературы:

1. Большая медицинская энциклопедия: В 30-ти т. АМН СССР. Гл. ред. Б.В. Петровский – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия. – т. 15, 1981. – С. 398–418.
2. Линденбратен Л.Д., Бурдина Л.М., Пинхосевич Е.Г., Маммография (Учебный атлас). – М.: Видар, 1997. 128 с.
3. Озерская И.А., Пыков М.И., Заболотская Н. В. Эхография репродуктивной системы девочки, подростка, девушки. – М.: Изд. дом Видар-М, 2007. – 344 с.
4. Маммология. Национальное руководство. / Под ред. В.П. Харченко, Н.И. Рожковой. – ГОЭТАР-Медиа. 2009. С.30
5. Ходова Л.М. Особенности ультразвуковой морфологии молочных желез у девушек различных конституциональных типов. Дис. канд мед наук. Новосибирск. 2002. 123 с.
6. Чумаченко П.А., Шлыков И.П., Молочная железа: морфометрический анализ. – Воронеж: Изд-во ВГУ, 1991. – 160 с.
7. Trichopoulos D., Lipman RD., Mammary gland mass and breast cancer risk // Epidemiology. 1992 Nov;3(6):523-6

ОЦЕНКА ДОСТУПНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ НА ПРИМЕРЕ МЕГИНО-КАНГАЛАССКОГО РАЙОНА РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

ТАРАБУКИНА С.М.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М.К. АММОСОВА,
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. Проведены исследования по оценке доступности лекарственного обеспечения в сельской местности. Оценены доступность лекарственной помощи в населенных пунктах района, степень удовлетворенности населения, ассортимент и качество оказываемой фармацевтической помощи в районе.

Ключевые слова: лекарственные средства и изделия медицинского назначения, территориально обособленные подразделения районной больницы, лекарственное обеспечение, среднедушевое потребление лекарственных средств.

Abstract. Studies a conducted to assess the availability of drug supply in rural areas. Assessed the availability of pharmaceutical care in the settlements of the region , the degree of satisfaction of the population , the range and quality of pharmaceutical care in the area.

Key words: pharmaceuticals and medical products , territorial subdivisions of the district hospitals, drug supply , per capita consumption of medicines.

Введение. По данным Росстата РФ почти одна треть населения проживает в сельской местности, поэтому вопрос организации лекарственного обеспечения в сельской местности, проблема качества оказания фармацевтической помощи и количественной оценки ее уровня является актуальным. [4] В Республике Саха (Якутия) в силу географического расположения и экстремальных климатических условий особенности

организации лекарственного обеспечения в сельской местности еще более усугубляются.

Цель. Проведение исследований по оценке доступности лекарственной помощи в сельской местности на примере Мегино-Кангаласского района Республики Саха (Якутия).

Материалы и методы. Объектами исследования являлись территориально обособленные подразделения районной больницы в 16 населенных пунктах Мегино – Кангаласского района, где отсутствуют аптечные организации, аптечные организации трех населенных пунктов района с наибольшей плотностью населения. В процессе исследования использованы социологические (анкетирование, группового опроса), статистические (выборочного анализа, контент-анализа), методы исследований. В проведении исследований участвовали 540 жителей населенных пунктов, где отсутствуют аптечные организации, также 6 руководителей аптечных организаций района, 16 работников территориально обособленных подразделений районной больницы (фельдшеров).

Результаты и обсуждение. Мегино-Кангаласский район является одним из сельскохозяйственных районов республики, где проживают 3,2% от общей численности населения Республики Саха (Якутия), но при этом занимает малую площадь по сравнению с другими районами. Относится к группе заречных районов, где характерна сезонность транспортного сообщения, что непосредственно влияет на систему лекарственного обеспечения. Результаты исследования можно применить ко всем заречным районам с учетом поправочных коэффициентов, относящихся к каждой местности.

Площадь — 11,7 тыс. км². В состав района входит 31 муниципальное образование. Расстояние до г. Якутска: наземным путем - 52 км, воздушным - 70 км. Удаленность населенных пунктов от районного центра составляет от 5 до 122 км. Между населенными пунктами существуют наземный и воздушный пути сообщения (последняя по санитарной авиации).

Основная отрасль экономики — сельское хозяйство, а именно животноводство (мясомолочное скотоводство, мясное табунное коневодство). Также выращиваются зерновые, картофель, овощи и кормовые культуры.

Численность постоянного населения на 1 января 2014 года составила 30445 человека. Плотность населения составляет 2,65 чел. на 1 кв. км. (2013г. - 2,65). По Республике Саха (Якутия) этот показатель равен 0,31 человека на 1 кв. км.

Естественный прирост – 8,5 (2011 г.), 9,4 (2012 г.). Наблюдается характерное увеличение показателей естественного прироста. Смертность на 1000 населения 9,4(2011 г.),9,6(2012 г.). [2,3]

На территории улуса функционируют 20 медицинских учреждений. По штатной численности врачей в 2013г предусмотрено 123,75 единиц, занято 113,75 штатных единиц, физических лиц работает 115 человек (2012г. – 102), т.е. укомплектованность составляет 93%.

Система лекарственного обеспечения Мегино-Кангаласского района представлена только розничным звеном, а в населенных пунктах, где нет аптечных организаций фельдшерско-акушерскими пунктами, участковыми больницами, врачебными амбулаториями.

Среди аптечных организаций 42,85% занимает государственный сегмент, а частный 57,15%. [5]

Число жителей приходящихся на одну аптечную организацию 2,5 тыс. человек. Обеспеченность провизорами на 10 тыс. жителей 1,9. Обеспеченность фармацевтами на 10 тыс. жителей составляет 6,6. Это по сравнению с другими районами республики является средним показателем.

Аптечные организации расположены только в семи населенных пунктах района. Следовательно, охвачено всего 22,6% населенных пунктов района. В населенных пунктах, где нет аптечных организаций, лекарственное

обеспечение осуществляется местными участковыми больницами, врачебными амбулаториями и ФАПами.

По количеству аптечных организаций район можно условно разделить на 3 группы: крупные населенные пункты, средне населенные пункты и отдаленные населенные пункты. Аптечные организации сосредоточены, где количество населения больше 1000 человек. Охваченность района организациями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность, составляет 81%.

Основной объем лекарственного обеспечения населения района приходится на аптечные организации. Доля в общем товарообороте обособленных подразделений районной больницы, имеющих лицензии на розничную реализацию лекарственных средств составляет всего 5,06%. При этом в данных населенных пунктах проживает 42 % жителей района.

Для проведения анкетирования населенные пункты района, не имеющие аптечные организации, разделены условно на три группы в зависимости от расстояния от районного центра, от населенного пункта с аптечной организацией. Всего анкетированию населения подверглись 18 населенных пунктов (где нет аптечных организаций) из трех групп по 30 человек. Общее число анкетированных - 540. Из них 310 респондентов женского пола, 230 – мужского пола. Возрастные категории: до 20 лет 48 человек, до 40 лет – 155, до 60 лет - 216, старше 60 – 121.

Непосредственное участие потребителя позволяет рассматривать качество оказания фармацевтической помощи не только как набор объективных характеристик, но и как совокупность воспринимаемых субъективных оценок.[1]

Анкетирование проведено среди медицинских работников 16 обособленных подразделений центральной районной больницы из различных населенных пунктов, находящиеся на расстоянии от 5 до 122 км от районного центра.

В этих структурах заняты специалисты с высшим образованием 42,86%, со средним – 57,14%, стаж работы варьирует от 3 до 38 лет. Категория по

специальности имеется у одного работника – третья. В среднем обособленные подразделения обслуживают 450 – 520 жителей.

На вопрос анкеты «какое количество ассортиментных позиций лекарственных средств в вашем пункте бывает в наличии?» были даны значения от 35 до 82. Перечень лекарственных средств, реализуемых медицинскими организациями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность и их обособленными подразделениями, расположенными в сельской местности регламентируется приказом МЗ Республики Саха (Якутия) от 24.09.2010 г. №01-8/4-994. Согласно результатам анкетирования среднее число ассортиментных позиций составляет 67, что составляет 45,6%, от утвержденного министерством перечня.

При оценке качества лекарственного обеспечения в населенных пунктах, где нет аптечных организаций, «крайне неудовлетворительно» ответили 12,5% в основном медицинский персонал, занятый в обособленных подразделениях, расположенных наиболее отдаленно от центральной районной больницы. 31,25% ответили «удовлетворительно», 18,75% ответили «хорошо», а 37,5% ответили «неудовлетворительно».

Следует отметить, что в ходе исследований установлено, что в статье ФЗ № 61 в части осуществления фармацевтической деятельности в обособленных подразделениях, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации, при перечислении видов подразделений (амбулаторий, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, центров (отделений) общей врачебной (семейной) практики) не включены участковые больницы. При этом, в республике имеют фармацевтическую лицензию из 349 обособленных подразделений 111 участковых больниц, а в Мегино-Кангаласском районе 7.

Вывод. В целом система лекарственного обеспечения Мегино-Кангаласского района функционирует, повторяя характерные тенденции развития системы по республике и по стране. Аптечные организации концентрированы в населенных пунктах с наибольшей численностью населения. С введением ФЗ №61 «Об обращении лекарственных средств»

развернуто лекарственное обеспечение в обособленных подразделениях районной больницы, в том числе и в участковых больницах, но на сегодня работают только 74 % из них. Товарооборот в обособленных подразделениях за последний год существенно вырос, но в то же время исследования показали, что он недостаточен. Занимает всего 5% от всего товарооборота по району, хотя в данных населенных пунктах проживает 42% населения. Представлен меньше половины ассортимента лекарственных средств по отношению к утвержденному по республике необходимому ассортименту. При социологических исследованиях «крайне неудовлетворительно» 12,5%, «неудовлетворительно» 31,5% ответили работники обособленных подразделений. Существует необходимость дополнения в пункты ФЗ №61 «Об обращении лекарственных средств» в части регулирования фармацевтической деятельности в поселениях, где нет аптечных организаций, включения в перечень обособленных подразделений больницы еще и участковые больницы.

Список литературы:

1. Бучнев Б.П. Качественная оценка фармацевтической помощи / Бучнев Б.П, Варсанидзе С.Л, Парфейников С.А. // Новая аптека. 2003. - № 11. - С. 25-27.;
2. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Республики Саха (Якутия) в 2011году / Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия), ГБУ РС (Я) Якутский республиканский информационно-аналитический центр; (редколл.: Вербицкая Л.И. и др.), 2012. – 148 с.;
3. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Республики Саха (Якутия) в 2012году / Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия), ГБУ РС (Я) Якутский республиканский информационно-аналитический центр; (редколл.: Вербицкая Л.И. и др.), 2013. – 139 с.;
4. Предположительная численность населения Российской Федерации до 2030 года: Стат. бюллетень / Росстат. М., 2009, с. 7.;
5. Тарабукина С.М. Методические подходы к формированию региональной стратегии лекарственного обеспечения населения на примере Республики Саха (Якутия) Диссертация на соискание ученой степени кандидата фармацевтических наук/ Тарабукина С.М // Томск, 2011. – 223 с.

ЭКОНОМИЧЕСКИЙ УЩЕРБ ОТ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ СМЕРТНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

ТИМОФЕЕВ Л.Ф.¹, ИВАНОВА А.А.¹, РУМЯНЦЕВА А.И.²

¹Россия, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

²Россия, РЕГИОНАЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РФ ПО
РС (Я), г. ЯКУТСК

Аннотация. Представлен экономический ущерб от заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ВУТ), в том числе на один случай ВУТ за период с 2006 по 2010 гг. Установлен экономический ущерб от преждевременной смертности за период с 2006 по 2011 гг.

Ключевые слова. Экономический ущерб от заболеваемости с временной утратой трудоспособности, экономический ущерб от преждевременной смертности, оценка экономических потерь.

Abstract. The economic damage from incidence with the temporary disability (TD), including on one case of TD from 2006 for 2010 is presented. The economic damage from premature mortality from 2006 for 2011 is established.

Key words. Economic damage from incidence with temporary disability, economic damage from premature mortality, an assessment of economic losses.

Вопросы изучения экономической эффективности в здравоохранении рассматриваются на многих семинарах Всемирной организации здравоохранения, и это свидетельствует о том, что проблема окончательно не решена. Важность данной проблемы в нашей стране обусловлена

постоянным ростом общей заболеваемости и преждевременной смертности, инвалидизацией населения (все чаще трудоспособного), сложностью технического обеспечения современных методов диагностики и лечения.

В этой связи важным является определение в Республике Саха (Якутия) экономического ущерба (ЭУ), обусловленного заболеваемостью с временной утратой трудоспособности, инвалидностью, и преждевременной смертностью, к которой привело то или иное заболевание.

Снижение заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ВУТ) является одной из актуальных проблем, имеющей огромное экономическое значение. Известно, что временная нетрудоспособность в связи с заболеваемостью приносит экономические потери самому работнику, предприятию и народному хозяйству. Заболевший работник во время болезни не участвует в общественном производстве, а, следовательно, в создании национального дохода. В этот период общество содержит работника и расходует средства на его лечение.

Для практического определения экономических потерь в связи с заболеваемостью с временной утратой трудоспособности важно выделить основные слагаемые этих потерь. Это, во-первых, недополученная новая стоимость (национальный доход, чистая продукция отдельных предприятий или отраслей); во-вторых, выплаты пособий по временной нетрудоспособности за счет средств социального страхования; в-третьих, затраты государства на амбулаторное и стационарное лечение больных.

Фактически народное хозяйство несет от заболеваемости еще большие потери, например, потери, связанные со снижением производительности труда работника, ослабленного болезнью, потери от простоев оборудования из-за неявки заболевших работников, снижением производительности труда на смежных рабочих местах и т.д. Но учет этих потерь весьма сложен и для практических расчетов мы ограничиваемся указанными выше тремя основными группами потерь.

Нами выявлено, что экономический ущерб от заболеваемости с ВУТ в Республике Саха (Якутия) на один случай ВУТ за период с 2006 по 2010 гг. увеличился (рост в 1,29 раза). В целом же экономический ущерб составил: в 2006 году 9,675 млрд. руб., в 2007 году – 10,219 млрд. руб., в 2008 году – 10,973 млрд. руб., в 2009 году – 11,022 млрд. руб., в 2010 году – 12,501 млрд. руб. в сопоставимых ценах

Экономический ущерб от заболеваемости на один случай ВУТ составил в 2010 году 73 344,8 руб. и возрос за период с 2006 года в 1,36 раза в сопоставимых ценах. В результате, в 2006 году экономический ущерб от заболеваемости с ВУТ составил 4,7% от валового регионального продукта (ВРП), но уменьшился к 2010 году до 3,2%.

Потери от преждевременной смертности населения относятся к числу наиболее существенных. Информация об экономическом ущербе в связи с потерями от преждевременной смертности населения может быть использована для расчетов объемов инвестиций в здравоохранение и для планирования мероприятий, направленных на повышение уровня общественного здоровья, а также при формировании целевых программ с воздействием на наиболее важные и управляемые факторы, определяющие уровень смертности населения, в том числе, от конкретных причин смерти.

Расчет экономического ущерба от смертности населения Республики Саха (Якутия) основывался на методологии, утвержденной приказом Минэкономразвития России № 192, Минздравсоцразвития России № 323н, Минфина России № 45н, Росстата № 113 от 10.04.2012 г. «Об утверждении Методологии расчета экономических потерь от смертности, заболеваемости и инвалидизации населения».

Экономический ущерб от смертности населения Республике Саха (Якутия) рассчитывался погодно за период с 2006 по 2012 годы. В соответствии с методикой расчета экономические потери от смертности населения рассматривались как потери, связанные с недопроизводством ВРП из-за выбытия человека из трудовой деятельности по причине смерти. Оценка экономических потерь от смертности населения рассчитывалась по

умершим в текущем году (году, за который производится расчет соответствующих потерь). При этом в соответствии с вышеуказанной методологией, за возраст начала экономической активности было принято 15 лет, а за возраст окончания экономической активности – 72 года.

Наибольший вклад в экономический ущерб от смертности населения Республике Саха (Якутия) в течение 2006-2012 гг. внесли болезни системы кровообращения и внешние причины смерти, составлявшие в структуре потерь от основных причин смерти в среднем по годам 38,2 и 30,0% соответственно. Третье место в структуре экономических потерь от различных причин смерти в республике принадлежало новообразованиям, удельный вес которых в среднем по годам составлял 12,2%.

В целом установлено, что экономический ущерб от преждевременной смертности от всех заболеваний в Республике Саха (Якутия) составил 978,3 млн. рублей в 2006 г., 1112,4 млн. рублей в 2007 г., 1438,1 млн. рублей в 2008 г., 1469,9 млн. рублей в 2009 г., 1764,4 млн. рублей в 2010 г., 2080,1 млн. рублей в 2011 г.

В результате индексации полученных значений с помощью индексов-дефляторов ВВП (значение которых приведено в методике), экономический ущерб составляет: 1767,2 млн. рублей в 2006 г., 1765,7 млн. рублей в 2007 г., 1935,1 млн. рублей в 2008 г., 1939,2 млн. рублей в 2009 г., 2038,5 млн. рублей в 2010 г., 2080,1 млн. рублей в 2011 г.

Таким образом, выявлен рост экономических потерь от смертности населения Республики Саха (Якутии) в изучаемом периоде на 17,7%.

В заключение, необходимо отметить, что представленные расчеты и анализ материалов дают представление об общем объеме экономического ущерба от смертности населения Республики Саха (Якутия), что необходимо учитывать при разработке программ, направленных на совершенствование деятельности специализированных медицинских служб. А также при формировании региональных программ снижения смертности населения, в том числе от конкретных причин смерти.

Однако, важным является тот факт, что помимо непосредственных потерь ВРП существуют и прямые затраты, которые суммарно также составляют значительные средства Республики Саха (Якутия), но не учитывались в расчетах по настоящей методике.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

ФЕДУЛОВА А.Г., ФЕДОСЕЕВА Л.Р., БОДУНОВА А.С.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. Диарейные болезни являются одной из ведущих причин детской заболеваемости и смертности как в развивающихся, так и в развитых странах. За последние четыре десятилетия удалось выявить значительное число неизвестных ранее микроорганизмов, вызывающих диарею, в том числе ротавирус (РВ). В 2008 г., по расчетам ВОЗ, в мире было приблизительно 453 000 (от 420 000 до 494 000) смертельных исходов среди детей, ассоциированных с заболеванием ротавирусным гастроэнтеритом, что составляло 5% от всех случаев смерти среди детей в возрасте до 5 лет.

Ключевые слова: Ротавирусная инфекция (РВ), диарея, эпидемиологические особенности, заболеваемость ротавирусной инфекцией (РВИ).

Key words: Rotavirus infection, diarrhea, epidemiological features, the incidence of rotavirus infection.

Актуальность. Ротавирусы инфицируют почти каждого ребенка до достижения им возраста 3 – 5 лет и являются в мире основной причиной возникновения тяжелой диареи с дегидратацией организма у детей.

Цель исследования. Выявить основные эпидемиологические закономерности течения ротавирусной инфекции на территории РС(Я).

В Российской Федерации на фоне улучшения лабораторной диагностики вирусных кишечных инфекций регистрируется рост показателей заболеваемости населения РВИ более чем в 22 раза: с 3,2 на 100 000 населения в 1993 г. до 70,6 в 2012 г. РВИ в РФ распространена повсеместно,

с каждым годом уменьшается количество регионов, не регистрирующих данную инфекцию на своей территории на протяжении ряда лет: в 2000 г. таких территорий было 22, в 2012 г. - только две. Увеличивается количество неблагополучных субъектов РФ, где заболеваемость населения превышает среднефедеральный уровень более чем в 2 раза, ежегодно регистрируются вспышки РВИ.

В Российской Федерации в 2012 г. зарегистрирована вакцина против ротавирусной инфекции для детей в возрасте от 6 до 32 недель – RotaTeq. С 2013 г. в ряде регионов начата профилактическая иммунизация детского населения. По данным Министерства здравоохранения РФ вакцинацию против РВИ планируется ввести в Национальный календарь профилактических прививок с 2016 г.

Основным резервуаром и источником РВ является человек: лица, переносящие манифестные или субманифестные формы заболевания. Вирусы в фекалиях заболевших появляются одновременно с развитием клинических симптомов, причем наибольшая их концентрация (до 10^{11} - 10^{12} вирионов/мл фекалий) регистрируется в первые 3-5 дней болезни. В эти дни больные представляют наибольшую эпидемическую опасность. Выделение возбудителя уменьшается по мере нормализации стула.

По данным Управления Роспотребнадзора по РС(Я) в республике за 13 – летний период средняя частота обнаружения антигена ротавируса (Рота – АГ) в питьевой воде составила $7,6 \pm 0,7\%$ (рис. 1). В 2011г., когда был достигнут максимальный уровень заболеваемости, отмечаются и высокие показатели обнаружения Рота – АГ в питьевой воде ($7,8 \pm 3,4\%$). В 2012 г. одновременно со снижением заболеваемости населения зарегистрировано снижение частоты обнаружения антигена в питьевой воде до $3,5 \pm 1,5\%$. За весь период наблюдения средний процент обнаружения Рота - АГ в сточной воде составил $14,5 \pm 1,0\%$ с минимальным показателем в 2006 г. ($4,1 \pm 2,0\%$), максимальным в 2011 г. ($23,8 \pm 3,5\%$).

Именно весенний паводок может явиться основным фактором, стимулирующим водный путь передачи РВ. Необходимо отметить, что фекальное загрязнение воды приводит к возникновению водных вспышек

РВИ, характеризующихся большим числом пострадавших и полиэтиологичностью возбудителей.



Рис. 1. Заболеваемость ротавирусной инфекцией в Республике Саха (Якутия) и удельный вес обнаружения антигена ротавируса в образцах питьевой и сточных вод, 2000 – 2012 гг.

В Республике Саха (Якутия) во внутригодовой динамике заболеваемости населения РВИ также характерна зимне-весенняя сезонность, при этом выраженный ежегодный подъем заболеваемости у детей в возрасте до 6 лет отмечается с декабря по апрель (рис. 2).

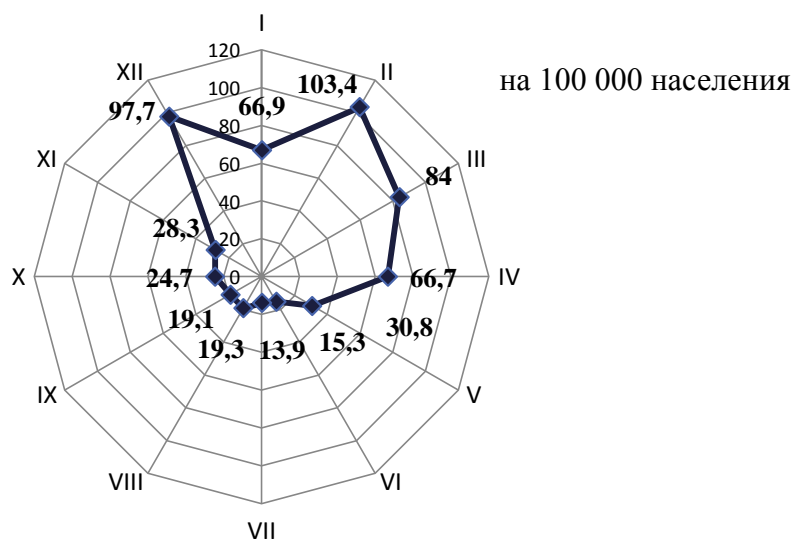


Рис. 2. Внутригодовая динамика заболеваемости ротавирусной инфекцией в Республике Саха (Якутия), 2000 – 2012 гг.

Заболеваемость РВИ в возрастных группах населения неодинакова. При сопоставлении показателей заболеваемости РВИ среди различных возрастных групп в 2012 г. установлено, что в Республике Саха (Якутия) группой максимального риска заражения являются дети первого года жизни ($2025,8 \pm 111,9$ на 100 000 населения) группой высокого риска - дети с 1 года до 2 лет ($1164,4 \pm 61,7$), в меньшей степени были вовлечены дети с 3 до 6 лет ($92,9 \pm 13,0$) и с 7 до 14 лет ($12,5 \pm 3,4$).

Рост заболеваемости РВИ при повсеместном распространении инфекции, регистрация вспышек с вовлечением в эпидемический процесс детей раннего возраста свидетельствуют о высокой эпидемиологической и экономической значимости данной инфекции.

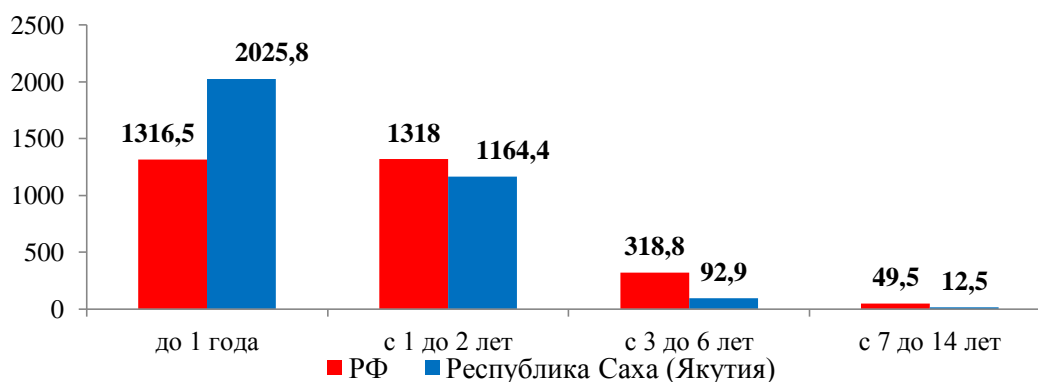


Рис. 3. Заболеваемость ротавирусной инфекцией в различных возрастных группах детского населения Российской Федерации и Республики Саха (Якутия) в 2012 г.

Выводы. Учитывая чрезвычайную активность ротавирусной инфекции у детей раннего возраста, проживающих на территории с риском инфицирования, одним из компонентов комплексной стратегии борьбы с РВИ можно считать внедрение и реализацию вакцины RotaTeg, зарегистрированной в 2012 году в Российской Федерации.

Список литературы:

1. Лобзин Ю.В. Клиника, эпидемиология и профилактика ротавирусной инфекции: методические рекомендации/под ред. Ю.В. Лобзина. – СПб: НИИДИ, 2013. – 48 с.

2. Тихомирова О.В. Ротавирусная инфекция у детей: особенности клинического течения, диагностические подходы и тактика терапии: учебное пособие для врачей/О.В. Тихомирова, Н.В. Сергеева, О.А. Аксенов — СПб., 2005. — 32 с.
3. Черкасский Б.Л. Частная эпидемиология: руководство для врачей: в 2 т./ под ред. Б.Л. Черкасского. – М.: ИНТЭРСЭН, 2002. – 1 т.- 388 с.
4. Михайлова Е.В. Ротавирусная инфекция у детей: Учебное пособие/Е.В. Михайлова, А.А. Шульдяков, А.П. Кошкин, Д.Ю. Левин. - Саратов: Изд-во СГМУ, 2006. - 80 с.

ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ЭКСПЕРТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СИСТЕМЕ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ЧЕРЕПОВ В.М., СОБОЛЕВСКАЯ О.В., АНАНЬИНА Л.Г., БЕГИЧЕВА О.Л.

Россия, ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ УПРАВЛЕНИЯ

Аннотация. статья посвящена вопросам кадрового обеспечения экспертной деятельности и особенностям подготовки специалистов в сфере обязательного медицинского страхования для реализации контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи населению в РФ.

Ключевые слова: экспертная деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Abstract. the article is dedicated to the questions of staffing of expert activity and peculiarities of specialists` preparation in the field of obligatory medical insurance for realization of the control under sizes, quality and conditions of providing medical help to the citizens of the Russian Federation.

Key words: expert activity in the field of obligatory medical insurance.

Совершенствование в последние годы законодательной базы здравоохранения и медицинского страхования в Российской Федерации определило правовой статус контроля качества оказания медицинской помощи населению. В соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» установлен регламент проведения контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, включающий медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу и экспертизу качества медицинской помощи. Этапы контроля взаимосвязаны между

собой, нацелены на определение соответствия предоставленных медицинских услуг требованиям Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам РФ и осуществляются соответствующими специалистами. В развитии норм законодательства Федеральным фондом обязательного медицинского страхования был разработан и внедрен в 2011 году Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (утв. приказом ФОМС от 01 декабря 2010г. № 230), определяющий требования к специалистам, осуществляющим контроль качества медицинской помощи с акцентом внимания на непрерывное совершенствование профессионального уровня специалистов – не реже одного раза в пять лет.

Эффективность контролирующих функций специалиста определяется, в первую очередь, качеством его подготовки, включающей формирование знаний по законодательству, нормативной и методической документации, регулирующей отношения в системе контроля объёма и качества медицинской помощи, а также приобретение навыков в практике их применения.

Потребность единого подхода к подготовке специалистов, осуществляющих каждый их этапов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, определила необходимость разработки образовательной программы обучения специалистов на основе модульно-компетентностного принципа обучения. До принятия закона № 326-ФЗ повышение квалификации врачей-экспертов для системы ОМС осуществлялось в рамках государственного стандарта послевузовской профессиональной подготовки специалистов по медицинской специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье». Новый закон установил дополнительные требования к специалистам–экспертам и экспертам качества медицинской помощи, в соответствии с которыми, специалистом-экспертом, осуществляющим медико-экономический контроль и медико-экономическую экспертизу может быть специалист, прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного

медицинского страхования. Экспертиза качества медицинской помощи проводится врачом, включенным в территориальный реестр, являющимся экспертом, имеющим высшее профессиональное образование, сертификат специалиста и стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет, прошедшим подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

Для решения задач по контролю объемов, сроков и условий предоставления медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования, связанных с наличием у специалистов каждого этапа контроля соответствующих компетенций, Федеральным фондом ОМС в 2012 году утверждена на основе модульно-компетентностного принципа образовательная программа, разделившая специалистов на две категории:

- 1) специалист медико-экономического контроля (модуль 1);
- 2) эксперт в сфере обязательного медицинского страхования (модули 2 и 3).

В соответствии с этим делением, модульная образовательная программа — это совокупность 3-х образовательных модулей, направленных на овладение определенными компетенциями, необходимыми для присвоения двух квалификаций: «специалист медико-экономического контроля» и «эксперт в сфере обязательного медицинского страхования».

На протяжении семи лет Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Государственный университет управления» совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования проводит программы повышения квалификации специалистов, осуществляющих контроль качества медицинской помощи, в том числе с 2012 года по трехмодульной системе подготовки соответствующих специалистов. В тематическом плане предусмотрено освоение специалистами широкого круга теоретических знаний, а также практических умений и навыков по единым для всех категорий слушателей разделам образовательной программы с дифференцированной учебной нагрузкой в соответствующем объеме: методология контроля объема, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи,

организация и оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, правовые аспекты контроля, специальные технологии в осуществлении экспертной деятельности в сфере ОМС, организация деятельности и основные требования к специалистам, осуществляющим экспертную деятельность в сфере ОМС. В процессе обучения проходит обмен мнениями и опытом, накопленным слушателями при осуществлении экспертной деятельности, определяются нерешенные проблемы и обсуждаются пути их решения.

Участие в образовательных программах специалистов различных регионов страны определяет возможность всестороннего рассмотрения практики осуществления экспертной деятельности и региональные особенности выявляемых нарушений оказания медицинской помощи. Так, при медико-экономическом контроле основными нарушениями, на протяжении ряда лет, являются нарушения, связанные с неправильным оформлением реестра счетов и неверным определением принадлежности застрахованных к страховой медицинской организации. В структуре дефектов медико-экономической экспертизы ведущее место занимают дефекты оформления медицинской документации, нарушения, связанные с предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в меньшей степени – нарушения, связанные с оказанием медицинской помощи. При проведении целевых медико-экономических экспертиз большинство нарушений связано с повторным обращением застрахованных лиц по поводу одного и того же заболевания.

Основная проблема, выявленная в ходе осуществления образовательного процесса связана с дефицитом в ряде регионов соответствующих требованиям законодательства специалистов - экспертов качества. Даже наличие высококвалифицированных специалистов в регионе не позволяет внести их в реестр экспертов качества, в связи с отсутствием у них специальной подготовки по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС (3 модуль). Территориальные фонды ОМС заинтересованы в подготовке таких специалистов, однако, вопрос финансирования их обучения по указанным программам не определен нормативными документами. Ранее существовавшая практика финансирования

подготовки специалистов-экспертов страховыми медицинскими организациями за счет средств РФПМ стала невозможной в условиях нового законодательства.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 29.11.2010г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
2. Приказ ФОМС от 01 декабря 2010г. № 230 «Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ Г. НИЖНЕВАРТОВСКА КАК ФАКТОР РИСКА НАРУШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

ЧЕРКАСОВ С.Н., АБРАМОВА О.В.

РОССИЯ, НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ИМЕНИ Н.А. СЕМАШКО

РОССИЯ, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ «РЕАВИЗ»

Аннотация. Изучены гендерные особенности питания студентов, проживающих в особых климатических условиях Западно-Сибирского региона и обучающихся в высших учебных заведениях г.Нижневартовска. Объем исследования – 976 человек. Показано, что прослеживается зависимость между особенностями питания и уровнем самооценки здоровья. Доказано, что особенности питания необходимо рассматривать как фактор риска нарушения здоровья и программа профилактических мероприятий должна быть дифференцированной среди студентов мужского и женского пола.

Ключевые слова: студенты, гендерные особенности питания, фактор риска.

Abstract. Examined gender-sensitive nutrition students living in special climatic conditions of the West Siberian region and enrolled in higher education institutions , Nizhnevartovsk. Volume of research - 976 people . It is shown that the observed relationship between the characteristics of supply and the level of self-rated health. It is proved that particular food should be considered as a risk factor for health and prevention programs should be differentiated among students of both sexes.

Key words: students, gender-sensitive nutrition, risk factor.

Актуальность исследования. Проблема здорового питания в Российской Федерации имеет государственный статус. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 25 октября 2010 г. N 1873-р утверждены «Основы

государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года». Под государственной политикой Российской Федерации в области здорового питания населения (далее - государственная политика в области здорового питания) «понимается комплекс мероприятий, направленных на создание условий, обеспечивающих удовлетворение в соответствии с требованиями медицинской науки потребностей различных групп населения в здоровом питании с учетом их традиций, привычек и экономического положения» (Распоряжением Правительства Российской Федерации от 25 октября 2010 г. N 1873-р). В качестве одних из основных задач государственной политики в области здорового питания рассматриваются совершенствование организации питания в организованных коллективах, разработка образовательных программ для различных групп населения по вопросам здорового питания, мониторинг состояния питания населения [1]. Период студенческой жизни является очень важным в качестве начала периода формирования индивидуальных особенностей питания [2]. Характеристики питания, особенно у студентов, можно рассматривать как комплексный фактор риска. Данные о распространенности факторов и антифакторов риска, связанных с особенностями питания студента, позволит целенаправленно планировать мероприятия среди данной группы населения.

Цель исследования. В целях реализации одной из основных задач государственной политики в области здорового питания нами был проведен анализ зависимости состояния здоровья студенческой молодежи от особенностей питания.

Методы исследования. Данные об характеристиках питания студентов ВУЗов г. Нижневартовска (Западно-Сибирский регион) были получены путем анкетирования студентов гуманитарных и технических специальностей, обучающихся на 1-5 курсах образовательных организаций высшего профессионального образования. Всего роздано анкет 1000, собрано заполненных анкет 976. В качестве потенциальных факторов риска рассматривали: регулярность приемов пищи; частота приемов пищи; характер пищи. Состояние здоровья студентов оценивали по результатам

их субъективной оценки. При выставлении оценки студенты оценивали наличие связанных со здоровьем проблем, а не только факт наличия заболевания.

Среди опрошенной группы студентов преобладали женщины – 71,5%, удельный вес мужчин составлял 28,5%. Соотношение полученное при опросе исследуемой группы соответствовало распределению полов в общей популяции студентов, обучающихся в г. Нижневартовск. Распределение в основной и контрольной группах по возрасту опрошенных студентов было равномерным и приближалось к нормальному, поэтому при сравнении групп использовали параметрические критерии, уровень значимости отрицания нулевой гипотезы составлял не менее 95%.

Результаты исследования. В качестве факторов риска рассматривали следующие особенности питания студента: разное количество приемов пищи в течение суток, прием наибольшего количества пищи ночью, нерегулярность приемов пищи, употребление «фаст-фуда», дополнительные приемы пищи в течение суток, отсутствие интереса к качеству и ассортименту употребляемой пищи, частое употребление мучного и сладкого, а также частое употребление газированных напитков. Анализ проводили отдельно для студентов мужского и женского пола. В случае получения достоверной разницы в оценке уровня собственного здоровья при наличии и отсутствия фактора риска были рассчитаны прогностические критерия данного фактора риска: относительный риск и показатели чувствительности и специфичности.

Достоверная разница в оценках у мужчин получена в отношении следующих факторов риска: «различное количество приемов пищи в течение суток», «нерегулярность приемов пищи», «частое употребление мучного и сладкого». Также следует обратить внимание на «дополнительные приемы пищи в течение суток», «употребление чая, кофе и сладких продуктов», «отсутствие интереса к качеству и ассортименту употребляемой пищи», «частое употребление газированных напитков».

Достоверная разница в оценках женщин получена в отношении следующих факторов риска: «нерегулярность приемов пищи», «употребление «фаст-

фуда», «частое употребление мучного и сладкого». Также следует обратить внимание на «различное количество приемов пищи в течение суток», «отсутствие интереса к качеству и ассортименту употребляемой пищи», «частое употребление газированных напитков».

Таким образом, для студентов мужского пола отобрано три фактора риска первой линии с высокой степенью значимости и три фактора риска второй линии с сомнительной степенью значимости. Для студенток отобраны также три фактора риска первой линии и три фактора второй линии. Среди факторов риска, отнесенных к первой линии, два были универсальны, как для студентов мужского, так и для студентов женского пола: «нерегулярность приемов пищи» и «частое употребление мучного и сладкого». Два фактора первой линии были специфичны. Различное количество приемов пищи в течение суток можно рассматривать как фактор риска только для студентов мужского пола, тогда как употребление «фаст-фуда» только для женского пола. Среди факторов риска, отнесенных ко второй линии, два можно было считать универсальными: «отсутствие интереса к качеству и ассортименту употребляемой пищи», «частое употребление газированных напитков». Дополнительные приемы пищи в течение суток, употребление чая, кофе и сладких продуктов отрицательно влияли на студентов мужского пола, а различное количество приемов пищи в течение суток на студентов женского пола.

Анализ взаимозависимостей показал, что в качестве связанных признаков могут быть рассмотрены следующие комплексы: «частое употребление мучного и сладкого» и «употребление чая, кофе и сладких продуктов» между основными приемами пищи и «частое употребление газированных напитков» и «употребление чая, кофе и сладких продуктов» между основными приемами пищи. В первом случае оценка состояния здоровья была достоверно ниже, чем средняя по группе студентов мужского пола ($3,4 \pm 0,11$ против $4,04 \pm 0,07$; $p < 0,05$). Во втором случае отмечалась наименьшая оценка здоровья среди опрошенного контингента студентов ($3,00 \pm 0,28$ против $4,04 \pm 0,07$; $p < 0,05$).

По результатам анализа из факторов было решено исключить следующие: «употребление «фаст-фуда», «частое употребление газированных напитков» и «отсутствие интереса к качеству и ассортименту употребляемой пищи», которые не обладали достаточными большими значениями коэффициента ассоциации, чувствительности и специфичности.

Следовательно, при формировании программы профилактики нарушений здоровья среди студентов женского пола следует учитывать такие факторы риска как (в порядке уменьшения прогностической значимости) «нерегулярность приемов пищи в течение суток», «частое употребление мучного и сладкого» и «разное количество приемов пищи в течение суток». Однако, как и при анализе факторов риска характерных для студентов мужского пола, только один из них, который характеризует регулярность приемов пищи в течение суток, обладает качествами самостоятельного признака, тогда как остальные могут быть рассмотрены только как часть комплекса признаков, учитывая значения коэффициента ассоциации. В качестве такого комплекса признаков следует рассматривать комплексный признак «частое употребление мучного и сладкого» и «разное количество приемов пищи в течение суток». Студентки, для которых характерен такой тип пищевого поведения имели достоверно более низкий оценочный показатель здоровья ($3,58 \pm 0,1$ против $3,8 \pm 0,07$, $p < 0,05$) относительно средних оценок по группе студентов женского пола. Следовательно, при планировании мероприятий среди студенток необходимо обратить внимание на группу нерегулярно принимающих пищу в течение суток и употребляющих мучное сладкое и сладкое.

Заключение. Таким образом, программа профилактических мероприятий должна базироваться на полученной информации о наиболее значимых факторах риска и быть дифференцированной среди студентов мужского и женского пола. Использование полученных данных позволяет с наибольшей эффективностью осуществлять комплекс мероприятий, целенаправленно воздействуя на факторы риска характерные именно для данного контингента студентов.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПЕРВИЧНЫЙ ВЫБОР ПАЦИЕНТАМИ КОММЕРЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ УСЛУГИ

ЧЕРКАСОВ С.Н., САХИБГАРЕЕВА Э.Х.

РОССИЯ, НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ИМЕНИ Н.А. СЕМАШКО

РОССИЯ, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ «РЕАВИЗ»

Аннотация. С целью изучения факторов, влияющих на первичный выбор пациентами коммерческой стоматологической организации выполнен анализ данных анкетирования 1998 потребителей платных стоматологических услуг, не связанных с ликвидацией острой боли. Показано, что потребительский выбор в стоматологии при первичном выборе пациента основан на его субъективных представлениях о преимуществах, которые могут быть получены при обращении в конкретное медицинское учреждение. Выявленные различия рекомендуются учитывать при построении маркетинговой стратегии медицинской организации.

Ключевые слова: медицинская организация, потребительский выбор, маркетинговая стратегия.

Abstract. To study the affecting the choice of primary dental patients commercial organizations analyzed questionnaire data in 1998 consumers paid dental services not related to the liquidation of acute pain. It is shown that consumer choice in dentistry during the initial choice of the patient based on his subjective perceptions of the benefits that can be obtained by contacting a specific medical facility. The differences found useful to consider when building a marketing strategy for the medical organization.

Key words: Medical organizations, consumer choice, marketing strategy.

Актуальность исследования. Построение и развитие маркетинговых стратегий невозможно без детального анализа обстоятельств, которые, в конечном итоге, определили выбор пациентом медицинского учреждения. Так как случаи однозначной закономерности между каким-либо обстоятельством и фактом выбора определенного учреждения редки, то использование подхода основанного на причинно-следственных взаимосвязях в данном случае не представляется возможным. Альтернативой является подход, основанный на вероятностных отношениях, то есть взаимосвязях фактор-событие.

Цель исследования. Определение факторов, повлиявших на их на первичный выбор медицинской организации, оказывающей стоматологические услуги.

Методы исследования. Опрос проводился среди пациентов коммерческой стоматологической клиники обратившихся за получением плановой стоматологической помощи. Пациентов с острой болью по этическим причинам не опрашивали. В опросе участвовало 2125 пациентов. Всего собрано 1998 анкет. Из них 812 пациентов обратились в данное учреждение впервые (40,6%). Респондентам предлагалось выделить из группы один или два конкурирующих фактора, оказавших наиболее сильное влияние на выбор данного медицинского учреждения. Для систематизации ответов респондент имел в распоряжении несколько вариантов готовых ответов, а также мог самостоятельно сформулировать ответ.

Результаты. Наиболее часто встречающимися мотивами, в соответствии с ответами респондентов, повлиявших на выбор коммерческой стоматологической клиники назывались следующие: стремление к получению качественных стоматологических услуг, комфортность обслуживания, рекомендации друзей и знакомых, рекомендации врачей-стоматологов, реклама, негативный опыт взаимодействия с государственными и муниципальными медицинскими учреждениями.

Большинство пациентов выбрали коммерческое медицинское учреждение в надежде на качественное обслуживание. На данную причину как основную указали 61 из 100 опрошенных пациентов коммерческой

стоматологической клиники. Каждый четвертый пациент 25 из 100 опрошенных ответил, что при выборе коммерческой стоматологической клиники надеялся на комфортное обслуживание и более высокую доступность медицинской помощи, рекомендация друзей и знакомых послужили поводом к обращению у 29 из 100 опрошенных, рекомендации врачей у 14 из 100 опрошенных. Рекламу, как повод, подтолкнувший к обращению, рассматривал только каждый десятый пациент (11 из 100 опрошенных). На негативный опыт взаимодействия с государственными и муниципальными медицинскими учреждениями обратили внимание почти треть опрошенных (31 из 100 опрошенных). Каждый десятый пациент (9 из 100 опрошенных) не смог сформулировать основную причину обращения в коммерческую медицинскую организацию. Особо следует отметить, что никто из опрошенных не отметил, что обратился в коммерческое медицинское учреждение по причине удобного расположения клиники.

Вторую линию факторов, названных выше «вспомогательными» составляли следующие: возможность дистанционного обращения и получения информации (наличие работоспособного и актуального сайта клиники в интернете), возможность дозвониться и получить информацию по телефону, оформление территории перед медицинским учреждением (входная группа), внешний вид технического персонала, поведение технического персонала. Указанные факторы пациентами не рассматривались как самостоятельные, потому что они их связывали в комплекс с факторами «первой линии».

Основной мотив обращения за медицинской помощью в коммерческую стоматологическую организацию «стремление и надежда получить качественные стоматологические услуги» в первую очередь определяется такими факторами как внешний вид медицинского персонала, особенно среднего, одетого в чистый и опрятный халат или медицинский костюм светлых тонов (84 из 100 опрошенных пациентов), без дополнительных украшений (рисунков, вышивок). Оптимальным, по мнению пациентов, и свидетельствующим о высоком качестве медицинской помощи является оказание помощи врачом среднего возраста с наличием статусных признаков у врача таких как, высшая аттестационная категория (79 из 100

опрошенных), ученая степень кандидата медицинских наук (78 из 100 опрошенных пациентов), активное его участие в конференциях, съездах, тренингах и т.п., подтвержденное сертификатами, размещенными в месте ожидания приема, на стене в непосредственной близости от регистратуры или в коридоре около кабинета приема, но не в самом кабинете. С точки зрения пациентов цена на стоматологические услуги коммерческих медицинских учреждений должны быть средними, чем выше уровень благосостояния пациента, тем субъективно уровень «средних» цен может быть выше. Низкие цены или массовые скидки рассматриваются пациентами как угроза качества медицинской помощи (89 из 100 опрошенных), тогда как индивидуальные скидки благожелательно воспринимаются пациентами (78 на 100 опрошенных). Снижение цены ниже определенного порога, по мнению пациентов, представляло угрозу качеству обслуживания, повышение цены воспринималось не так критично, особенно пациентами с высоким уровнем благосостояния. Убеждали пациентов в высоком качестве медицинской помощи пациенты, ожидающие прием (79 на 100 опрошенных). При записи на прием желательно были небольшие затруднения с выбором даты и времени приема (84 на 100 опрошенных). Пациенты негативно воспринимают наличие «креативных» дизайнерских интерьерных решений и ярких цветов в оформлении и сильного освещения (75 из 100 опрошенных), наличие дефектов стен и потолка, пола, мебели.

Вышеприведенные обстоятельства позволяют пациентам принять решения о том, что медицинская помощь в данном учреждении, скорее всего, будет оказана с высоким качеством, а это и является основным мотивационным фактором выбора медицинского учреждения. Другие факторы не имели такого значения в потребительском выборе, однако могли либо усилить положительное восприятие медицинского учреждения при наличии указанных выше факторов, либо снизить их положительное воздействие. Следует отметить, что нивелировать отрицательное восприятие пациентов медицинского учреждения возникшее под воздействием факторов «первой линии» указанные дополнительные факторы не могут, поэтому в построении маркетинговых стратегий коммерческие медицинские

организации должны в первую очередь ориентироваться на факторы «первой линии» и только при наличии возможности и ресурсов уделять внимание вспомогательным факторам.

Заключение. Таким образом, потребительский выбор в стоматологии при первичном выборе пациента основан на его субъективных представлениях о преимуществах, которые могут быть получены при обращении в конкретное медицинское учреждение. Наиболее важным преимуществом пациенты считают возможность получения качественной стоматологической помощи. Многие организационные решения можно рассматривать в контексте нескольких причин обращения. Так, например, организация записи на прием оценивается пациентами и с точки зрения дополнительных критериев качества обслуживания и с точки зрения комфортности обслуживания. Несмотря на наличие современного оборудования в государственных и муниципальных медицинских учреждениях, пациенты испытывают сомнения в использовании современных технологий, их настораживает его внешний вид (сколы, потертости, пятна и др.) и особенно внешний вид учреждения и его внутренние интерьеры. Пациенты внимательно прислушиваются к мнению других людей о качестве и комфортности обслуживания в данном медицинском учреждении, так как практически половина пациентов обращается по рекомендации друзей и знакомых, в том числе врачей, мнение которых очень важно для потенциальных пациентов.

Учитывая выявленные особенности потребительского поведения, маркетинговая стратегия коммерческой стоматологической организации должна быть направлена на максимально возможную степень удовлетворения потребностей и ожиданий потенциального пациента.

Список литературы:

1. Данилов Е.О., Мчедлидзе Т.Ш. Маркетинговые стратегии в коммерческой стоматологии // Институт стоматологии. 2002. №1. С.2-5.
2. Светличная Т.Г., Цыганова О.А. Медико-социологический подход к анализу удовлетворенности населения качеством медицинских услуг // Социальные аспекты здоровья населения. 2011. Т. 19. № 3. С. 6-6.

3. Родина Т.С., Коновалов О.Е. Причины обращения за стоматологической помощью взрослого населения крупного города в медицинские организации различных форм собственности // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П.Павлова. 2010. №2. С.68-72.

ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ЛЕЧЕБНО- ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ В РЕГИОНЕ ЯКУТИЯ

Ширко О.И.¹, Ушницкий И.Д.², Семенова Н.В.²

¹Россия, РЕСПУБЛИКАНСКАЯ БОЛЬНИЦА №2 – ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, г. ЯКУТСК

²Россия, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М.К. АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. Целью исследования явилась оценка организации и эффективности комплексного лечения невралгии тройничного нерва в условиях многопрофильного лечебно-профилактического учреждения. Лечебно-профилактические мероприятия включают привлечение специалистов различного профиля, где применяются терапевтические методы, а при отсутствии их клинического эффекта используются хирургические методики. При этом установлена эффективность последующих реабилитационных мероприятий с применением ресурса и потенциала многопрофильной больницы.

Ключевые слова: невралгия тройничного нерва, комплексное лечение, медикаментозная терапия, хирургические методы лечения, реабилитация.

Abstract. The purpose of the study is an evaluation of organization and efficiency of complex treatment of trigeminal neuralgia in a multidisciplinary health care setting. Health care measures are consist engagement of different specialists. These engagement are use therapeutic methods, and surgical methods are used in the absence of clinical effect. Efficiency of subsequent rehabilitation measures using of resources and capacities General Hospital was established.

Key words: trigeminal neuralgia, comprehensive treatment, drug therapy, surgical methods of treatment, rehabilitation.

Актуальность. В настоящее время, несмотря на успехи в изучении этиологии, патогенеза и лечения невралгии тройничного нерва (НТН), данный вид патологии представляет серьезную проблему (2). Сложность лечения НТН определяется многообразием этиологических факторов, являющихся «пусковыми», а так же различием механизма развития болевого синдрома. Так, ряд авторов среди этиологических факторов тригеминальной невралгии указывают на хронические местные инфекции (1, 2). При этом вторая ветвь тройничного нерва часто поражается при синуситах, третья - при заболеваниях зубочелюстной системы (3). Следует отметить, что в возникновении и развитии НТН в определённой степени играют роль условия проживания населения. Заболевание может развиваться после длительного воздействия низких температур, которое характерно для регионов Севера (3).

Необходимо подчеркнуть, что в этиологии НТН в качестве неблагоприятных факторов отмечены гипертоническая болезнь, ревматизм, бронхиальная астма, рассеянный склероз, травмы черепа и т.д. (4). При этом остается высоким удельный вес сосудистой патологии среди больных, имеющих данную патологию (5). Немаловажное значение также имеет определённая связь НТН с возрастным сужением костных каналов, в которых проходят II и III ветви тройничного нерва (3).

На сегодняшний день существует многообразие применяемых методов лечения невралгии (1, 3, 5). При этом имеющийся на вооружении врачей арсенал лечебных средств не всегда дает ожидаемый лечебный эффект. Кроме того, нет твердо установленных единых правил лечения болезни, а масса практикующих врачей, занимающихся этой проблемой (неврологи, стоматологи, нейрохирурги), чаще всего проводят лечение по своей излюбленной схеме, иногда при этом ошибаясь в диагностике и пренебрегая преимуществом. Вышеизложенное свидетельствует о том, что лечение данного заболевания представляет собой довольно трудную задачу, где для ее решения необходима рациональная организация комплексных лечебно-профилактических мероприятий.

Цель исследования. Разработать рекомендации, направленные на оптимальную организацию квалифицированной медицинской помощи и повышение эффективности лечения, профилактики и реабилитации больных с НТН с учетом региональных условий.

Материалы и методы исследования. Проведен комплексный анализ и оценка архивного материала неврологического и челюстно-лицевого отделений ГБУ РС (Я) «Республиканская больница №2 – Центр экстренной медицинской помощи» за 2001-2014 годы. Всего были изучены 105 историй болезни стационарных больных с НТН. Проспективное исследование проводилось у 77 больных (60 женщин и 17 мужчин). Учитывали возраст, пол, этническую принадлежность, место жительства больных, структуру поражений ветвей тройничного нерва, особенности клинических проявлений, сопутствующие заболевания, рецидивы заболевания и примененные виды лечения тригеминальной невралгии. Статистическая обработка материала проводилась с использованием стандартных методов вариационной статистики с созданием базы данных больных с НТН на «Excel for Windows».

Результаты исследования. Анализ полученных результатов характеризует, что больные с тригеминальной невралгией поступали в неврологическое отделение по экстренным показаниям (74,35%), в плановом порядке было госпитализировано 25,65%. При этом оценка возрастных особенностей больных с НТН подтверждает известный факт о преимущественном развитии заболевания после 50 лет. Возраст больных в исследованной группе составил от 26 до 86 лет, средний возраст составлял $57,9 \pm 14,35$. Среди больных с НТН значительно преобладали женщины 77,9% (60 чел.), мужчин было 17 чел. (22,1%). Средний возраст мужчин составил $60,8 \pm 14,01$, женщин – $57,1 \pm 14,5$ лет. В структуре профессиональной занятости, как и следовало ожидать, пенсионеры составляют 53,86%, а к группе работающих относились 38,52%. При этом тригеминальная невралгия у инвалидов 1, 2 и 3 групп выявлялась в 7,62% случаев.

Анализ показателей этнической принадлежности в общей группе выявил преобладание якутской популяции (64 из 77 чел.), где показатель

соответственно находился на уровне $83,12 \pm 0,76\%$, а русских – $16,88 \pm 2,25\%$, ($P < 0,05$). Среди больных женщин якуток было 53, что составило 88,34 %, русских – 8 чел. (11,7%). Среди больных мужчин также преобладали якуты – 12 (70,6%) из 17 чел., а русских 5 чел. (29,4%).

По локализации болевого синдрома наиболее часто боль локализовалась в области правой половины лица и составила 59,68%, тогда как левосторонняя локализация наблюдалась у 40,32% обследованных. Наиболее часто выявлялись сочетанные поражения глазничного, верхнечелюстного и нижнечелюстного ветвей (31,94% больных) и верхнечелюстной и нижнечелюстной ветвей – 27,04%. Реже, в 5,18% случаев наблюдалось сочетанное поражение глазничного и верхнечелюстного нервов.

Изучена сезонность рецидивов заболевания. Оказалось, что достоверно значимых различий в зимний, весенний, летний и осенний периоды по частоте рецидивов не получено и показатели соответственно составили 26,45, 27,69, 24,52 и 21,34%.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что оказание квалифицированной медицинской помощи в условиях амбулаторно-поликлинического приёма в городах и улусах (районах) включало возможное устранение причин болей, консультации невролога для подтверждения диагноза. И, наоборот, после первичного обследования у невролога, для исключения так называемой «симптоматической» невралгии, больные проходили консультации у хирурга-стоматолога или отоларинголога.

Следует отметить, что в суровых природно-климатических условиях Республики Саха (Якутия) часто пусковыми моментами, вызывающие невралгию, являются хронические воспалительные заболевания ЛОР-органов, стоматологические заболевания, частые охлаждения лица и т.д. (47,63%). Кроме этого, особенностью региона является низкая доступность для населения помощи узких специалистов, что приводит к хронизации воспалительных процессов и возникновению стойких осложнений.

В отделениях неврологии и челюстно-лицевой хирургии комплексное лечение обследованных больных у 72,06% случаях проводилось с применением нехирургических методов. При этом 25,99% больным были использованы алкоголизация, тканевая терапия, нервозкзез и другие инвазивные способы лечения. В случае неэффективности проводимых мероприятий прибегали к пересечению ветвей тройничного нерва на лице или у основания мозга, как крайняя мера, в отделении нейрохирургии ГБУ РС (Я) «Республиканская больница №1 – Национальный центр медицины» (1,95%).

С целью повышения качества жизни больных с НТН комплексные лечебно-профилактические мероприятия включали реабилитацию, которая была связана с проведением ЛФК, физио- и рефлексотерапии.

Заключение. Организация комплексного лечения и реабилитации больных с НТН должна включать рентгенологическое исследование костных каналов с обеих сторон и подтверждение диагноза врачом-неврологом. Кроме того, необходимо начинать лечение с консервативных методов, комбинируя медикаментозное лечение с физическим действием блокад с анестетиками. При отсутствии клинического эффекта, как вынужденная мера, необходимо организовать парахирургические (алкоголизация, гидротермодеструкция) и хирургические методы лечения. Данные факты диктуют необходимость дальнейшего формирования единой республиканской базы данных больных с невралгией тройничного нерва для совершенствования оказания лечебно-профилактической помощи и реабилитационных мероприятий, а также проведения исследовательских работ с применением инновационных технологий и новых средств.

Список литературы:

1. Балязина Е.В. Особенности нейроваскулярного конфликта, предрасполагающие к развитию невралгического статуса / Е.В. Балязина // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2012. – №2. – Т.8. – С.278-283.
2. Журавлёв В.П. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение истинной невралгии тройничного нерва: автореф. дис. ... докт.мед. наук / В.П. Журавлёв. – Екатеринбург, 2001. – 40 с.

3. Нервные болезни. Учебник / М.Н. Пузин [и др.] ; под ред. М.Н. Пузина. – М.: Медицина,1997. – 336 с.
4. Bajwa Z.H. Trigeminal neuralgia. <http://www.uptodate.com/index>. Accessed April 16, 2012.
5. Gronseth G. Practice Parameter: The diagnostic evaluation and treatment of trigeminal neuralgia (an evidence-based review) / G. Gronseth // Neurology. – 2008. – Vol.71. – P.1183-1190.

НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: НОВЫЕ ВЫЗОВЫ ОБЩЕСТВЕННОМУ ЗДОРОВЬЮ

ЩАВЕЛЕВА М.В.¹, ГЛИНСКАЯ Т.Н.², РУЦКАЯ Т.А.¹

¹РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ, БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

²РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ, РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ТРАНСФУЗИОЛОГИИ И МЕДИЦИНСКИХ БИОТЕХНОЛОГИЙ

Неинфекционные заболевания (НИЗ) сегодня рассматриваются не просто как проблема, а вызов современной цивилизации. НИЗ, главным образом, сердечно-сосудистые заболевания, диабет (СД), рак и хронические респираторные заболевания, являющиеся основными причинами предотвратимой заболеваемости и нетрудоспособности, в настоящее время вызывают более 60% случаев смертей в мире. По ряду оценок, к 2030 году доля смертей, вызванных НИЗ, в мире увеличится до 75%. Кроме того, ряд НИЗ, не относящихся к вышперечисленным, в частности, психические расстройства, способны вносить значительный вклад в глобальное бремя болезней.

Значимость проблемы НИЗ подтверждена принятием на уровне Организации Объединенных Наций целого ряда документов, посвященных НИЗ. Один из самых значимых и знаковых - резолюция по сахарному диабету (СД, 2006г.). За всю историю ООН это была четвертая резолюция, посвященная борьбе с заболеваниями (последовала за резолюциями о малярии, туберкулезе, ВИЧ-инфекции) и первая резолюция, посвященная борьбе с НИЗ. В сентябре 2011 г. был принят еще один важный документ - Политическая декларация совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с

ними, где четко обозначено, что НИЗ подрывают социально-экономическое развитие.

В Московской Декларации, принятой по итогам Первой Глобальной Министерской конференции по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям (28–29.04.2011), отмечено, что для решения проблемы неинфекционных заболеваний необходима смена ПАРАДИГМЫ, «поскольку НИЗ вызываются не только биомедицинскими, но также поведенческими, средовыми, социальными и экономическими факторами, которые могут служить их причиной или оказывать на них сильное воздействие» [п.У]. С точки зрения методологии науки, призыв к смене парадигмы, озвученный на столь высоком уровне, означает не что иное, как признание системного кризиса, переживаемого системами здравоохранения во всем мире. С одной стороны, патерналистская стратегия борьбы за здоровье, особенно «модная» в Советском Союзе не оправдала себя. В «Высокие технологии», пришедшие в медицину, позволили спасти большое количество жизней, значительно улучшить качество жизни заболевших, но не решили главную проблему - сохранения и укрепления здоровья. При этом лечение становится все более сложным и дорогостоящим. Так, по мнению Международной федерации диабета (IDF), которое цитируется И.И.Дедовым, при сохранении сегодняшней скорости распространения «эпидемии» СД и при отсутствии профилактических мер по предупреждению распространения диабета экономические затраты на лечение этого заболевания превысят доходы от экономического роста всех стран мира.

Общество ждет других подходов, целей и задач – тех, которые дадут эффект с точки зрения эффективности борьбы с НИЗ. Поэтому все более актуальным становится вопрос изучения отношения населения к своему здоровью, его «ориентированности» на здоровый образ жизни (ЗОЖ), оценке им значимости факторов риска, готовности к здоровьесохраняющему поведению. Так, по нашему мнению, должны видеть свои задачи современные общественное здоровье и здравоохранение, а также социология медицины.

ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОРФАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

ЭВЕРСТОВА А.А.², ТАРАБУКИНА С.М.², ЯМЩИКОВА С.И.¹

¹Россия, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

²Россия, МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

Аннотация. С 1 января 2012 г. в силу вступил новый Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в котором впервые на государственном уровне введено понятие редких (орфанных) заболеваний. В список орфанных болезней на сегодняшний день внесено 230 наименований, однако в случае выявления новых болезней он будет пополняться. По данным Формулярного комитета Российской академии медицинских наук (РАМН), насчитывается около 300 тыс. россиян с этими болезнями.

Ключевые слова: орфанные болезни, лекарственное обеспечение, лечение

Abstract. From 1 January 2012, a new Federal Law of 21.11.2011 № 323- FZ "On the basis of health protection in the Russian Federation " entered into force. This Federal Law noted rare (orphan) diseases at the state level for the first time. The list of orphan diseases today made 230 titles , but in the case of detection of new diseases it will be updated. According to the Formulary Committee of the Russian Academy of Medical Sciences (RAMS) , there are about 300 thousand Russians with these diseases.

Keywords : orphan diseases, drug coverage, treatment.

Актуальность. Признание орфанных болезней в нашем обществе, позволяет осуществить необходимую помощь больным редкими заболеваниями и определяет необходимость повышения

профессиональных знаний о клинических формах этих болезней, проведения динамического наблюдения и лечения больных. В Республике Саха (Якутия) программа лекарственного обеспечения больных орфанными заболеваниями начала свое действие в 2012 году, финансирование происходит из регионального бюджета, которое с каждым годом увеличивается.

Цель исследования. Получить данные об обеспечении больных лекарствами, проследить динамику, сделать выводы о доступности лекарств для данной категории заболеваний.

К числу редких относят врожденные (наследственные) или приобретенные заболевания, частота которых не превышает определенной цифры, установленной законодательно. Например, в странах Европейского союза она составляет не более 5 случаев заболеваний на 10 000 пациентов. В нашей стране к орфанным относятся заболевания, которые имеют распространенность не более 10 случаев заболевания на 100 000 населения. Сегодня в мире насчитывается около 7000 редких заболеваний. Примерно половина из них обусловлена генетическими отклонениями. Симптомы могут быть очевидны с рождения или проявляться в детском возрасте. В рамках национального проекта «Здоровье» все новорожденные проходят неонатальный скрининг на пять наследственных заболеваний: адреногенитальный синдром, галактоземию, муковисцидоз, фенилкетонурию, врожденный гипотиреоз. В первые дни жизни по капельке крови, взятой из пятки младенца, проводится исследование на эти наследственные заболевания [1,4].

В Московском физико-техническом институте (МФТИ) открылся уникальный геномный центр. В нём будут производиться тест-системы, которые позволят диагностировать орфанные заболевания, вызванные генетическими сбоями. Минздрав в лице министра Вероники Скворцовой делает ставку на создание в центре тест-систем, способных выявлять так называемые кандидатные маркеры заболеваний. Каждый ген связан с определенным продуктом, вызывающим метаболические изменения. Генетики уже определили круг заболеваний, пригодных для данного рода

анализа. В составленный перечень вошли 95 заболеваний, 350 фрагментов и примерно 2000 мутаций. И это всё для одного теста. «Проблем с диагностикой на современном уровне знаний сейчас нет, но то, что мы видели сегодня, направлено на ближайшее будущее», — отметила В. Скворцова на открытии центра. Приблизительная стоимость теста на одного человека не должна превышать нескольких тысяч рублей. Он будет работать в отношении трети заболеваний из списка редких недугов, составленного Минздравом [2].

С 1 января 2012 г. в силу вступил новый Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в котором впервые на государственном уровне введено понятие редких (орфанных) заболеваний. На сегодняшний день сформированы два перечня редких заболеваний. Один – это перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни или к инвалидности, - включает 24 заболевания. Это те заболевания, для которых в настоящее время имеется патогенетическое лечение, т.е. лечение, направленное на устранение патологического процесса, а не на симптомы. Второй список также уже подготовлен Министерством здравоохранения РФ, вступил в силу 7 мая 2014 года. Это начальный перечень редких заболеваний из 230 наименований. В перечень вошли заболевания, которые соответствуют утвержденному в России критерию - не более 10 случаев на 100 тысяч населения – именно такие болезни можно отнести к редким, вне зависимости от того, существуют ли на сегодняшний день методы лечения и лекарственная терапия. По данным Форумного комитета Российской академии медицинских наук (РАМН), насчитывается около 300 тыс. россиян с этими болезнями. Согласно закону № 323-ФЗ (статьи 16 п.10, 44,83 п.9) обеспечение граждан лекарственными препаратами, предназначенными для лечения заболеваний, включенных в Перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или инвалидности должно финансироваться за счет бюджетов субъектов. Данные гарантии и обязательства закреплены Постановлением

Правительства РФ от 18 октября 2013 г № 932 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов».

В Республике Саха (Якутия) программа обеспечения больных орфанными заболеваниями начала работу в 2012 году, из регионального бюджета была оказана лекарственная помощь на сумму 51 010,70 тыс. руб, в 2013 году 120 301,53 тыс.руб, на 2014 год запланировано 147 137,80 тыс.руб, из них по состоянию на 20.09.2014 освоено 81 783, 13 тыс. руб. Как мы видим, финансирование с каждым годом растет. Но увеличивается и количество больных, в 2013 году в регистре орфанных заболеваний РС (Я) числились 48 человек, в том числе 27 детей. В 2014 году в регистре состоят 74 человека, которые страдают 16 нозологиями. Более половины больных – дети. Половина больных проживает в г. Якутске, часть в близлежащих и отдаленных северных районах республики. Одно из часто встречающихся заболеваний в республике – фенилкетонурия. Ею страдают 15 человек. Они получают специализированное лечебное питание П-АМ 1,2,3, стоимость которого в зависимости от массы больного колеблется от 100 тыс. руб до 300 тыс.руб. Еще одна распространенная нозология – идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (39 человек). Поддерживающее лечение производится препаратами ромипластин (энплейт),револейд, эксиджат, стоимость лечения которыми варьируется от 800 тыс.руб. до 6 млн. руб. в год. Легочной (артериальной) гипертензией страдают 13 человек, лечение проводится препаратом траклир, цена упаковки от 250 тыс. руб., 6 млн руб. в год. Препараты для лечения этих заболеваний, ввиду своей редкости имеют высокую цену. Рынок орфанных препаратов — один из наиболее наукоемких и активно развивающихся сегментов мирового фармрынка. Однако, несмотря на его активный рост, существуют определенные ограничения, которые сдерживают его развитие. Основная причина состоит в стабильном уровне емкости рынка, поскольку количество людей, страдающих редкими заболеваниями, с течением времени практически не изменяется. Кроме того, выход на рынок орфанных препаратов для фармкомпаний сопряжен с крупными инвестициями, необходимыми для проведения клинических исследований и разработки этих ЛС [3].

Заключение. В ходе данного исследования можно сделать вывод, что в Республике Саха (Якутия) лекарственное обеспечение больных орфанными заболеваниями проводится на высоком уровне, все нуждающиеся в лечении получают необходимые препараты.

Список литературы:

1. Белоусов, Ю.Б. Болезни-сироты и сиротские лекарства / Ю.Б. Белоусов// Качественная клиническая практика.- 2008. - №2 – С. 2-3.
2. Наконец орфанные заболевания попали в поле зрения Госдумы / Татьяна Яковлева [Электронный ресурс] // Экономика и жизнь [Офиц.сайт]. URL : <http://www.eg-online.ru/article/236102/>
3. Ченцова, М. Мировой рынок орфанных препаратов / М. Ченцова // Ремедиум.- 2007. – С. 11-15.
4. Шарафанович, А. «Сироты» от фармации нуждаются в защите / А. Шарафанович// Ремедиум.- 2007. – С. 6-7.

ПРОБЛЕМЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

ЯКОВЛЕВА З.А., КЛАРОВ А.П., САВВИНОВА Н.В.

РОССИЯ, СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.К.АММОСОВА, МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Аннотация. Статья посвящена совершенствованию работы одной из самых актуальных областей в медицине – эндоскопической службы, специфика которой позволяет проводить лечебные манипуляции, которые способствуют существенному сокращению частоты «больших» хирургических вмешательств, достигая вместе с тем аналогичного эффекта.

В данной работе проводится анализ современного состояния эндоскопической службы в Республике Саха (Якутия) и выявляются проблемы и меры для ее совершенствования в целях повышения эффективности оказания медицинской помощи в Республике Саха (Якутия). Методом исследования выбран сравнительный анализ мер и возникающих вследствие проблем по совершенствованию организации эндоскопической службы. Проводится анализ положений и мер, принятых действующим приказом Минздравмедпрома о совершенствовании службы эндоскопии в учреждениях здравоохранения РФ, применительно к Республике Саха (Якутия). По итогам выявлены требуемые меры по совершенствованию работы эндоскопической службы в Республике Саха (Якутия).

Ключевые слова: эндоскопическая служба, экстренная помощь, меры совершенствования, лечебно-профилактические учреждения, республиканская больница, объем исследований, недостаток финансирования, эндоскопическая аппаратура, единая служба эндоскопии, программа подготовки специалистов, догоспитальный этап.

Abstract. The article is devoted to the improvement of one of the most important areas in medicine work - endoscopic service which specifics allows therapeutic manipulations that contribute to a significant reduction of the «big» surgery frequency

achieving a similar effect the same time. In this article the current situation of endoscopic service in the Republic of Sakha (Yakutia) is analyzed and problems and actions for its improvement are revealed in order to increase the effectiveness of the Sakha Republic's health care system. The research method is a comparative analysis of the measures and the resultant problems related to the improvement of endoscopic service. The thesis and measures implemented by the current Order of the Health Ministry on the improvement of endoscopy services in health institutions of the Russian Federation specifically in relation to the Republic of Sakha (Yakutia) are analyzed. According to the results the required measures to the functioning of endoscopic services improvements in the Republic of Sakha (Yakutia) are studied.

Key words: endoscopic service, emergency, improvement measures, health care institutions, Republican hospital, the amount of research, lack of funding, endoscopic facilities, united endoscopy service, specialists' training program, pre-hospital stage.

Применение волоконно-оптической аппаратуры в лечебно-профилактических учреждениях Республики Саха (Якутия) началось 40 лет назад. За это время структура и характер эндоскопической службы претерпел ряд значительных изменений и преобразований. На сегодняшний день эндоскопия является высокоинформативным методом диагностики и эффективным способом лечения многих заболеваний органов пищеварения и других систем. К ним относятся методы остановки кровотечений, источником которых являются эрозивно-язвенные поражения верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, варикозные вены пищевода, удаление доброкачественных и злокачественных опухолей на начальных стадиях развития. В арсенал диагностической эндоскопии вошли такие методики, как прицельная биопсия (щипцовая, щеточная, петлевая, пункционная), хромоэндоскопия, эндоскопическая рН-метрия, люминесценция, эндоскопическая сонография и некоторые другие.

Актуальность данной работы заключается в специфике эндоскопической службы - лечебные манипуляции, производимые с помощью эндоскопических методик, способствуют существенному сокращению частоты «больших» хирургических вмешательств, достигая вместе с тем аналогичного эффекта, в этой связи необходимо совершенствование организации работы эндоскопической службы.

Цель данного исследования - провести анализ современного состояния эндоскопической службы в Республике Саха (Якутия) и выявить проблемы и меры для ее совершенствования в целях повышения эффективности оказания медицинской помощи в Республике Саха (Якутия).

Методом исследования выбран сравнительный анализ возникающих проблем и мер и по совершенствованию организации эндоскопической службы.

Эндоскопический кабинет в Якутской республиканской клинической больнице был открыт в 1983 году, в 1987 году открылось эндоскопическое отделение. С открытием Национального центра медицины Республики Саха (Якутия) в 1992 году для оказания квалифицированной эндоскопической помощи в полном ее объеме больным, поступающим из районов республики и города в плановом порядке открылось эндоскопическое отделение. Республиканская клиническая больница в 2000 году реорганизована в Центр экстренной медицинской помощи, в связи с этим эндоскопическое отделение переведено на круглосуточный режим работы по оказанию экстренной эндоскопической помощи.

Вместе с тем, в организации деятельности службы эндоскопии имеются серьезные недостатки и нерешенные проблемы. Данные проблемы в организации деятельности службы эндоскопии отражены в приказе Минздравмедпрома Российской Федерации от 31.05.1996 № 222 «О совершенствовании службы эндоскопии в учреждениях здравоохранения Российской Федерации». Однако принятые в данном приказе Положения и меры в недостаточной степени способствуют совершенствованию сложившейся ситуации в области организации эндоскопической службы в Республике Саха (Якутия).

По результатам проведенного исследования количества эндоскопических исследований по Республике Саха (Якутия) за 2013 год сделаны следующие выводы. Объем исследований в целом по республике выполняется за счет эндоскопических исследований в республиканских лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) и г.Якутска. Из общего объема эндоскопических исследований 53% выполнено в республиканских ЛПУ,

16% в комитете здравоохранения г.Якутска, 30% в центральных районных больницах. В Республиканской больнице №1-НЦМ проведено 26% от общего объема эндоскопий по Республике Саха (Якутия). В структуре исследований доля фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФГДС) составляет 76%, колоноскопии (ФКС) - 3%, бронхоскопии (ФБС) - 8,7 %, прочих - 12%. Отмечается небольшой рост количества бронхоскопий, колоноскопий. Удельный вес лечебных эндоскопий составляет 10%, в республиканских ЛПУ - 14%.

В республиканских больницах в связи с недостаточным оснащением аппаратурой эндоскопических отделений и неисправностью имеющихся эндоскопов уровень и спектр оказания экстренной эндоскопической помощи значительно снизился. Оказание экстренной эндоскопической помощи по линии санитарной авиации по вышеуказанной причине также ограничено. Из-за недостаточности финансирования ремонт эндоскопов не проводится своевременно. В структуре эндоскопических исследований в республиканских больницах преобладают «рутинные» методы в связи с направлением больных из улусов без эндоскопического обследования. Таким образом, меры по разработке и осуществлению необходимых мероприятий по формированию единой службы эндоскопии на территории, включающей диагностическую, лечебную и хирургическую эндоскопию, с учетом профиля лечебно-профилактических учреждений и местных условий, организацию сети подразделений эндоскопии в учреждениях первичного звена, в том числе сельского здравоохранения не могут быть выполнены в полной мере.

Возможности эндоскопии используются недостаточно из-за нечеткой организации работы существующих подразделений, медленного внедрения в практику новых форм управления и организации труда медицинского персонала, «распыления» специалистов, занятых в эндоскопии, между другими специализированными службами, отсутствия высокоэффективных эндоскопических диагностических и лечебных программ, алгоритмов. В ряде случаев дорогостоящее эндоскопическое оборудование используется крайне нерационально из-за слабой подготовленности специалистов, особенно по хирургической эндоскопии,

отсутствия должной преемственности в работе с врачами других специальностей. Меры по принятию необходимых мер к максимальному использованию эндоскопической аппаратуры с волоконной оптикой, обеспечив нагрузку на аппарат не менее 700 исследований в год встречают несколько препятствий. Финансовые сложности медицинских учреждений являются основной проблемой, тормозящей развитие эндоскопической службы (отсутствие ремонтов помещений и оборудования, нерегулярная закупка расходных материалов и другие причины). Качество эндоскопической аппаратуры, производимой отечественными предприятиями, не в полной мере отвечает современным техническим требованиям. Нагрузка на один эндоскоп с волоконной оптикой в 2 раза ниже нормативной. Определенные трудности в организации службы обусловлены отсутствием необходимой нормативной базы, рекомендаций по оптимизации структуры и штатного расписания, номенклатуры исследований в подразделениях эндоскопии различной мощности. Что в дальнейшем сказывается на объемах и качестве работы, на возможности успешно пройти лицензирование, на перспективах развития.

Обеспечения регулярной подготовки врачей лечебной сети по актуальным вопросам эндоскопии, дополнения учебных программ подготовки специалистов по эндоскопии в образовательных учреждениях последипломной подготовки с учетом внедрения в практику современной аппаратуры и новых методов исследования, продолжения работы по созданию новой эндоскопической аппаратуры, соответствующей современным техническим требованиям не выполняются полноценно. Происходит обеспечение не в полном объеме заявки учреждений здравоохранения на подготовку врачей-эндоскопистов в соответствии с утвержденными типовыми программами. Врачей-эндоскопистов всего 69,75 ставки в соответствии со штатным расписанием, из которых физических лиц - 35. Сертификат специалиста имеют 55 врача-эндоскописта. В сельской местности высок удельный вес совместителей из числа врачей других специальностей, в итоге работают всего 11 физических лиц врачей-эндоскопистов.

Учитывая вышесказанное, можно сделать **выводы**, что положения и меры, отраженные в Приказе Минздравмедпрома РФ в недостаточной степени учитывают географическую специфику региона, отдаленность от центрального субъекта Российской Федерации Республики Саха (Якутия), влекущее повышенные материальные затраты, недостаточную укомплектованность материально-технического оснащения. В связи с этим, для совершенствования работы эндоскопической службы в Республике Саха (Якутия) требуется выполнение следующих мер по совершенствованию работы эндоскопической службы в Республике Саха (Якутия). Организация работы эндоскопической службы должна быть тесно увязана с общими задачами, решаемыми медицинским учреждением. Так, требования экономической целесообразности нацеливают на оказание максимально возможной доли помощи амбулаторно. Поэтому обследования госпитализируемых больных должны выполняться по возможности на догоспитальном этапе. В то же время врачи-эндоскописты во многих случаях могут не только подсказать врачам клиницистам наиболее целесообразные виды диагностических исследований, но сами заниматься лечебным процессом, выполняя лечебно-диагностические процедуры или принимая участие в выполнении операций. Необходимо провести основательную научно-исследовательскую, аналитическую работу по разработке единой службы эндоскопии в территории, включающей диагностическую, лечебную и хирургическую эндоскопию, с учетом профиля лечебно-профилактических учреждений и местных условий для организации сети подразделений эндоскопии в учреждениях первичного звена, в частности сельского здравоохранения. Усовершенствовать работу по привлечению к организационно-методической и консультативной работе по эндоскопии кафедры научно-исследовательских институтов, учебных вузов и образовательных учреждений последипломной подготовки Республики Саха (Якутия), в том числе головного вуза – Северо-Восточного федерального университета, а также научно-исследовательских институтов Республики и СО РАН в целях обеспечения регулярной подготовки врачей лечебной сети по актуальным вопросам эндоскопии. Дополнения учебных программ подготовки специалистов по эндоскопии в образовательных учреждениях

последипломной подготовки с учетом внедрения в практику современной аппаратуры и новых методов исследования.

Список литературы:

1. Новые аспекты в хирургическом лечении больных с острым холециститом в условиях Крайнего Севера / М.М. Винокуров, В.В. Савельев, А.А. Яковлев, А.П. Петров // Якутский медицинский журнал. 2010. №1. С. 27-30.
2. О совершенствовании службы эндоскопии в учреждениях здравоохранения Российской Федерации: приказ Минздравмедпрома РФ от 31.05.1996 № 222 (ред. от 16.06.1997) // Здравоохранение. № 5. 1997.
3. Сквирская Г.П., Кузин В.Ф. Диагностическая служба в учреждениях здравоохранения. Нормативные документы, комментарий. М.: Книжный мир, 1998. 235 с.
4. Стандартизация эндоскопической терминологии, оформление протокола диагностической эзофаго гастродуоденоскопии и колоноскопии (на основе МСТ 3.0 Гастроинтестинальной эндоскопии) / А.М. Субботин, М.Н. Кузин, Е.И. Ефимова, А.С. Мухин. М.: 2013. 144 с.
5. Эндоскопия пищеварительного тракта / В.Е. Назаров, А.И. Солдатов, С.М. Лобач, С.Б. Гончарик, Е.Г. Солоницын. М.: Триада фарм, 2002. 176 с.
6. Эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с внутрипеченочной портальной гипертензией / М.М. Винокуров, З.А. Яковлева, Л.В. Булдакова, С.Н. Бурнашева // Вестник СВФУ им.М.К.Аммосова. 2013. Том 10, №4. С 121-123.
7. Менеджер здравоохранения. Ежемесячный научно-практический журнал, №9,10,11, 2013г.

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЭКОЛОГОЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ ПРИМОРСКОГО КРАЯ

ЯРЫГИНА М.В., КИКУ П.Ф., ГАМОВА С.В., ЗАВЬЯЛОВА Я.С.

РОССИЯ, ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Аннотация. Изучение воздействия специфических для региона факторов окружающей среды необходимо для формирования мероприятий, направленных на сохранение здоровья населения. Изменение социально-демографической характеристики населения Приморского края вызывает необходимость поиска факторов риска здоровью населения с целью сохранения трудовых ресурсов региона и безопасности ОС.

Ключевые слова: экологозависимая заболеваемость, региональные факторы риска.

Abstract. Study the effects of region-specific environmental factors necessary for the formation of activities aimed at maintaining the health of the population. Changes in socio-demographic characteristics of the population of Primorye Territory is the need to find the factors of health risk in order to preserve the region's workforce and operating system security.

Key words: ecological morbidity, regional risk factors.

Влияние окружающей среды (ОС) на здоровье человека все актуальней на фоне современных демографических процессов: сокращение населения Приморского края происходит как за счет естественной (39,8%), так и миграционной убыли (60,2%). Зависимость уровня заболеваемости населения от экологических, климатических и социально-экономических условий свидетельствует о степени благополучного жизнеобитания в каждом регионе [2]. Поиск рационального подхода к использованию

здоровьесберегающих факторов окружающей среды (ОС), вопросы комплексной оценки внутренних ресурсов населения приобретают особую актуальность в связи с существенным ростом экологозависимой патологии населения [3, 4].

Исследование проведено с целью получения оценки связи популяционного здоровья с состоянием ОС и прогнозированием риска возникновения экологозависимых заболеваний ряда систем (болезни кожи, мочеполовой и дыхательной систем) населения Приморского края. Изучение состояния здоровья жителей края проводилось в зависимости от климатических (побережье, переходная и континентальная зона), экологических и социальных условий проживания по 34 городским и сельским населенным пунктам во взрослой, подростковой и детской возрастных группах. Территория Приморского края подразделяется на три климатические зоны: прибрежную, континентальную и переходную [1]. Климат прибрежной зоны отличается более сглаженными по сравнению с континентальными районами суточными и сезонными перепадами метеоэлементов, умеренно мягкой зимой, влажным со стойкими туманами, теплым летом. Климат континентальных районов характеризуется умеренно суровой на юге и суровой на севере зимой, умеренно влажным летом. На побережье количество дней с высокой (более 90%) влажностью воздуха достигает 44%, что в 3 раза выше, чем в континентальных районах. Переходная биоклиматическая зона занимает промежуточное положение между прибрежной и континентальной зонами.

В 2010-2013 гг. в Приморском крае зарегистрировано в среднем в год 1559,7 тыс. больных с диагнозом, установленным впервые в жизни. Число заболеваний в расчете на 1000 населения составило 796. В структуре заболеваемости основную долю составляют болезни органов дыхания (38,8%), травмы и отравления (16,8%), болезни мочеполовой системы (6,3%), кожи и подкожной клетчатки (5,9%) и т.д.

Анализ заболеваемости выявил наиболее низкий уровень экологозависимых болезней кожи среди детей в зоне континентального климата края по сравнению с заболеваниями других систем и с остальными

возрастными группами Это связано с улучшением экологической обстановки в результате снижения техногенной нагрузки на здоровье жителей градообразующими предприятиями, переживающими социально-экономические трудности и вынужденными прекратить деятельность. Более высокий уровень заболеваемости детей кожными болезнями в переходной зоне и зоне побережья связан с влиянием функционирующих там горнодобывающих предприятий и неблагоприятным воздействием природных факторов. Подростковая заболеваемость в указанных зонах ниже, чем у детей.

Экологозависимая заболеваемость дыхательной системы для взрослых жителей Приморского края социально более значима На фоне недостаточно развитой системы защиты от неблагоприятных производственных факторов, а зачастую и при работе в экстремальных условиях (открытое море, угледобывающие производства), на систему органов дыхания жителя края длительно воздействуют неблагоприятные климатические факторы: нестабильный температурный режим (резкие перепады), высокие влажность, скорость и направление движения воздушных масс. Высоким уровнем экологозависимой заболеваемости органов дыхания во всех возрастных группах отличается зона побережья (г. Владивосток, Большой Камень, Находка), а также переходная зона (города Артем, Дальнегорск, Партизанск, Кавалеровский район) с действующими предприятиями угольной, химической и легкой промышленности. Среди подростков чаще болеют жители побережья с неблагоприятной экологической ситуацией. Специфической особенностью заболеваемости органов дыхания во Владивостоке является ее низкий уровень у взрослых (от 1,5 до 5 раз по данным персонифицированной заболеваемости в зависимости от района проживания), по сравнению с заболеваемостью в сельских населенных пунктах, несмотря на значительный вклад влияния ряда неблагоприятных факторов: низкое качество воздушной среды в условиях компактного проживания населения в краевом центре, проблемы техногенного характера других сфер жизни (наличие большого количества автомобилей у населения города), а также неблагоприятное влияние муссонного климата прибрежной зоны.

Более высокая экологозависимая заболеваемость мочеполовой системы жителей Приморского края регистрируется у детей и взрослых, проживающих в зоне побережья и переходной зоне. Значительные перепады температур в периоды межсезонья и холодное время года в континентальных районах способствуют значительному росту заболеваний среди детей. В подростковой популяции отмечается снижение заболеваемости до «среднего» уровня по сравнению с детской заболеваемостью.

Следует отметить, что имеются особенности структуры заболеваемости сельских жителей края в каждой возрастной группе (дети, подростки и взрослые): среди детей наиболее болеющий возраст – дети до 6 лет. На заболеваемость этой возрастной категории приходится в среднем 70%. В подростковой популяции основная часть заболеваемости (до 70%) приходится на возраст 12-15 лет как у юношей, так и у девушек. Среди взрослого населения наиболее «болеющая» возрастная группа 20-29-летних в мужской и женской группах – в 1,5-2 раза по сравнению с более старшими возрастными группами.

Относительное снижение экологозависимой заболеваемости жителей сельских районов края, отмечаемое в указанный период, связано только со значительным ухудшением качества медицинской помощи и резким ухудшением их материального положения (массовая безработица). Социальная значимость экологозависимой патологии подтверждается ее долевым содержанием и ростом в структуре общей заболеваемости.

В подростковой популяции рост показателей экологозависимой заболеваемости в сельских районах континентальной зоны (на 60%) по сравнению с заболеваемостью населения сельских прибрежных районов (Хасанский район) связан с особенностями влияния климата: затяжной холодный период достигает 190 дней в году.

Следует отметить и миграционный дисбаланс сельского населения – нерегулируемое перемещение потоков внутренних мигрантов. Нарушение стабильности в экономической и ресурсной сферах привело к резкому росту (на 40%! по данными крайстатуправления) населения одного из сельских

районов края, в частности, Хорольского района, что стало результатом возрождения рисоводства.

Проведенная оценка риска возникновения экологозависимой патологии жителей Приморского края различных возрастных групп показала зависимость уровня заболеваемости от техногенных факторов, создающих экологическую напряженность среды обитания, а также от особенностей климата края.

На этом фоне наиболее актуальной задачей сохранения и укрепления здоровья населения региона является не только социально-демографическая динамика развития, но и изучение характера влияния природно-климатических условий жизни как для сохранения трудовых ресурсов, так и безопасности влияния ОС на население в целом.

Список литературы:

1. Деркачева Л.Н. Медико-климатические условия Дальнего Востока и их влияние на респираторную систему // Бюллетень физиологии и патологии дыхания, 2000. Вып. № 6. С. 51-54.
2. Кику П.Ф., Ярыгина М.В., Юдин С.С. Образ жизни, среда обитания и здоровье населения Приморского края / Владивосток: Дальнаука, 2013. 220 с.
3. Ярыгина М.В., Кику П.Ф., Горборукова Т.В. и др. Особенности популяционного здоровья в социально-экологических условиях Приморского края // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2013. С. № 5. С. 25-29.
4. Ярыгина М.В., Кику П.Ф., Горборукова Т.В. Социально-гигиеническая оценка распространения экологозависимых заболеваний населения в различных биоклиматических условиях Приморского края // Сибирский медицинский журнал, 2014. № 1. С. 82-86.

Научное издание

Под ред. академика АН РС(Я), профессора П.Г. Петровой, профессора
Н.В.Саввиной

ЭКОЛОГИЯ И ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА НА СЕВЕРЕ

Сборник научных трудов V-й Конгресса с международным участием
Якутск, Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова,
24-29 ноября 2014 г.

Подписано к исп. 13.11.2014 г.
Усл. печ.л. 51,7. Тираж 1000 экз.
Заказ 041-К
Киров, МЦНИП
<http://mcnip.ru>
e-mail: izdatel@mcnip.ru