

ISSN 2076-4618

ЗДОРОВЬЕ – ОСНОВА ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА

ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Том 8

I

ТРУДЫ VIII ВСЕРОССИЙСКОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ



21-23 ноября 2013
Санкт-Петербург

**Министерство образования и науки РФ
Министерство здравоохранения РФ
Законодательное Собрание Санкт-Петербурга
Петровская академия наук и искусств**

**Всероссийский научно-исследовательский институт растениеводства им. Н.И.Вавилова
Агрофизический научно-исследовательский институт Россельхозакадемии
Национальный государственный университет физической культуры,
здоровья и спорта им. П. Ф. Лесгафта
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова
Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена
Санкт-Петербургский государственный университет
Санкт-Петербургский государственный политехнический университет**

«ЗДОРОВЬЕ – ОСНОВА ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ»

**ТРУДЫ VIII ВСЕРОССИЙСКОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

Том 8, часть 1.

21 – 23 ноября 2013 г.

**Санкт-Петербург
2013**

Здоровье — основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения: Труды 8-й Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием. –2013. Т.8, часть 1. 553 с.

В книге опубликованы тезисы докладов и статьи, отражающие уровень и динамику заболеваемости и смертности по основным группам заболеваний среди населения. Приводятся сведения о демографических процессах в нашей стране и за рубежом с учетом социально-экономических и экологических аспектов. Поднимаются проблемы образования, психологии, педагогики, социологии, философии и истории медицины и здравоохранения. Подробно освещаются вопросы экономики, продовольственной безопасности и производства доброкачественных сельскохозяйственных продуктов. Предлагаются пути коренного улучшения здоровья народа в стране и ее отдельных регионах, городах и учреждениях.

Труды конференции подготовили д.м.н. С.А. Варзин, Т.В. Семенова и Д.С. Александрова.

**Ministry of Education and Science of the Russian Federation
Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation
Peter's Academy of Arts and Sciences
N.I. Vavilov Research Institute of Plant Industry
Agrophysical Research Institute of the RAAS
P.F. Lesgaft National State University of Physical Education,
Sport and Health, St. Petersburg
I.P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University
A.I. Herzen Russian State Pedagogical University
Saint Petersburg State University
Saint Petersburg State Polytechnic University**

VIII

***ANNUAL ALL-RUSSIAN RESEARCH AND PRACTICAL CONFERENCE
WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION***

**“HEALTH – THE BASE OF HUMAN POTENTIAL:
PROBLEMS AND WAYS TO SOLVE THEM”**

Proceedings of the Conference

Volume 8, part 1

21th – 23th November, 2013



**Saint Petersburg
2013**

Программный комитет

Председатель Программного комитета

Васильев Ю.С., Президент Санкт-Петербургского государственного политехнического университета, д.т.н., профессор, академик РАН.

Программный комитет:

Алексеева Т.М., д.м.н., профессор кафедры неврологии им. акад. С.Н. Давиденкова Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова.

Епископ Амвросий, ректор Санкт-Петербургской духовной академии, д.богосл.н., проф.

Арсеньев Д.Г., проректор по международной деятельности Санкт-Петербургского государственного политехнического университета, д.ф.-м.н., проф.

Бубнова Н.А., профессор кафедры общей хирургии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, д.м.н., проф.

Воронцов А.В., депутат Законодательного собрания Санкт-Петербурга, зав. кафедрой истории и теории социологии Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена, директор библиотеки, д.и.н., проф.

Глухов В.В., проректор по организационной и экономической деятельности СПбГПУ, д.э.н., проф.

Гончаров С.А., первый проректор по учебной работе Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена, д.филол.н., проф.

Даев Е.В., профессор кафедры генетики и биотехнологии Биолого-почвенного факультета СПбГУ, д.б.н., проф.

Долгополов В.А., директор Института международных образовательных программ Санкт-Петербургского государственного политехнического университета, к.т.н., доцент.

Корнева Е.А., руководитель отдела общей патологии и патологической физиологии НИИ экспериментальной медицины РАМН, д.м.н., проф., Заслуженный деятель науки РФ, академик РАМН.

Лобанков В.М., зам. декана Медицинского факультета Псковского государственного университета, д.м.н., проф.

Лобзин Ю.В., директор НИИ детских инфекций ФМБА России, д.м.н., проф., академик РАМН;

Москаленко В.Ф., Вице-президент Национальной академии наук Украины, ректор Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, д.м.н., проф., академик НАМН Украины (**Украина**).

Обрешков Н. Николаев, заместитель директора Института исследования обществ и знания Болгарской Академии Наук, доцент, доктор наук (**Болгария**).

Осипов А.И., зав. сектором инноваций и маркетинга ГНУ СЗРНИЦ Россельхозакадемии, доктор с.-х. наук, профессор.

Петрова Н.Н., зав. кафедрой психиатрии и наркологии Медицинского факультета СПбГУ, д.м.н., проф.;

Панова Г.Г., зав. отделом Агрофизического НИИ Россельхозакадемии, к.б.н.

Пашинский В.Н., генеральный директор Ассоциации «Ленплодоовощ».

Поцелуева Л.А., д.фарм.н., проф., заслуженный деятель науки РТ, заслуженный работник Высшей школы РФ.

Пискун О.Е., зав. кафедрой физической культуры и адаптации ИМОП Санкт-Петербургского государственного политехнического университета, к.п.н., доцент.

Райчук Д.Ю., проректор по научной работе Санкт-Петербургского государственного политехнического университета.

Редько А.А., Член исполкома Национальной Медицинской Палаты, профессор Санкт-Петербургского государственного инженерно-экономического университета, д.м.н., проф.

Румянцев Ю.В., начальник Украинской Военно-медицинской академии, д.м.н., проф. (Украина).

Рудской А.И., ректор Санкт-Петербургского государственного политехнического университета, д.т.н., проф., член-корр. РАН.

Скоромец А.А., зав. кафедрой неврологии и нейрохирургии с клиникой, Главный невролог Санкт-Петербурга, заслуженный деятель науки РФ, лауреат Государственной премии Молдовы, д.м.н., проф., академик РАМН.

Скрипченко Н.В., зам. директора НИИ детских инфекций ФМБА России, д.м.н., проф.

Смирнова И.О., профессор Медицинского факультета СПбГУ, д.м.н., проф.

Тулин Е.В., ведущий научный сотрудник Агрофизического НИИ Россельхозакадемии, с.н.с., к.т.н.

Филиппов С.С., проректор Национального государственного университета физической культуры, спорта и здоровья им. П.Ф. Лесгафта, д.п.н., проф.

Флисюк Е.В., зав. кафедрой технологии лекарственных форм Санкт-Петербургской химико-фармацевтической академии, д.фарм.н., проф.

Чикида Н.Н., ведущий научный сотрудник отдела пшениц ГНЦ ВИР им. Н.И.Вавилова, кандидат с/х. наук.

Чурилов Л.П., зав. кафедрой патологии Медицинского факультета СПбГУ, к.м.н., доцент.

Шишкин А.Н., зав. кафедрой факультетской терапии Медицинского факультета СПбГУ, д.м.н., проф.

Шнитко С.Н., начальник Военно-медицинского факультета Белорусского государственного медицинского университета, д. мед. наук, проф., заслуженный врач Республики Беларусь, полковник мед. службы (**Республика Беларусь**).

Эрман М.В., зав. кафедрой педиатрии Медицинского факультета СПбГУ, Главный детский нефролог Санкт-Петербурга, д.м.н., проф.

van Zwieten K.J., профессор университета г. Хасселт (**Бельгия**).

Schmidt K.P., почетный доктор Санкт-Петербургского государственного политехнического университета, профессор университета г. Хасселт (**Бельгия**).

Председатель оргкомитета - **Арсеньев Д.Г.**, проректор по международной деятельности Санкт-Петербургского государственного политехнического университета, д.т.н., проф.

Оргкомитет:

Бабкин А.В., директор Департамента научных исследований СПбГПУ, д.э.н., проф.; **Варзин С.А.**, *секретарь оргкомитета*, профессор кафедры факультетской хирургии Медицинского факультета СПбГУ и кафедры биомеханики и валеологии ИМОП СПбГПУ, д.м.н.; **Венгерова Н.Н.**, доцент кафедры биомеханики и валеологии ИМОП СПбГПУ, к.п.н.; **Грузева Т.С.**, профессор кафедры социальной медицины и здравоохранения Национального медицинского университета имени А.А.Богомольца, д.м.н. (Украина); **Чистяков В.А.**, профессор кафедры биомеханики и валеологии ИМОП СПбГПУ, д.п.н.

Человек, его права и свободы являются высшей ценностью. Признание, соблюдение и защита прав и свобод человека и гражданина - обязанность государства.

Статья 2 Конституции РФ

Носителем суверенитета и единственным источником власти в Российской Федерации является ее многонациональный народ.

Статья 3 Конституции РФ

1. Достоинство личности охраняется государством. Ничто не может быть основанием для его умаления.

2. Никто не должен подвергаться пыткам, насилию, другому жестокому или унижающему человеческое достоинство обращению или наказанию. Никто не может быть без добровольного согласия подвергнут медицинским, научным или иным опытам.

Статья 21 Конституции РФ

1. Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь.

2. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам **бесплатно** за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

Статья 41.1 Конституции РФ

Предисловие. Сегодня и Завтра России

*«Играйте же, дети! Растите на воле!
На то вам и красное детство дано,
Чтоб вечно любить это скудное поле,
Чтоб вечно вам милым казалось оно.
Храните свое вековое наследство,
Любите свой хлеб трудовой –
И пусть обаянье поэзии детства
Проводит вас в недра землицы родной!..»*

*Н.А. Некрасов,
«Крестьянские дети» (отрывок), 1861*

Дорогие участники VIII конференции и читатели нашего ежегодного сборника! В течение многих лет мы публикуем материалы о состоянии здоровья народа России, неблагополучие которого связываем с двумя очевидными факторами: социально-экономическими проблемами богатейшей по своим природным ресурсам страны и отсутствием в ней государственной идеологии, которая должна нести людям высокие организацию, нравственность и духовность.

Россия по статистике ООН, занимает абсолютные первые места в мире по добыче и экспорту природного газа (35% мировой добычи), нефти, разведанным запасам серебра, олова, цинка, титана, ниобия, золота и платины (2 место), лесных ресурсов (23% мировых запасов леса), запасам торфа, каменного угля (23% мировых запасов углей), запасам и физическому объёму экспорта алмазов (и 2-е место по их добыче), экспорту азотных удобрений, запасам питьевой воды, запасам осетровых, крабов, минтая в 200-мильной экономической зоне и др. Богатства страны поделены и продолжают делиться не в пользу коренных народов, поэтому Россия держит 1-е место в мире по темпам роста числа долларовых миллиардеров и 2-е место — по количеству долларовых миллиардеров (после США). Из 16 триллионов рублей в год, получаемых за продажу полезных ископаемых, на нужды страны остается только 6 триллионов. 10 триллио-

нов рублей оседают у российских и иностранных олигархов¹. При этом: 67-е место в мире по уровню жизни наших простых граждан, 71-е место - по уровню развития человеческого потенциала, 72-место - по рейтингу расходов государства на человека, 127-е место - по показателям здоровья населения, 111-е место - по средней продолжительности жизни и 134-е место - по продолжительности жизни мужчин и т.д. При этом нам принадлежит 1-е место в мире: по количеству самоубийств среди *пожилых* людей, *детей и подростков*, по числу разводов и рождённых вне брака *детей*, числу *абортов* и числу *детей*, брошенных родителями, числа *детей*, живущих в неполных семьях, по продаже табака и алкоголя и потреблению спирта и спиртосодержащих продуктов, по числу умерших от алкоголизма и табакокурения, по потреблению героина (21% мирового производства), по абсолютной убыли населения, по смертности от заболеваний сердечно-сосудистой системы, смертности от внешних причин, 2-е место в мире по продажам поддельных лекарств и т.д.

Средства массовой информации нам говорят, что в стране все хорошо, растёт экономика, увеличивается финансирование сельского хозяйства, укрепляется обороноспособность страны. Однако, почему мы не видим в продаже и быту собственного российского производства компьютеров, айпедов, сотовых телефонов, операционных программ и офисов к ним (типа «Window» и «MS Office»), множества бытовых приборов и устройств, конкурентноспособных гражданских автомобилей, самолетов и вертолетов, катеров и кораблей, инструментов, прочих поделок для дома, обуви и одежды, игрушек и пр., продуктов питания. Значительно сокращено число заводов, фабрик и сельхозугодий. Явно страдает система образования на всех ее уровнях: дошкольное (не хватает мест в детсадах), школьное (сокращаются и меняются учебные программы, вводятся платные услуги, сокращается число сельских школ и др.), высшее и постдипломное (меняются учебные программы, создан бакалавриат, на 1 рабочее место приходится 15-17 выпускников ВУЗов и др.).

Для нормального существования человека необходимы основные усло-

¹ Об этом неоднократно заявлял лидер КПРФ Г.А. Зюганов.

вия: труд за достойную оплату (доходы), который гарантирует высокое качество жизни и физическое и интеллектуальное развитие, и возможность создания полноценной семьи. В семье должно быть много детей, мальчиков и девочек. Не надо искусственно придумывать национальные идеи. В человеке, как явлении социальном и биологическом одновременно, эти две основные потребности заложены на генетическом уровне. Надо только создать человеку человеческие условия для жизни: для труда – отдать земли, строить заводы, библиотеки и др., для семьи – возводить жилища, инфраструктуру, нормальное (а не современное, патологическое) информационное пространство и др. В развитие материнства и детства надо вкладывать огромные финансовые средства, поощряя их, рассматривая как капиталовложение в развитие нации на многовековую перспективу.

Великий русский народный поэт Николай Алексеевич Некрасов особое отношение показал к детям. Мы, современники сегодняшних исторических событий, должны обратить свои взоры на наших детей – детей, живущих в России. Они, как во все времена, беззащитны и чисты. Дети – это ангелы на земле. Взрослые должны думать об их будущем. Мы должны защитить детей от голода, холода, грязи, мерзости и прочих многих невзгод. Мы должны создать нашим замечательным детям условия для их роста и всестороннего развития.

На Конференции мы можем и должны выработать рекомендации по сохранению нашего народа в нашей стране, созданию условий для уверенного и динамичного развития человеческого потенциала в России.

Нас много и нас, единомышленников, становится все больше: для участия в работе конференции поступило почти 300 работ от авторов из почти полусотни городов России и зарубежных стран: Абакан, Алматы (Казахстан), Архангельск, Астрахань, Великий Новгород, Витебск (Беларусь), Волгоград, Воронеж, Гродно (Беларусь), Гуаньчжоу (Китай), Дипенбек (Бельгия), Казань, Киев (Украина), Киров и Кировская область, Красноярск, Липецк, Ораниенбаум (бывший Ломоносов), Магадан, Махачкала, Минск (Беларусь), Москва, Мукачево (Украина), Нижний Новгород, Новокузнецк, Новосибирск, Одесса (Укра-

ина), Омск, Париж (Франция), Пекин (Китай), Пермь, Пловдив (Болгария), Псков, Роттердам (Нидерланды), Рязань, Санкт-Петербург, Саратов, Северск, София (Болгария), Сыктывкар, Тернополь (Украина), Тюмень, Харьков (Украина), с. Чурапча и Якутск (Саха-Якутия, Россия) и др. Как и в прошлом году, многие известные университеты Санкт-Петербурга и десятков других городов, представившие свои работы на конференцию по многим научным направлениям и специальностям, продемонстрировали озабоченность состоянием здоровья народов России. Мы ценим подобное межуниверситетское сотрудничество в обсуждении и решении жизненно важных проблем. Также знания о событиях в нашей стране мы сравниваем с информацией от наших коллег из стран ближнего и дальнего зарубежья.

В сборнике представлены результаты исследований педагогов, психологов, социологов, филологов, историков, врачей, биологов, экономистов и др. специалистов различных факультетов Санкт-Петербургского государственного университета. Подобный факт свидетельствует о межфакультетском подходе к рассмотрению сложнейших проблем здоровья нации и демографических процессов в стране. В материалах конференции представлены мнения не только ученых - узких специалистов в определенных областях знания, но и взгляды представителей общественных организаций, которые выражают насущные интересы различных социальных групп. Мнение отдельных авторов может не совпадать с позицией оргкомитета конференции, но, оргкомитет дает возможность каждому участнику нашего форума выразить свое отношение к той или иной проблеме.

В этом году сборник трудов конференции был составлен из чуть менее 300 тезисов и статей. Объем тома оказался достаточно большим и нам пришлось разделить его на две части для удобства печати.

Оргкомитет 8-й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения» желает всем участникам форума интересных дискуссий и приобретения полезных знаний.

С.А. Варзин, секретарь оргкомитета конференции

РЫНОЧНЫЙ КАПИТАЛИЗМ И ДЕПОПУЛЯЦИЯ РУССКОЙ ДЕРЕВНИ¹

Законодательное собрание Санкт-Петербурга

*«Молитесь за русских. ... без русских – все погибнет.
И 1/6 часть суши превратится в настоящее царство
Мордора, уничтожаемое нищетой, разрухой и
кровавыми междоусобицами.
Молитесь за великий русский народ. За то, чтобы он
воскрес. За то, чтобы он был силен и крепок. Ибо сила
и крепость русского народа – это сила и крепость
Добра и Любви, которая и вас всех защитит и
обережет от любой угрозы и нужды.
Молитесь за русских. Потому что русские – это
жизнь».*

Герман Саддулаев, российский писатель

чеченского происхождения

Депопуляция – систематическое уменьшение абсолютной численности населения какой-либо страны или территории как следствие суженного воспроизводства населения, когда последующая численность значительно меньше предыдущей. В публицистике часто употребляют термин «вымирание народа», имея в виду, что основным показателем является устойчивая отрицательная разность рождаемости и смертности населения между периодами проведения его учета, как правило, переписями.

Сокращение численности населения в результате войны, эпидемии или какого-либо другого катаклизма не является депопуляцией, поскольку носит хотя и резкий, но все-таки временный характер. Когда катастрофические факторы перестают действовать, население быстро восстанавливает свои потери. Колоссальные потери населения Советского Союза в Великой Отечественной войне — 27 миллионов человек — были перекрыты естественным приростом всего за 11 лет. Уже в 1956 г. была вновь достигнута предвоенная численность населения. Убыль населения отдельных стран или регионов в результате ми-

¹ A.V. Vorontsov Market capitalism and depopulation of Russian village

грационных процессов тоже не считается депопуляцией, если естественный прирост населения при этом остается положительным. Когда за период с середины XIX века по начало XX века население Ирландии из-за массовой эмиграции в США сократилось более чем вдвое, никто не называл это депопуляцией. Ведь рождаемость на этом острове превышала смертность, хотя и не компенсировала миграционных потерь»².

Как пишет И.Белобородов «Жизнеспособность и развитие государства тесно связано с устойчивым демографическим развитием, гарантирующим обществу воспроизводство человеческих поколений. Эту очевидную истину в разное время настойчиво доказывали многие выдающиеся мыслители: А. Смит, Ш. Монтескье, М. В. Ломоносов, Д. И. Менделеев и многие другие ученые.

Однако в ряде стран воспроизводство населения испытывает трудности (заметнее всего этот процесс в европейских странах). В России на протяжении последних двадцати лет наблюдается та же тенденция, но только в более усиленном варианте: население нашей страны *стремительно* сокращается»³.

По мнению демографа А. Б. Синельникова: «При всей важности решения проблемы смертности, никакое ее снижение не приведет к прекращению депопуляции в долговременной перспективе»⁴.

Каждый год в России умирает 1 млн. русских людей, а прибывает 2 млн. мигрантов. За счет этого происходит сокращение численности русских по отношению к численности других народов, проживающих на территории России, на 1/3. При таких тенденциях в наступившем десятилетии сокращение русского населения достигнет 4 млн. человек в год, и в 2020 году русские люди, вопреки правительственным прогнозам, будут составлять менее половины населения России, что будет означать начало распада великой русской цивилизации⁵, по всей вероятности, по сценарию Югославии.

Многие российские и зарубежные историки, философы, социологи, поли-

² Депопуляция. Материал из Википедии — свободной энциклопедии. Электронный ресурс. Режим доступа: <http://yandex.ru/yandsearch?text=%D0%B4%D0%B5%D0%BF%D0%BE%D0%BF%D1%83%D0%BB%D1%8F%D1%86%D0%B8%D1%8F+%D1%8D%D1%82%D0%BE&clid=133922&lr=2>

³ И. Белобородов — директор Института демографических исследований. Депопуляция в России: 15 лет демографической трагедии. Журнал «Демографические исследования», № 6. Электронный ресурс. Режим доступа: <http://yandex.ru/yandsearch?text=%D0%B4%D0%B5%D0%BF%D0%BE%D0%BF%D1%83%D0%BB%D1%8F%D1%86%D0%B8%D1%8F+%D1%8D%D1%82%D0%BE&clid=133922&lr=2>

⁴ А. Б. Синельников. «Что более приемлемо для населения: стимулирование рождаемости или приток иммигрантов?». Научный интернет-журнал «Демографические исследования», № 1.

⁵ Лемешев М.Я. Спят и видят мир без России // Советская Россия. 24 июня 2012 г.

тики считают, что русский народ претерпел значительный геноцид в условиях гражданской войны, коллективизации, голода и т.д. При этом ученые марксистской ориентации считают, что в первые послереволюционные годы самое отрицательное влияние на русский народ оказал троцкизм, который применял по отношению к русскому офицерству, казачеству жестокие меры устрашения, в том числе расстрелы даже тогда, когда в этом не было необходимости. В многочисленной литературе приводятся слова Троцкого (автору не удалось найти подлинника), о том, что «Мы должны превратить Россию в пустыню, населенную белыми неграми, которым мы дадим такую тиранию, которая не снилась никогда самым страшным деспотам Востока» и т.д.⁶

В 20-ые годы XX века в Советской России в сфере национальной политики развернулась непримиримая война с шовинизмом, суть которой заключалась в обосновании «права» на дискриминацию и угнетение других народов. Особый акцент был сосредоточен на борьбу с великорусским шовинизмом. Этим проникнуты выступления, по сути дела, всех руководителей партии на Съездах по национальному вопросу (с X по XVI съезд). Особенно непримиримую борьбу с великорусским шовинизмом вели Троцкий, Зиновьев, Бухарин и др. Г. Зиновьев призывал «подсекать головку нашего русского шовинизма», «каленным железом прижечь всюду, где есть хотя бы намек на великодержавный шовинизм...». На XII Съезде РКП(б) в 1923 году в выступлении Н.И. Бухарина говорилось: «Мы, в качестве бывшей великодержавной нации должны поставить себя в неравное положение в смысле еще больших уступок национальным течениям. Только при такой политике ..., когда мы искусственно поставим себя в положение более низкое по сравнению с другими, только этой ценой мы сможем купить себе настоящее доверие, прежде всего угнетенных наций»⁷. Со временем благодаря И.В. Сталину, создавая централизованные общегосударственные структуры, особенно развивая промышленность, эти установки были забыты. К примеру, национальные языки были вытеснены из государственного аппарата, а русский язык стал единым общегосударственным языком. Союзные национальные образования получили более менее равные социально-экономические и политические права. Демографическая ситуация в России, не-

⁶См. например:

http://wiki.istmat.info/%D0%BC%D0%B8%D1%84:%D0%BC%D1%8B_%D0%B4%D0%BE%D0%BB%D0%B6%D0%BD%D1%8B_%D0%BF%D1%80%D0%B5%D0%B2%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%82%D1%8C_%D1%80%D0%BE%D1%81%D1%81%D0%B8%D1%8E_%D0%B2_%D0%BF%D1%83%D1%81%D1%82%D1%8B%D0%BD%D1%8E

⁷ Двенадцатый съезд РКП(б), 17-25 апреля 1923 г. Стенографический отчет. – М., 1968 г. - С. 613.

смотря на сложности и трудности социалистического строительства, постоянных угроз извне, была вполне нормальной.

За 9 лет периода 1917-1926 гг., значительная часть которого приходится на гражданскую войну, численность населения возросла на 1,9%. 13 лет 1926-1939 годов – период индустриализации и коллективизации страны, во время которого население выросло на 17%. В самый драматический период нашей истории 1939-1959 гг., - период Великой Отечественной войны и восстановления разрушенного народного хозяйства население страны увеличилось на 9,8%. За 20 лет с 1971 по 1991 год рост продолжался и составил 13,6%, ежегодно население СССР увеличивалось приблизительно на 1,5 млн. человек, а у молодой русской семьи, как правило, было 2-3 детей.

Тем не менее, это не означало, что русское население в экономическом, политическом и образовательном уровне пользовалось равными правами. Помню, как в 1980-е годы студенты перепечатывали и раздавали друг другу статьи и лекции Г.И. Литвиновой о социально-демографическом состоянии русского народа. Льготы и преимущества, предоставленные ранее отдельным народам для обеспечения опережающих темпов их развития, дали возможность в невиданно короткие сроки решить важнейшую задачу в области национальных отношений – задачу фактического равенства наций. Тем не менее, эти льготы действовали и в 1970-80-ые годы. И как результат – ранее отсталые народы стали перегонять тех, кто оказывал им помощь. По итогам переписи населения 1979 г. среди наций, отличающихся низкими показателями обеспеченности занятого населения специалистами высшей квалификации, оказались русские, белорусы и народы Прибалтики, имевшие до революции самые высокие показатели грамотности. В 1973 г. среди научных работников СССР самую низкую квалификацию имели русские и белорусы. У них был самый низкий процент лиц, имеющих ученую степень. Тем не менее, на 100 научных работников было аспирантов: среди русских - 9.7 человека; белорусов - 13.4; туркмен - 26.2; киргизов - 23.8 . Эта тенденция сохранялась и в дальнейшем, усиливая новое фактическое неравенств наций.⁸

Бюджетная и налоговая политика в СССР в а также политика закупочных цен и др., создавали льготные условия для опережающего развития ранее отсталых наций в рамках соответствующей национальной государственности.

⁸ Литвинова Г.И. К вопросу о национальной политике. Режим доступа: http://www.hrono.ru/libris/lib_l/litvinova_nac.html

Так, в 50-е годы доходы колхозников Узбекской ССР были в 9 раз выше, чем в РСФСР, а стоимость валового сбора продуктов растениеводства за 1 трудодень по закупочным ценам в Нечерноземной зоне оценивалась в 10 раз ниже, чем в Узбекской ССР и в 15 раз ниже, чем в Грузинской ССР.⁹

Это привело к тому, что в демографическом плане наблюдался ускоренный рост коренного населения республик Средней Азии, Казахстана и Закавказья в составе населения СССР, и падение удельного веса русского населения, особенно в большинстве областей нечерноземной зоны РСФСР.

Искусственно заторможенные темпы социально-экономического и культурно-политического развития русского народа привели к тревожным демографическим результатам: у русских произошло самое резкое падение рождаемости. Как отмечает Г. Литвинова уже в начале 1980-х гг. русская нация оказалась перед угрозой депопуляции. Уровень рождаемости у русских перестал обеспечивать простое воспроизводство населения. Демографическая деградация русского народа выражалась и в том, что продолжительность жизни мужчин в русских селах многих областей (Архангельской, Калининской, Новгородской, Псковской и др.) упала до 54-57 лет и составляла на 5-7 лет ниже, чем по сельской местности СССР в целом.¹⁰

Пагубное влияние на здоровье русской нации оказывал и тот факт, что русские женщины составляли большинство лиц, занятых на физических, неквалифицированных, вредных для женского организма работах, а это негативно влияет на здоровье их детей.¹¹

Как утверждают демографы, вымирание русского народа началось в середине 1990-х годов, когда было констатировано, что смертность русских в эти годы превышала рождаемость. Так, согласно последним переписям населения, в Российской Федерации в 2002 году русское население составляло 115,87 млн. человек (79,9% от всего населения), а в 2010 году – 111,02 млн. человек (77,7%). За период между переписями численность русского народа сократилась на 4,87 млн. человек (4,2% от всего русского населения страны). Однако, согласно данным тех же переписей, в исторически русских 18 областях Центрального, Северо-Западного и Приволжского федеральных округов, в которых в 2002 году доля русских составляла более 90% населения, в 2010 году было отмечено, что их доля незначительно, но увеличилась (см.: таблицу 1).

⁹ Там же.

¹⁰ Там же.

¹¹ Там же.

В тоже время в Москве и Санкт-Петербурге за период с 2002 по 2010 год численность русского населения сократилась. Так, в Москве в 2002 году численность русских составляла 8587 тыс. человек, а в 2010 году – 8027 тыс.; в Санкт-Петербурге, соответственно: 3950 и 3680 тыс.

Приведенные примеры свидетельствуют не о вымирании русского народа, а о его депопуляции, то есть сокращении общей численности русских. Дело в том, что депопуляция в отличие от вымирания зависит не только от сокращения рождаемости и увеличения смертности, но и от больших потерь людей в результате стихийных бедствий или военных действий, от сокращения продолжительности жизни, от внешней эмиграции.

Таблица 1.

Доля русских в областях Центрального, Северо-Западного и Приволжского федеральных округов (в процентах)

Область	2002	2010
Архангельская	94,2	95,6
Белгородская	92,9	94,4
Брянская	96,3	96,7
Владимирская	94,8	95,6
Воронежская	94,1	95,5
Ивановская	93,7	95,6
Ленинградская	89,6	92,7
Московская	91,0	92,9
Нижегородская	95,0	95,1
Новгородская	93,9	95,1
Орловская	95,3	96,1
Псковская	94,3	95,0
Рязанская	94,5	95,1
Смоленская	93,4	94,6
Тверская	92,5	93,4
Тамбовская	96,5	97,0
Тульская	95,2	95,3
Ярославская	95,1	96,0

Например, в годы перестройки, с одной стороны, значительно увеличился отток русских за границу, с другой стороны, после распада СССР из бывших советских республик, ставших государствами, возвратилось на Родину большое количество русских. В 1994 году иммиграция из этих государств полностью покрывала естественную убыль русского населения.

По данным Всемирного банка, Россия в настоящее время занимает 2-е место в мире по количеству въезжающих в страну мигрантов. Согласно данным российских миграционных служб, в 2012 году официально насчитывалось 12 млн. иммигрантов, в основном из кавказских и азиатских государств СНГ, а также из Китая. По сведениям же отдельных ученых демографов и социологов количество эмигрантов и гастарбайтеров составляет от 15 до 20 млн. человек. При этом доля покрытия естественной убыли населения России составляет только 24%.¹² Таким образом, увеличение количества иностранных граждан, проживающих официально на территории России, сокращает долю русского населения, усиливает межнациональные конфликты внутри некогда стабильных русских территорий. Заметим, что по данным правоохранительных органов свыше 60% преступлений совершаются прибывшими в Россию мигрантами.

Пропаганда толерантности, терпимости, покорности русского народа не дает позитивных результатов. Скорее она сводится к толстовской идее «непротивления злу насилием». На наш взгляд повсеместно в системе образования и воспитания должен изучаться не предмет толерантности, а «Моя многонациональная родина - Россия», формируя чувство гордости и патриотизма учащихся. Поэтому депопуляцию русского народа целесообразно рассматривать не локально и не по одному-двум признакам, а целостно и комплексно.

Главным показателем, свидетельствующим о депопуляции населения, выступает наличие суженного воспроизводства, характерного для демографической ситуации современной России, когда абсолютная численность поколения «родителей» – в возрасте от 20 до 49 лет значительно превышает численность поколения «детей» – в возрасте от 0 до 14 лет. В настоящее время удельный вес «родителей» в возрастной структуре России составляет 53,0%, а «детей» – 16,0%, то есть в 3,3 раза больше. Такое соотношение «родителей» и «детей» в возрастной структуре населения России свидетельствует о тенденции низкой рождаемости в стране.

Снижение рождаемости и повышение средней продолжительности жизни приводит к росту доли пожилых людей в возрастной структуре общества, что, в конечном счете, увеличивает показатели смертности.

За 1990-2005 гг. в РФ произошла серьезная и крайне неблагоприятная трансформация параметров деторождения. Основным показателем рождаемо-

¹² Воронцов А.В., Глотов М.Б. Лекции по демографии. – СПб., Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2013. – С. 110.

сти населения в демографии считается коэффициент (индекс) детности. Самый высокий за последние 40 лет индекс детности среди русского населения России был зафиксирован в 1989 году – 759 рождений на 1000 женщин в возрасте 20-49 лет. Самый низкий индекс детности был в 2002 году – 384. В 2010 году индекс детности русских составлял 450 рождений, в то время как, например, у чеченцев индекс детности был в 1989 году – 1267, в 2002 году – 942, а в 2010 году – 1027.¹³ О резком падении рождаемости среди русского населения свидетельствует, например, тот факт, что если в 1985 году рождение русских составляло более 2-х млн. детей, то в 2004 году почти в два раза меньше – 1,1 млн. Суммарный коэффициент рождаемости населения, как важнейший обобщающий индикатор сократился на 29,5% для городских жителей, на 38,9% для сельских жителей и на 32,0% для населения России в целом.

Подобное существенное падение размеров естественного пополнения популяции подрывает основы не только демографической, но и национальной безопасности, тем более что оно накладывается на проблему искусственного прерывания беременности в России. Ведь даже с учетом достигнутого прогресса (снижение за 1990-2005 гг. на 61,4% или более чем в 2,5 раза) интенсивность абортотворения в российском обществе в настоящее время почти на 20% превышает уровень специального коэффициента рождаемости, что говорит о катастрофических демографических потерях, не имеющих аналогов в экономически развитых государствах Европы и мира.

Резкое падение уровня рождаемости русского населения за последние 40 лет объясняется, главным образом, изменением репродуктивного поведения населения. В репродуктивном поведении выделяют три вектора. Первый – направлен на рождение ребенка, второй – на предотвращение зачатия и третий – на прерывание беременности. Среди русского населения в настоящее время основными векторами репродуктивного поведения являются второй и третий, которые обусловлены, в основном, оправданием низкого уровня жизни большинства населения и карьерными стремлениями молодежи. Для предотвращения зачатия используются, как правило, контрацептивы, а для прерывания беременности – абортотворители. Если представителям мусульманского населения ислам запрещает абортотворение, то запрещенные в 1936 году в СССР абортотворители с 1 ноября 1955 года, не смотря на то, что христианство тоже выступает против абортотворения, снова были разрешены.

¹³ Там же.

С точки зрения демографов, главной причиной резкого сокращения рождаемости в России является свобода аборт, которых в последние годы осуществляется примерно по 3 млн. в год, причем часть из них – поздние. По существу, аборт – это право женщин на детоубийство, разрешенное государством. С точки зрения медицины, аборт необходим в тех случаях, когда возникает серьезная угроза для жизни женщины. Но в 1988 году появилась «Инструкция о порядке разрешения операций искусственного прерывания беременности по немедицинским показаниям». Согласно этой инструкции, аборт могли разрешаться в следующих случаях: смерть мужа во время беременности жены, пребывание женщины или ее мужа в местах лишения свободы, лишение прав материнства, многодетность (число детей свыше пяти), развод во время беременности, инвалидность у уже имеющегося ребенка. В 1996 году премьер российского правительства В.С. Черномырдин расширил круг разрешений на аборт. Теперь аборт разрешено делать также матери троих детей, безработной или имеющей безработного мужа, женщине, у которой проблемы с жильем. Практически – всем желающим. Вместо того чтобы рожать детей, русские женщины делают аборт – примерно три аборта на одно рождение. В настоящее время в Государственной Думе поднимается вопрос о запрещении в России абортов по немедицинским показаниям.

Незначительное повышение рождаемости за последние пять лет: 1,6 млн. рождений в 2007 году и 1,9 млн. – в 2012 году вызвано некоторым повышением уровня жизни россиян и материальным стимулированием рождаемости со стороны правительства (в частности, посредством «материнского капитала»). Меры, принимаемые Правительством РФ, по улучшению демографической ситуации в стране пока не дают ощутимых результатов. Более того, Правительство намерено с 2016 г. отменить как таковой «материнский капитал». В газете «Петербургский дневник» по этому вопросу развернулась полемика, в которой приняли участие видные ученые и представители общественности города. Все они в один голос заявляли, что отменять материнский капитал не следует ни в коем случае, ведь это идет вразрез с демографической политикой государства. Напротив, большинство экспертов сошлись во мнении, что размер материнского капитала нужно увеличивать.¹⁴

Однако чтобы увеличить рождаемость русского населения сегодня недос-

¹⁴Интрига капитала мам и пап // Петербургский дневник. № 161(654), 30 августа 2013 г. С. 6.

таточно только материального стимулирования, необходимы изменения культуры семейных отношений и жизненных ориентаций молодого поколения.

В настоящее время некоторое повышение рождаемости у русских практически не влияет на главные показатели их депопуляции – увеличение абсолютного числа смертей и коэффициента смертности. Об увеличении абсолютного числа смертей русского народа свидетельствуют следующие статистические данные: в 1987 году абсолютное число смертей русских в стране составило 1,3 млн. человек, в 1993 году – 2 млн. человек. За 8 лет правления Б.Н. Ельцина вымерли 7,5 миллионов русских и за одиннадцать последующих лет дополнительно еще более 10 миллионов русских. Таким образом, общая потеря русских людей за годы реформирования России составила 18 миллионов человек. Выступая 20 июня 2006 года на заседании Совета Безопасности, Президент В.В. Путин сообщил: «Критическое сокращение народонаселения страны впервые было отмечено в 1993 году и приобрело с тех пор устойчивый характер. Фактически мы стоим сегодня у кризисной черты. За 13 последних лет число умерших граждан страны превысило число родившихся на 11,2 миллиона человек. Если ничего не делать, то к концу XXI века население России уменьшится вдвое»¹⁵.

Сохраняющийся высокий общий коэффициент смертности русского народа обусловлен высокими показателями таких причин смертности, характерными особенно для русских мужчин, как курение – 17,1%, нездоровое питание – 12,9%, ожирение – 12,5%, алкоголь – 11,9%, убийства, самоубийства, дорожно-транспортные происшествия – 10,6%.

Одной из специфических для России причин смертности является злоупотребление алкоголем. По причине пьянства в России ежегодно погибает 600 тыс. человек и около 40 тыс. человек умирает от алкогольных отравлений. В 2010-2012 годах были предприняты следующие меры по борьбе с алкоголизмом: увеличена минимальная стоимость водки, законодательно введен запрет на употребление алкоголя за рулем, запрещена продажа крепкого алкоголя в розничной торговле несовершеннолетним и с 22.00 до 10.00 часов. Однако, по мнению наркологов и социологов, цена на водку все еще остается низкой. Цена на водку в постсоветское время выросла примерно в 30 раз, в то время как цена на другие товары – как минимум в 300 раз. Если в 1990 году на среднеме-

¹⁵Стенографический отчет заседания Совета Безопасности, посвященном мерам по реализации Послания Федеральному Собранию. 20 июня 2006 г. – Электронный ресурс. Режим доступа: <http://www.science-tech.ru/articles/view/4/>

сячную зарплату можно было купить 16,6 л. водки, то в 2012 году – уже 78,8 л. По данным Роспотребнадзора, более 50% несовершеннолетних в возрасте от 11 до 18 регулярно выпивают.

Согласно российской статистике, более 30 тыс. человек в год погибает в ДТП. Ежегодно в России сводят счеты с жизнью около 60 тыс. человек. По частоте завершённых самоубийств (36-38 случаев на 100 000 населения) Россия в 2,5 раза превосходит среднемировой уровень. Удельный вес самоубийств в нашей стране выше, чем в Европе и на всем постсоветском пространстве. Группа людей, решающихся на самоубийство, на три четверти состоит из трудоспособных граждан. За последние годы увеличилось число самоубийств среди подростков. По данным Детского фонда Организации Объединённых наций (ЮНИСЕФ), Россия занимает первое место в мире по уровню самоубийств среди подростков. Суицид вышел на второе место (после несчастных случаев) среди причин смертности молодежи.

Еще одним бедствием для русского народа стало употребление наркотиков, поступающих, кстати, как правило, из-за рубежа, в том числе бывших союзных республик Кавказа и Закавказья.

Дударевым В.Б. приводятся данные по интегральной оценке уровня демографической безопасности по округам Российской Федерации¹⁶. В 2005 году первое место занимал Уральский округ, второе – Южный, 3-е – Дальневосточный, 4-е – Приволжский, 5-е – Сибирский, 6-е – Северо-Западный, 7-е – Центральный.

При этом обращают на себя внимание два существенных обстоятельства. Прежде всего, почти все субъекты нашей страны (за исключением Южного округа) снизили уровень интегральной оценки демографической безопасности. А лидер среди регионов Российской Федерации - Уральский округ со своими 48,46 баллами среди всех европейских государств расположился бы между 35-м (Белоруссия - 48,69 баллов) и 36-м (Молдавия - 48,39 баллов) местами.

Все помнят слова Ломоносова о том, что могущество России будет прирастать Сибирью. Но в последние годы Сибирь вымирает быстрее, чем Россия в целом, снижается благосостояние людей, продолжительность жизни. Академик Влаиль Казначеев в статье «Спасти усталую нацию ещё не поздно» отмечает: «...живущие за Уралом люди - это усталая нация: смертность в полтора раза

¹⁶ Дударев В.Б. Статистическое исследование демографической безопасности России: автореф. диссерт. на соискание учен. степ. канд. экон. наук. М. 2008. С. 15.

выше рождаемости, пенсионеров на четверть больше, чем молодёжи, каждый второй брак распадается в первый год, пятая часть всех браков стерильна, то есть не рождаются дети. Усталая нация больше болеет, не доживает в среднем 12 лет, люди меньше любят родину и друг друга».¹⁷

Известный в стране ученый экономист профессор М.Я. Лемешев справедливо отмечает, что враждебные России силы в лице западного финансово-банковского капитала и исполнительного органа его воли – мирового правительства (Комитет 300) не скрывают своей дьявольской цели по уничтожению русского народа, который, по их мнению, не способен вписаться в рыночные отношения и поэтому является препятствием на пути к глобализации и учреждению нового мирового порядка. Об этом публично и неоднократно заявляли каждый в свое время лидеры западного мира – премьер-министр Великобритании М.Тэтчер, государственный секретарь США Олбрайт, советник президента по безопасности Бжезинский и им подобные творцы глобализации.

Трагизм ситуации состоит в том, что их волю под видом всевозможных реформ в последние двадцать лет исполняют влиятельные силы России. Именно их стараниями и послушными им органами законодательной, исполнительной и информационной власти организуется целенаправленное истребление русского народа.

По данным секретаря Совета безопасности РФ Николая Патрушева Россия вступила в самый сложный демографический период: численность трудоспособного населения России до 2025 г. уменьшится не менее чем на 10 млн. человек. Проявляется демографическая яма 90-х годов, когда граждане демократической России боялись рожать детей из-за нестабильной ситуации в стране¹⁸.

Тема депопуляции русского народа масштабна и многогранна, а потому требует всестороннего обсуждения с принятием конкретных решений. А.Г. Вишневский и Е.М. Андреев в докладе «Анализ демографической ситуации: тенденции и последствия» отмечают, что до 2025 года 85-90% убыли населения в РФ будет приходиться на русский народ. Особенно пострадают русские, живущие в сельской местности, потери которых будут в три раза больше, чем городского. По мнению демографов, при сохранении таких темпов депопуляции в России к середине XXI столетия русских останется только 46,5% от всего насе-

¹⁷Аргументы и факты, № 28, 14 июля 2010, С. 3.

¹⁸Комсомольская правда, № 136. 14 сентября 2011. С. 3.

ления страны.

Отсутствие поступательного развития общества за двадцатидвухлетний период реформ, его деградация свидетельствуют о неспособности российского правительства и его финансового оплота – олигархического капитализма – оказать позитивное влияние на развитие производительных сил общества и улучшить демографическую ситуацию в стране.

В «Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» в качестве основных целей демографической политики Российской Федерации указывается «стабилизация численности населения к 2015 году на уровне 142-143 млн. человек и создание условий для ее роста к 2025 году до 145 млн. человек, а также повышение качества жизни и увеличение ожидаемой продолжительности жизни к 2015 году до 70 лет, к 2025 году – до 75 лет»¹⁹.

Однако вряд ли указанные цели могут быть достигнуты, поскольку все основные социально-экономические показатели, необходимые для их реализации не повышаются, а продолжают снижаться. К примеру, Россия на охрану здоровья выделяет 5-6% ВВП, в то время как Великобритания и Швеция – 10%, Франция и Германия – 11-12%. К тому же, в этих странах и ВВП – больше. У них на душу населения в год приходится 4000 долларов по паритету покупательской способности, а в России этот показатель на уровне Мексики и Турции.

7 мая 2012 г. Президент Российской Федерации издал Указ «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации»²⁰, в котором, в частности, предлагается:

- обеспечить повышение к 2018 году суммарного коэффициента рождаемости до 1,753;
- обеспечить увеличение к 2018 году ожидаемой продолжительности жизни в Российской Федерации до 74 лет;
- осуществлять, начиная с 2013 года, софинансирование за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при назначении выплаты, предусмотренной пунктом 2 настоящего Указа, в тех субъектах Российской Федерации, в которых сложилась неблагоприятная демографическая ситуация и величина сум-

¹⁹ Концепция демографической политики РФ на период до 2025 г. Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/knigi/konceptiya/konceptiya25.html>

²⁰ Российская газета. № 5775. 9 мая 2012 г. Режим доступа: <http://www.rg.ru/2012/05/09/demo-dok.html>

марного коэффициента рождаемости ниже средней по Российской Федерации;

- принять меры, направленные на создание условий для совмещения женщинами обязанностей по воспитанию детей с трудовой занятостью, а также на организацию профессионального обучения (переобучения) женщин, находящихся в отпуске за ребенком до достижения им возраста трех лет, и другие положения.

К сожалению, как считает крупнейший российский демограф, директор Института демографии НИУ ВШЭ Анатолий Вишневский, Указ в президентских структурах готовили малограмотные люди, поскольку научной экспертизы он не проходил. Ученый считает, что нереально обеспечить повышение к 2018 г. рождаемости до 1,753. Наша проблема – это, прежде всего, низкая итоговая рождаемость. «Когда мы смотрим, - пишет Вишневский, - на рождаемость 20-24-летних женщин, еще недавно вносивших главный вклад в рождаемость России, то показатель у них в 2010 г. даже ниже, чем в 1990-х годах»²¹.

Выступая 18 сентября 2013 г. в Государственной Думе РФ с докладом, министр экономического развития Алексей Улюкаев заявил о том, что ситуация в российской экономике стала худшей за последние пять лет и даже глобальный кризис 2008-2009 годов не отметился для нашей страны такими низкими показателями и в этом году мы впервые имеем уровень экономического развития ниже общемирового. Такой неблагоприятной обстановки не было последние пять лет. «Со второй половины 2012 г. у нас неуклонное ухудшение динамики экономического развития. Прирост ВВП за первое полугодие этого года составил всего 1,4%». По словам Улюкаева, вернуться на среднемировой уровень и, тем более, превысить его Россия не сможет и в 2014 г. По темпам экономического развития наша страна будет сильно отставать от других стран БРИКС (Бразилия, Индия, Китай, ЮАР)²².

Таким образом, для выполнения Указа «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации» должны быть определены расходы бюджета в социально-демографическую сферу, как на ближайшее время, так и на дальнейшую перспективу. А этого пока нет. Более того, при таком экономическом положении ситуация, по нашему мнению, будет только ухудшаться.

Выход из кризиса возможен только путем перехода страны к более прогрессивной системе. Это означает: изменение ориентации производства с при-

²¹ Новая газета. № 50-51 от 11 мая 2012 г. Режим доступа: <http://www.novayagazeta.ru/comments/52488.html>

²² См.: Алексей Улюкаев: «Хуже не было давно» //Невское время. № 164 от 19 сентября 2013 г. С. 2.

были на показатели удовлетворения потребностей населения, обеспечение господства государственной собственности, создание хозяйственного механизма, способного стимулировать научно-технический прогресс, рост производства, повышение качества продукции, снижение ее себестоимости и т.д. КПРФ разработала глубоко научную «Антикризисную программу» выхода страны из глубокой депрессии. Но нынешнее Правительство России блокирует эти предложения.

И в заключение отметим. Русский вопрос в демографической сфере – это вопрос физического выживания русской нации, коренного населения России. Вопрос выхода из той демографической ямы, в которую столкнули нашу Родину последние 22 года «перестроек» и «реформ». Для его решения необходимо создать в стране такие условия, когда рождаемость станет выше смертности, когда выгодно и почётно станет иметь большую крепкую семью с тремя-четырьмя, а то и пятью детьми. Необходимо понять простую истину, что завоз в Россию иностранцев, в том числе граждан бывших республик СССР, не решит демографическую проблему России, а лишь усугубит её, добавив межэтнические столкновения и межэтническую преступность.

Ключевые слова: Россия, рынок, капитализм, депопуляция, деревня, русские, народ, смертность, рождаемость, демографические процессы.

Keywords: Russia, the market, capitalism, depopulation, village, Russian, the people, death rate, birth rate, demographic processes.

**ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ РУССКОГО НАРОДА
В КОНСТИТУЦИОННОМ ПРОСТРАНСТВЕ РОССИИ¹**

*Государственный университет морского и речного флота
им. адмирала С.О. Макарова, guvkogu@mail.ru*

Межнациональные отношения в современной России вышли на первый план политического пространства страны.

Вряд ли найдется кто-либо из серьезных людей (и не только в России), кто отрицал бы эту позицию. Вопрос, естественно, в том - почему это произошло, кто ответственен, при каких обстоятельствах и когда русская национальная элита полностью потеряла контроль за происходящим, - и существует ли возможность (а если существует, то в чем она) выровнять ситуацию, спасти русский народ от реальной перспективы превратиться в течение нескольких ближайших десятилетий в этнобиологический материал других, социально и биологически более сильных народов?

Начнем с очевидных фактов.

Убыль населения России между двумя последними переписями – порядка 2 млн. человек. Учитывая прирост нерусского населения в местах традиционного проживания - 1 млн., и приблизительный прирост нерусского населения (в том числе и некоренного, но получившего российское гражданство) в местах традиционного проживания русских, можно уверенно говорить о 5-ти миллионной потере русского населения за это время.

Составив простую арифметическую прогрессию, можно без труда подсчитать, что при таком коэффициенте убыли, русское население к 2040 году будет национальным меньшинством на территории нынешней России, и, следовательно, Россия прекратит свое историческое существование, как русское государство.

Я говорю, разумеется, о мирном этногенезе, не предполагая войн и революций. Если же Россию удастся вовлечь в мировую войну, или на ее территории разыграются революционные события и гражданские войны, то, безуслов-

¹ O.G. Karataev Prospects of development of Russian people in the constitutional space of Russia.

но, Россия прекратит свое историческое существование намного раньше и будет разделена между тремя наиболее могущественными мировыми центрами силы – Западом (управляемым еврейским олигархатом), Китаем и Исламом.

Есть угроза и сугубо внутреннего характера, которая, пожалуй, наряду с массовым обнищанием русского населения может послужить одной из причин немирного ускоренного развития ситуации.

Речь идет о так называемой исламизации российского населения и русского народа, осуществляемой по вольному и невольному попустительству властей, которая идет по трем главным направлениям: огромный приток (по некоторым оценкам, до 10 миллионов) так называемых «восточных рабочих (остарбайтеров)» из бывших среднеазиатских республик Советского Союза, перемещение населения Кавказа (как граждан, так и не граждан России) в традиционные русские регионы, и, наконец, (что покажется, на первый взгляд абсолютно невозможным, но вести с «полей» говорят обратное!) обращение в Ислам русской молодежи (прозелитизм).

При этом, конечно же, никакого значения не имеет – граждане ли России выходцы с Кавказа и Средней Азии, или нет, легальные ли они мигранты (т.е, с прохождением порядка регистрации в ФМС) или нет. Значение имеет другое обстоятельство, на которое мало кто обращает внимание.

Между русской и исламской молодежью колоссальная разница в смысле определенной приспособляемости к окружающим условиям. Многие семьи мигрантов приехали из зон конфликтов, в которых сформировалась в прямом смысле «военная ментальность» переживших их подростков, возникли глубинные механизмы адаптации к самым разным формам агрессии, что совершенно отсутствует у русского населения, особенно юного. Дети быстро взрослеют на войне, и далеко не в лучшем смысле. Конфликты, о которых мы знаем, в основном, происходят на межэтнической почве и естественно, что это стало крайне обостренной темой в ментальности исламских подростков. Что для русских вообще никогда не было проблемой.

В целом, остро резонирующая на национальную проблему специфика восточного мышления происходит из большой скученности на небольшом географическом пространстве разных этносов и их модификаций, как, например, на Кавказе, где проживает более 50 этнических групп. Сейчас эта специфика перенесена в традиционные русские регионы и, если данная тема фатально встала перед личностью, для которой она принципиально нова, то это наиболее

разрушительно, так как не существует никакого опыта ее разрешения.

Свою роль играет фактор самого семейного уклада жизни этих народов - многодетных семей, где с раннего детства развивается конкурентоспособность личности, в отличие от обычно единственного ребенка в русской семье, выросшего часто в тепличных условиях, а часто и - в так называемых «неблагополучных», семьях.

О предпринимательских способностях восточных личностей нечего и говорить - это хорошо известно.

Плюс элементарный криминалитет: возрастной ценз русских подростков, способных участвовать в организованных криминальных группировках, существенно ниже, чем в группах исламского толка.

Вполне правомерно дать этой ситуации такую оценку. Если ребенок, подросток, не может реализоваться, или естественно выразить свою этническую, культурную или религиозную принадлежность по причинам страха перед какой-то постоянной угрозой, он в итоге занимает пассивную позицию и этот процесс долгий. Это ведет к стиранию культурной и этнической самоидентификации личности. Если это процесс массовый и системный, он приводит к культурному самовыврождению этноса. Что, по сути, имеет только одно название – массовый системный этноцид. Если это совершается по чьему-либо прямому или косвенному умыслу, то имеет место одно из пяти международных преступлений - геноцид.

Нужно ясно понять: в молодежной среде нет никакого умеренного, или «традиционного» ислама – здесь он исключительно радикальный, пусть и по «детски». Что более откровенно и болезненно, чем по «взрослому», это заложено в естественных свойствах молодежной психики.

С другой стороны, русская молодежь, вступив в русскую молодежную организацию националистического толка, немедленно переносит свое «национальное рвение» уже на всех нерусских. Остро поставленный фатальными условиями национальный вопрос, порождающий ту или иную неприязнь, проецируется в дальнейшем уже не только на приезжих, к примеру, с Кавказа, - это становится определенным принципом жизни в человеческом обществе. Разрушительным для самого этого общества. Это – факты, которые, как говорится, «в утиль не спишешь!» Более того – все они тесно связаны и взаимообусловлены, а выводы на их основе также верны, как «закон Ома» или «закон Ньютона».

Естественно, возникает вопрос о причинах столь плачевной перспективы

для России и русского народа. На мой взгляд, главная причина состоит в глубокой внутренней, исторической, социальной и биологической усталости, приобретенной народом за XX век.

Д.И. Менделеев подсчитал, что при существовавших в начале века темпах демографического роста, биологической и социальной активности, хозяйственного и культурного развития, при условии сохранения традиционной государственности (монархия) количество русских (великороссов, малороссов и белорусов) будет не менее 400 млн. человек. В настоящее время эта цифра (с учетом Украины и Белоруссии) вряд ли превышает 150-170 млн. человек, т.е. меньше в 2,5 раза. В какую же «пропасть» рухнули 250 млн. русских (т.е. почти две современные России)?

10 млн. - потери в 1 мировой войне, гражданской войне и в результате политических репрессий правительства Ленина–Бронштейна, непосредственно направленных на уничтожение русских (например, постановление совнаркома 1918 года о борьбе с антисемитизмом).

10 млн. - потери в результате голода 30-х годов и коллективизации.

30 млн. - потери в Великой Отечественной Войне.

Итого - 50 млн. прямые потери, т.е. потери в результате тех или иных насильственных действий. Это, конечно, огромные потери, но где же недостающие 200 млн. человек?

200 млн. – это неродившиеся от прямых потерь, в результате чудовищного перенапряжения русского народа, «вытягивавшего» всю «Империю» во времена послевоенных восстановительных периодов, «холодной войны» и разрушения государственности последние 20 лет. При этом «корневой» причиной является, безусловно, смена государственного строя 1917 г, когда русская, государствообразующая нация, сформировавшая, охранявшая и развивавшая государство в течение почти 1000 лет, только-только начавшая (в период царствования Николая Александровича Романова) выходить по своему культурному и хозяйственному уровню (в целом, конечно) на уровень европейских народов, была обрушена в полукрепостное состояние и отдана «на откуп!» «международный закулисе» (выражение И.А. Ильина) с еврейской нацистской верхушкой во главе (Ленин, Свердлов, Троцкий, Зиновьев, Каменев).

Причины такого бедственного состояния не являются темой настоящей статьи. О них достаточно подробно говорится в различных работах великого русского мыслителя И.А. Ильина (слабость хозяйственного и культурного раз-

вития, влияние остатков крепостного строя, религиозный кризис православия, природная доверчивость и многое, многое другое!). Для нас важно то, что нация в целом и по субъективным и по объективным причинам была и биологически и социально, и культурно подорвана. Поэтому, даже высокий уровень хозяйственного развития и сравнительно достойный уровень (по европейским меркам) комфорта не смогли заменить отсутствие «духовного стержня», полностью обветшавшего к концу XX столетия у русского народа, не смогли заменить отсутствовавшего за весь период советской власти воспитания русского духовного характера, русского национального правосознания.

Поэтому русская национальная элита не смогла в революционных событиях 1991-93 г.г. занять ведущие позиции и, опираясь на народ, восстановить русскую традиционную государственность, но отдала и власть и собственность в руки опять-таки «международной закулисе», представленной в России одним из ее отрядов, руководители которого получили в народе прозвание «олигархов».

Однако же, времена меняются, идут определенные культурные, социальные и даже биологические процессы и в русском народе в целом, и, особенно – в русской элите. Получив в результате «перестройки» доступ к русским дореволюционным национальным культурным ценностям, восприняв, усвоив и переработав их должным образом, выдвинув своих талантливых представителей в самые разные области государственной жизни (хозяйство, культура, наука, армия, образование, медицина и прочие), русская национальная элита в период надвигающегося на Россию глубокого системного кризиса (о признаках его не говорит и не знает только ленивый) может представить народу вполне конкретную программу национального спасения (не только русских, но и всех населяющих Россию народов) и силой мощного солидарного правосознания, русского духовного характера (у большинства представителей русской элиты вполне сформировавшегося) заставить власть мирным, сугубо конституционным путем принять эту программу.

На мой взгляд, первым пунктом этой программы должны быть изменения некоторых (кстати, не так уж большого числа) новелл действующей конституции. Одна из них очевидна для большинства русских юристов уже сейчас. Юридическую химеру – многонациональный российский народ надо немедленно заменить на такую строго юридически выверенную формулировку: великий русский народ и другие коренные народы России, по Божьему промыслу исто-

рически связавшие свою судьбу с судьбой русского народа. Не следует здесь смущаться и термином «великий», т.к. он вытекает из обычного международного права, относящего к великим нациям – русских, китайцев, французов, американцев и англичан (постоянных членов Совбеза ООН, чьи государственные языки – и только они – признаются международными).

Мне представляется, что проведенные про этому поводу опросы слушателей на живых передачах наиболее популярных радиостанций России («Эхо Москвы», «Русская Служба Новостей» и «Вести») лучше любого официального опроса «общественного мнения» и различных лживых «рейтингов», выстраиваемых «Левадой – Центром», «ВЦИОМом» и т.д. говорят о том, что и весь народ (политически активна его часть, конечно!) готов к такого рода «поворотам» в своей судьбе.

Ключевые слова: перспективы развития, русский народ, конституция, конституционное пространство, Россия.

Key words: development prospects, Russian people, the constitution, the constitutional space, Russia.

РАЗДЕЛ I

НАСУЩНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕМОГРАФИИ И СОЦИОЛОГИИ

УДК 314.02

С.А. Ахметова, Ф.Ф. Ишкинеева

САМОВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ СЕМЬИ И ОБЩЕСТВА: ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ¹

*Казанский (Приволжский) федеральный университет
Казань, giacint7@mail.ru, farida1967@mail.ru*

В Республике Татарстан, как и в России в целом, продолжается демографический кризис, разразившийся в конце XX века. Все еще в ходу выражение «русский крест», означающее превышение смертности над рождаемостью: страна теряет свое население. В статье анализируется взаимосвязь тенденций демографического развития и состояния семьи и семейных ценностей в современном обществе. Рассматриваются подходы, по-разному определяющие природу и сущность семьи в современном обществе.

В объяснении демографического развития российского общества наметились диаметрально противоположные подходы: одни исследователи утверждают о кризисе воспроизводства человека, снижении ценности семьи и детей, другие считают, что семья не утратила позиции непреходящей ценности, а лишь сместились акценты в восприятии ее природы и выполняемых функций.

Расхождения в позициях фамилистов обусловлены различной трактовкой семьи: 1) как частной сферы жизни общества – союза мужчины и женщины, создаваемого для рождения других людей, в котором осуществляется производство самого человека, продолжение рода, то есть самосохранение семьи и 2) как общественной сферы жизни общества – социального института, реализующего фундаментальную функцию воспроизводства новых поколений, то есть самосохранение общества.

¹Akhmetova S.A., Ishkineeva F.I. Family and society self-reproduction: existential perspective.

Объяснение радикальных изменений в демографической сфере: сокращение детности семьи, распространение модели нукlearной семьи, рост числа незарегистрированных союзов, падение рождаемости, в конечном счете – депопуляция заключается не в снижении ценности семьи, а в том, что на микроуровне – повседневном бытии семьи – основной является ее экзистенциальная функция – социально-психологическая потребность в наличии одного-двух детей.

Противоречие заключается в том, что на семью – приватную сферу жизнедеятельности общества, функционирующую на микроуровне, – возлагаются задачи общесоциального характера, связанные с воспроизводством населения, сменой поколений, выполнимые на макроуровне.

Семья как малая социальная общность является относительно самостоятельной сферой жизнедеятельности общества, «самодостаточной», автономной по отношению к другим социальным образованиям, которая регулируется внутренними интересами, ценностями, собственными идеалами. Где отношения между родителями и детьми основаны на самоценности человека, а не на принципе полезности, как в обществе. Эти отношения имеют больше эмоциональный характер, проникнуты любовью, доверием, заботой о ближнем, его здоровье. Эти переживания обнаруживаются в процессе вовлеченности в жизнь других людей, в общении как конкретном бытии, в экзистенции. Семья существует, пока у нее есть потребность в семейном образе жизни, в детях, а число детей определяется в соответствии с желаниями самой семьи. Репродуктивная функция рассматривается в контексте самосохранения семьи. Семья как социальный институт, взаимодействующий с другими социальными институтами, регулируется государством. При неразвитости этих институтов именно семья вынуждена принять на себя и выполнять функции производства, образования, социального обеспечения. По мере формирования социальных институтов редуцируются функции семьи, остается лишь репродуктивная функция, присущая собственно семье, соответственно изменяется ее структура: от многодетности к малодетности, от многопоколенной, сложной семьи – к нукlearной (автономизация поколений), от официально зарегистрированного брака – к гражданскому. Самовоспроизведение общества в контексте самосохранения семьи, меры, направленные на воспроизводство населения, – задачи государства как социального института.

Для реализации функции семьи как социального института – распространения модели трех-четырёхдетной семьи для перехода в будущем к простому

воспроизводству населения – в рыночном обществе необходима оплата труда родителей по рождению и воспитанию детей. В условиях депопуляции населения, родительство с несколькими детьми должно быть приравнено к профессиональному труду. Лишь в случае достойной оплаты сложного труда по формированию личности возможно снятие противоречия между семьей как частной сферой жизнедеятельности общества, регулируемой внутрисемейными отношениями, и семьей как ее публичной сферой, регулируемой социальными нормами и предписаниями.

Ключевые слова: демографический кризис, «русский крест», депопуляция, приватная и публичная сферы жизни общества, воспроизводство населения, семья, фамилистика.

Key words: demographical crisis, “Russian cross”, depopulation, private and public aspects of life, society reproduction, family, familistics.

УДК 613.6.01

С.Н. Бабанин^{1,2}, Е.А. Голованова^{1,2}, А. В. Иванова¹

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ

¹Управление Роспотребнадзора по Липецкой области, г. Липецк, kafedra_SPB_lipetsk@mail.ru; ²Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург

В Липецкой области, как и во многих других регионах России, потери человеческого и трудового потенциала во многом связаны с высоким уровнем потребления алкоголя.

Ежегодное среднелитровое потребление свыше 8 литров алкоголя создает реальную угрозу генофонду, состоянию общественного здоровья и служит катализатором преждевременной смерти.

Липецкая область входит в число территорий с высоким уровнем распространенности хронического алкоголизма и алкогольных психозов. В 2012 г. зарегистрировано 29,0 тыс. случаев зависимости от алкоголя и алкогольных психозов, что на 2,6 тыс. случаев больше, чем в 2011 г.

В болезненное пьянство в области вовлечены 2,2% населения. Основными потребителями алкоголя являются мужчины (около 85,0%).

Злоупотребление алкоголем стало одной из основных причин накопления в обществе демографических и социальных проблем.

В области, несмотря на некоторые позитивные изменения, сокращается численность населения, высоким остается уровень общей смертности, каждый четвертый умерший не достигает пенсионного возраста.

Среди умерших мужчин в трудоспособном возрасте находились 40%, среди женщин – 8,9%. В данной возрастной группе от случайных отравлений алкоголем и других причин, обусловленных алкоголем, умерли 22% мужчин и 17,0% женщин. Вследствие злоупотребления алкоголем смертность мужчин в трудоспособном возрасте в 5-6 раз превышает смертность женщин в данной возрастной группе. Серьезное влияние злоупотребление алкоголем оказывает на соматическую заболеваемость населения. По литературным данным доказанной можно считать связь злоупотребления алкоголем с развитием болезней поджелудочной железы, печени, сахарного диабета, а также онкологических заболеваний некоторых локализаций.

В Липецкой области на фоне роста потребления алкоголя за 7-летний период заболеваемость сахарным диабетом выросла на 7,9%, болезней поджелудочной железы – на 2,0%, болезней печени – на 8,0%.

Тенденцию к росту имеет первичная онкологическая заболеваемость прямой кишки, предстательной железы, молочной железы. Распространенность злокачественных новообразований вышеназванных локализаций также имеет тенденцию к росту и находится на более высоком уровне, чем в России.

Область теряет более 1000 человек ежегодно от случайных отравлений алкоголем, хронического алкоголизма, алкогольных психозов, алкогольной кардиомиопатии, дегенерации нервной системы, вызванной алкоголем, хронического панкреатита и цирроза печени алкогольной этиологии.

По данным Федерального информационного фонда социально-гигиенического мониторинга Липецкая область относится к числу проблемных территорий по распространенности острых отравлений химической этиологии.

Злоупотребление алкогольной продукцией продолжает оставаться одной из ведущих социально значимых проблем нашего общества, определяющих острую необходимость организации активного противодействия по всем направлениям.

ВЫВОДЫ:

1. Одним из направлений в деятельности Управления Роспотребнадзора по Липецкой области является надзор за качеством и безопасностью алкогольной продукции.

2. С целью формирования здорового образа жизни в 2009 г. на базе ГУЗ «Липецкий областной наркологический диспансер» создан Центр первичной профилактики наркологических расстройств.

3. Благодаря целенаправленной работе с молодежью в области уменьшается число детей и подростков, вовлеченных в болезненное пьянство, и пострадавших от острых отравлений спиртосодержащей продукцией.

4. Для снижения риска здоровью, связанного с потреблением алкоголя, необходимо принятие областной целевой программы по профилактике алкоголизма, направленной на снижение заболеваемости, инвалидности, преждевременной смертности, увеличение продолжительности жизни и стабилизацию демографической ситуации в Липецкой области.

Ключевые слова: хронический алкоголизм, алкогольный психоз, острые отравления химической этиологии.

Keywords: chronic alcoholism, an alcoholic psychosis, sharp poisonings of a chemical aetiology.

УДК 314.48:314.96

Е.В. Базуева

ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ: ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ¹

*Пермский государственный национальный исследовательский университет
имени М. Горького, Пермь, bazueva.l@mail.ru*

В современном обществе одним из основных факторов национального богатства становится человеческий капитал. Причем, как показывает опыт развитых стран, на первый план выдвигается его качественное измерение, одним из перекрестных параметров которого, согласно ПРООН, признан гендерный критерий. В этой связи остановимся на анализе причин гендерного разрыва в

¹Bazueva E.V. The dynamics of mortality of Russian population.

коэффициентах смертности мужчин и женщин России.

Согласно постулатам теории человеческого капитала фактор смертности или влияние цены смерти в разных возрастных группах на формирование человеческого капитала не одинаково. Так, снижение коэффициента младенческой смертности в России за период 1985-2011 гг. на 11 пунктов у девочек (с 18 до 6) и 17 пунктов у мальчиков (с 24 до 8) приводит к более экономному воспроизводству человеческого капитала общества в целом. В трудоспособном возрасте в 2011 г. смертность мужчин была в 3,7 раза выше, чем женщин [Рассчитано нами по: 2]. Феномен мужской сверхсмертности во взрослом возрасте увеличивает цену воспроизводства мужского капитала, т.к. мужчины, умирающие в трудоспособном возрасте, не успевают «вернуть» затраченный на их воспитание и обучение человеческий капитал и реализовать накопленный индивидуальный капитал [См. об этом подробнее: 3].

Высокая смертность мужчин, на наш взгляд, является результатом комплексного воздействия многих причин, большинство из которых гендерно маркированы. Так, например, всплеск мужской смертности от инфарктов и инсультов в периоды кризисов в экономике многие ученые связывают с действием институтов гендерной власти¹, когда мужчинам в этих условиях сложнее выполнять институциональную роль «кормильца семьи». В результате действия институтов гендерной власти на рынке труда мужчины заняты в видах деятельности, где существует высокий риск травматизма и смертности (армия, правоохранительные органы, шахтеры и т.д.). Ярким примером действия системы институтов гендерной власти является также ситуация со смертностью от внешних причин или т.н. «случайная» смертность.

Все это является косвенным доказательством негативного влияния системы институтов гендерной власти на показатели мужской смертности, которые необходимо учитывать при определении направлений оптимизации воспроизводства и использования человеческого капитала в России.

Литература:

1. Базуева Е.В. Институт гендерной власти как критерий эффективности развития современного общества // Вестник ОГУ, 2012, №8, с. 4-11,

¹Институт гендерной власти - это особый вид социально-экономического института, сформировавшегося под влиянием объективных условий материального производства (общественного разделения труда), который можно представить в виде системы относительно устойчивых властных отношений, закрепленных через систему законодательных актов, контрактов и неформальных правил, которые упорядочивают формы взаимодействия субъекта и объекта власти и определяют цели и варианты выбора модели их собственного жизнеповедения [1, с. 6].

2. Женщины и мужчины России — 2012: Стат. сб. / Росстат. - М., 2012.
3. Калабихина И.Е. Гендерный фактор в экономическом развитии России: Монография. - М.: МАКС Пресс, 2009.

Ключевые слова: смертность населения, гендерный анализ.

Key words: population mortality, gender analysis.

УДК 330.341+331.101

Я.К. Бесстрашнова, В.А. Базжина

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОДХОДОВ К ОЦЕНКЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО КАПИТАЛА¹

*Санкт-Петербургский государственный политехнический университет,
besstjan@mail.ru, vabazzhina@mail.ru*

Введение. Проблема количественной оценки человеческого капитала вызывает серьезные дискуссии в научных кругах в то время, как государственным структурам требуются конкретные показатели при построении планов экономического развития и принятии управленческих решений.

Материал и методы. Исследование было направлено на сравнение современных подходов к изучению человеческого капитала и аналитических методов его оценки.

Симкина Л.Г. предлагает антропократический подход, рассматривая человеческий капитал в качестве формы экономической жизнедеятельности, присущей инновационной экономике. Образование и наука выступают в качестве самообогащения жизнедеятельности человека, которая сконцентрирована на производстве (способностях) и потреблении (потребностях). Особо отмечается цикличность движения и синергетический механизм колебательного движения человеческого капитала [1].

У Б.В. Корнейчука используется концепция социального времени, т.е. человеческий капитал является высшей деятельностью человека, отличающей его от животных. Оценивается продолжительность социального времени, затраченно-

¹Besstrashnova Y.K., Bazzhina V.A. Comparative analysis of the approaches to human capital estimation.

го на высшую деятельность. Аналитической основой концепции служит метод геометрического представления капитала У. Джевонса и К. Викселля [2].

Капелюшников Р.И. использует методику, аналогичную примененной в исследовании Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), которая заключается в оценке человеческого капитала как стоимости ожидаемых пожизненных заработков человека, умноженных на вероятность дожития [3].

Корчагин Ю.А. предлагает методики оценки стоимости человеческого капитала: на основе затратного метода по показателям и индексам, отражающим качество и производительность труда, а также по вкладу (доле) инновационного сектора экономики в ВВП и средней продолжительности трудовой деятельности [4].

Всемирный банк выделяет нематериальный (человеческий) капитал в качестве остатка после вычитания из величины национального богатства стоимости природных ресурсов и производственного капитала при заданной норме доходности [5]. Для оценки человеческого капитала на макроуровне применяется индекс развития человеческого потенциала (ИРЧП, HumanDevelopmentIndex – HDI). Методика расчета была предложена ООН для того, чтобы подчеркнуть необходимость оценки возможностей людей качестве критерия оценки развития страны [6]. Оценка инвестиций в человеческий капитал может рассматриваться как доходность (дивиденды или рост стоимости активов). Индекс человеческого капитала (HumanCapitalIndex – HCI) характеризует корреляцию эффективности управления человеческим капиталом и стоимости компании [7].

Результаты. Для аналитической оценки человеческого капитала применяются подходы, в основе которых лежат расчеты инвестиций (затратные методы), стоимости по заданной норме доходности (дисконтные методы) и индексов (индексные методы).

Заключение. Оценку человеческого капитала России достаточно сложно сравнить в силу имеющихся недостатков используемых методик. Таким образом, необходимо проведение дальнейших научных исследований в данной области.

Литература:

1. Симкина Л.Г. Человеческий капитал в инновационной экономике. – СПб: СПбГИЭА, 2000. – 152 с.
2. Корнейчук Б.В. Человеческий капитал во временном измерении. Трансформационные модели микроэкономики. – СПб: «Северная звезда», 2004. 196 с.
3. Капелюшников Р.И. Сколько стоит человеческий капитал в России?

http://www.hse.ru/data/2012/10/10/1247084655/WP3_2012_06_f.pdf/.

4. Корчагин Ю.А. Человеческий капитал и инновационная экономика России. Монография. – Воронеж: ЦИРЭ, 2012.– 279 с.
5. The Changing Wealth of Nations: Measuring sustainable development in the new millennium. Washington DC: TheWorldBank, 2011. – 242 p.
6. Human Development Index (HDI). <http://hdr.undp.org/en/statistics/hdi/>.
7. Human Capital Index. <http://www.hr-portal.ru/varticle/human-capital-index-indeks-chelovecheskogo-kapitala-watson-wyatt>.

Ключевые слова: человеческий капитал, оценка человеческого капитала

Keywords: human capital, human capital estimation

УДК 613.2/.7

Т.С. Борисова, С.М. Лебедев

НАПРАВЛЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ¹

*Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Республика Беларусь, pararnic7@mail.ru*

Введение. Методология организации и практическая деятельность по формированию здорового образа жизни населения в Республике Беларусь основываются на Концепции реализации государственной политики формирования здорового образа жизни, ряде Государственных программ и нормативной базе [1]. Целью исследования являлся анализ состояния здоровья населения Республики Беларусь с определением приоритетных направлений формирования здорового образа жизни.

Материал и методы. Используются официальные отчеты о заболеваемости населения Республики Беларусь отдельными болезнями в 2006–2012 гг., обработку материалов проводили описательно-оценочными, статистическими методами исследования.

Результаты. В последние годы в республике отмечается тенденция к ухудшению здоровья населения различных возрастных групп. Наблюдается

¹Borisova T. S., Lebedev S.M. Course to formation of people's healthy lifestyle at modern stage.

рост общей заболеваемости населения. В структуре общей заболеваемости лидирующие позиции занимают болезни органов дыхания (30,5%), болезни системы кровообращения (5,95%) и болезни нервной системы (8,98%).

Установлен рост уровня первичной заболеваемости в 2012 г. по сравнению с 2006 г. по следующим классам болезней: врожденные аномалии (пороки развития) – на 33,5%; новообразования – на 20,1%; болезни органов дыхания – на 16,4%, болезни системы кровообращения – на 10,5%. В структуре первичной заболеваемости 1-е место традиционно занимают болезни органов дыхания – 54,4%, далее следуют травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин – 9,6% и третье место занимают болезни кожи и подкожной клетчатки – 4,8%.

Соотношение общей и первичной заболеваемости увеличилось, что свидетельствует о высоком уровне хронической патологии.

Остаются высокими уровни заболеваемости с впервые в жизни установленным диагнозом среди детей и подростков, превышая показатели 2006 г. в 1,1 раз у детей до 14 лет и в 1,5 раза у подростков. Вместе с тем, по сравнению с 2011 г. прослеживается некоторая тенденция к снижению заболеваемости у детей до 17 лет и продолжает нарастать у подростков на 5,4%, что подтверждается и результатами медицинского освидетельствования граждан призывного возраста. Анализ результатов медицинского освидетельствования граждан при призыве на военную службу в 2010 г. показывает снижение на 2,8% показателя годности к военной службе по состоянию здоровья в сравнении с аналогичным периодом 2009 г. и увеличения на 4,2 % показателя временной негодности к военной службе.

Учитывая определяющую роль образа жизни в формировании здоровья и с целью своевременного реагирования на ключевые проблемы здоровья населения необходимо использовать новые направления здравоохранения: внедрение эффективной системы взаимодействия учреждений здравоохранения республики, других ведомств и учреждений, органов государственной власти, расширение обязанностей и повышение ответственности немедицинских структур в области сохранения и укрепления здоровья населения, формирования здорового образа жизни; создание новых эффективных механизмов мотивации населения к здоровьесберегающему поведению, формирование ответственности за собственное здоровье; профессиональное сопровождение пропаганды здоровья в средствах массовой информации, развитие социальной рекламы; определение и

анализ выполнения основных индикаторных показателей.

Выводы. Отмечается рост показателей заболеваемости с впервые в жизни установленным диагнозом, общей и хронической заболеваемости населения, что указывает на необходимость разработки и внедрения новых направлений в системе дальнейшего совершенствования деятельности по формированию здорового образа жизни населения.

Литература

1. Гула, В.Ф. О выполнении программы «Здоровье» в Вооруженных Силах / В.Ф. Гула, А.М. Валуев, И.В. Куль // Военная медицина. – 2008. – № 4. – С. 2–4.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, население.

Key words: healthy lifestyle, population.

УДК 61:31

*Г.Н. Зарафьянц, В.Н. Лебедев,
О.Е. Амелехина, Л.П. Чурилов*

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМЕРТНОСТИ ОТ ВНЕШНИХ ПРИЧИН В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ (судебно-медицинские данные)¹

Санкт-Петербургский государственный университет, Медицинский факультет, кафедра патологии (курс судебной медицины) и Бюро судебно-медицинской экспертизы Ленинградской области, Санкт-Петербург

Введение. В настоящее время большое внимание уделяют проблемам заболеваемости и смертности населения [3]. Особое значение имеют случаи смерти людей от воздействия факторов окружающей (внешней) среды. В судебной медицине такую смерть (по категории) называют насильственной. В эту категорию включены случаи смерти от механической травмы (всех видов транспортной травмы, от падения с высоты, от огнестрельной травмы, тупыми и острыми предметами); электротравмы; от механической асфиксии (повешения, утопления и др.); от действия крайних температур (низких, высоких и пр.);

¹Zarafiants G.N., Lebedev V.N., Amelehina O.E., Churilov L.P. The dynamics parameters of the structure of violent death owing to the external reasons in Leningradskaya oblast' (forensic medical data).

от отравлений и пр. Как правило, от перечисленных причин чаще всего погибают взрослые люди трудоспособного возраста [5].

Целью работы явилась оценка динамики показателей смертности населения ЛО в 2008 - 2012 годах от воздействия факторов окружающей (внешней) среды и, особенно актуальных, случаев смерти от механической травмы (автомобильной и др.) и от острых отравлений (этанолом, наркотическими веществами и др.).

Материалом исследования служили годовые отчеты о работе отдела судебно-медицинской экспертизы трупов и судебно - химического отдела ГУЗ Бюро судебно-медицинской экспертизы Комитета по здравоохранению Правительства ЛО.

Результаты. Изучена динамика причин насильственной смертности, структура и тенденции их развития за пятилетний период (2008-2012 гг.). Результаты исследований показателей смертности от внешних причин на 100 тыс. населения в ЛО в 2008-2012 гг. приведены в таблице (табл.1 и диаграмма) в порядке убывания.

Таблица 1

Динамика показателей насильственной смертности
и ее основных видов в 2008 - 2012 годах в ЛО

Показатель (коэффициент) смертности на 100 тыс. населения	Год наблюдения				
	2008	2009	2010	2011	2012
Насильственная смертность (все виды)	277,6	231,2	227,8	194,9	186,2
Смертность от механ. травмы	115,8	94,9	89,3	87,2	82,9
Смертность от отравлений	80,1	64,1	63,5	50,4	50,3
Смертность от механической асфиксии	51,7	51,4	49,3	40,3	38,7
Смертность от крайних температур	23,9	20,4	24,9	16,8	14,0

Результаты оценки показали, что в динамике общих причин насильственной смертности населения ЛО имеется устойчивая тенденция к снижению этого показателя за исследуемый период с наименьшим его значением в 2012 году, по сравнению с 2008 г (277,6 и 186,2 на 100 000 населения, соответственно). В динамике показателей смертности от основных видов насильственной смерти также выявлено снижение этих показателей. Так, смертность от механической

травмы постепенно снижалась, достигнув наименьшего значения в 2012 году (115,8 и 82,9 на 100 000 населения, соответственно, $p < 0,01$), от механической асфиксии (51,7 и 38,7 на 100 000 населения, соответственно, $p < 0,01$), от отравлений (80,1 и 50,3 на 100 000 населения, соответственно, $p < 0,01$) и от действия крайних температур (23,9 и 14,0 на 100 000 населения, соответственно, $p < 0,01$).

За рассматриваемый период (5 лет) показатели смертности населения ЛО от воздействия факторов окружающей среды (от травм, отравлений и др.) снизились на 1/3 (на 33%). Также снизились показатели смертности от каждого из видов насильственной смерти: от механической травмы (на 28,4%), от механической асфиксии (на 25,2%), от действия крайних температур (в нашей местности, в основном, от действия низких температур) (на 41,5%), от отравлений (на 37,3%).

Таблица 2

Динамика различных видов смертности от механической травмы в Ленинградской области за период 2008-2012 гг. (на 100 тыс. населения)

	2008	2009	2010	2011	2012
Смертность от механ. травмы	115,8	94,9	89,3	87,2	82,9
Смертность от транспортной травмы (в т.ч. - автомобильной)	49,7 (автомоб. - 43,5)	40,3 (автомоб. - 35,7)	38,3 (автомоб. - 34,2)	40,6 (автомоб. - 34,9)	42,5 (автомоб. - 38,2)
Смертность от травмы тупыми пред.	34,6	24,6	25,0	23,9	17,9
Смертность от падения	15,8	14,6	12,0	10,3	10,1
Смертность от травмы острыми предметами	11,1	10,9	9,8	8,5	7,9
Смертность от огнестрельной травмы	2,5	2,3	3,0	2,5	3,0

При этом отметим, что зимы 2007-2008 гг. и 2008-2009 гг. были в нашем регионе аномально теплыми, но на показателях смертности от экстремальных температур это, практически не отразилось. В то же время, в аномально снежную и более холодную, чем обычно зиму 2010-2011 гг. отмечено увеличение

доли смертности от крайних температур [6].

В группе случаев смерти от механической травмы первое место занимали показатели смертности от транспортной травмы (в 86% - 89,9% случаев - от автомобильной травмы), второе – травмы тупыми предметами, третье – от падения (с высоты и на плоскости), четвертое – от травмы острыми предметами, пятое – от огнестрельной травмы. Данные о динамике показателей смертности от основных видов механической травмы (в порядке убывания по частоте встречаемости) в ЛО за пятилетний период приведены в таблице (табл. 2).

Показатели смертности от транспортной травмы, в том числе – автомобильной, за пятилетний период были наибольшими в 2008 г. и 2012 годах, от огнестрельной – в 2010 г. и 2012 годах, от остальных травматических воздействий – постепенно снижались и были наибольшими в 2008 году, а наименьшими – в 2012 году.

Наряду с показателем смертности, был вычислен удельный вес (доля) каждого показателя наиболее часто встречающихся видов насильственной смерти (табл.3).

Таблица 3

Удельный вес механической травмы, отравлений и механической асфиксии в структуре насильственной смерти в 2008-2012 гг. в ЛО
(абс. пок. приняты за 100% в каждом году)

	2008	2009	2010	2011	2012
Кол-во случаев насильственной смерти	4529 (100%)	3773 (100%)	3901 (100%)	3342 (100%)	3261 (100%)
Механическая травма	41,7%	41%	39,2%	44,7%	44,5%
Отравления	28,9%	27,7%	27,9%	25,9%	27%
Механическая асфиксия	18,6%	22,2%	21,7%	20,7%	20,8%

В структуре причин насильственной смерти преобладал удельный вес смерти от механических травм, занимая первое место на протяжении 2008 - 2012 годов. Доля смерти от механических травм колебалась в пределах 39,2+-0,6% - 44,7+-0,5% (наибольшее значение зафиксировано в 2011 г, наименьшее – в 2010 году).

Второе место по частоте видов насильственной смерти занимали случаи

острых смертельных отравлений (воздействие химических факторов окружающей среды). Доля случаев насильственной смерти от отравлений колебалась в пределах 25,9+0,6% – 28,9 +/- 0,5%. Наибольшие значения наблюдали в 2008 году, наименьшие – в 2011 году.

Доля лиц, погибших от механической асфиксии, составляла, в среднем, 20,8+0,4% в общей структуре насильственной смерти. Наибольшее значение показателей наблюдалось в 2009 году (22,2+0,3%), наименьшее – в 2008 году (18,6+0,3%).

Проведенный анализ показал, что в структуре насильственной смерти первое место занимала смертность от механической травмы (удельный вес которой составлял в среднем 42,2+0,56%), второе – от отравлений (их удельный вес составлял в среднем 27,4+0,9%), третье – от механической асфиксии (со средним удельным весом 20,8+0,4%).

И, наконец, проведен анализ структуры наиболее социально важного вида насильственной смерти – смертельных отравлений (табл. 4).

Таблица 4

Удельный вес отдельных видов смертельных отравлений (по отношению к общему их количеству) в 2008-2012 гг. в ЛО (приведены в порядке убывания) (принято за 100% в каждом году)

	2008	2009	2010	2011	2012
Кол-во случаев смертельных отравлений	100%	100%	100%	100%	100%
Этанол	53,6	47,4%	45,8%	44,1%	41,2%
Угарный газ (монооксид углерода)	23,3%	26,0%	24,8%	25,2%	23,6%
Наркотические вещества	15,4%	16,7%	19,2%	18,8%	24,4%
Не установленные яды	5%	4,9%	6,6%	7%	6,5%
Лекарственные и психотропные вещества	1,4%	2,1%	1,2%	1,9%	2,4%

Другие виды отравлений: пестицидами, кислотами и щелочами, «метал-

лическими» ядами и пр. составляли незначительную долю в общем количестве смертельных отравлений.

В структуре причин смерти от острых тяжелых отравлений преобладали отравления этиловым спиртом (средний показатель составлял 46,4+-1,2%), на втором месте - отравления угарным газом (средний показатель - 24,6+-0,9%), на третьем – отравления наркотическими веществами (средний показатель - 18,9+-0,9%). Однако в 2012 году доля смертельных отравлений наркотическими веществами превысила долю отравлений угарным газом и заняла второе место (после отравлений этиловым спиртом). В этой группе отравлений наркотическими веществами наибольший удельный вес имели отравления опиатами. Распространенность наркомании среди лиц молодого трудоспособного возраста является угрозой будущего страны, т.к. это не только повышает смертность, но и затрагивает все окружение этих больных, снижая качество жизни, увеличивая и усугубляя напряженность в обществе [1,2,4].

Выводы.

1. За последние пять лет наблюдается устойчивая тенденция к снижению насильственной смертности населения ЛО, в том числе от механических травм, отравлений, механической асфиксии и действия крайних температур.

2. Анализ распределения смертельных механических повреждений показал, что наибольший удельный вес занимает смертность от автомобильной травмы, повреждений тупыми предметами и от падения с высоты. Необходимо дальнейшее проведение профилактических мероприятий по снижению транспортного травматизма.

3. Наибольший удельный вес отравлений наркотическими веществами отмечен в 2012 году, что подтверждает лидирующие позиции этого вида отравлений, роль которого в структуре насильственной смертности от внешних причин выросла с 2008 г. более чем в 1,5 раза и говорит о необходимости разработки эффективных мер борьбы с этой проблемой. В то же время ежегодно сокращается доля смертности от отравлений этанолом, хотя именно эта причина острых смертельных интоксикаций остается в области ведущей.

Литература:

1. Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики на современном этапе / Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 75-летию Российского центра судебно-медицинской экспертизы (18-20 октября 2006 г. Москва) // Под ред. проф.

В.А. Клевно – М.: РИОФГУ «РЦСМЭ Росздрава», 2006. – 322 с.

2. Александрова Л.Г. О динамике изменений некоторых показателей смертельных отравлений наркотическими веществами в республике Татарстан / Актуальные вопросы судебно-медицинской экспертизы трупа / Труды Всерос. научно-практ. конф., посвящ. 90-летию Санкт-Петербур. ГУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы / Под ред. В.А. Клевно и В.Д. Исакова.- СПб.: 2008.- С. 118-122.

3. Мишин Е.С., Лаврентюк Г.П., Исаков В.Д., Сырцова М.А. Причины смерти взрослого населения Санкт-Петербурга по данным судебно-медицинской экспертизы /Актуальные вопросы судебно-медицинской экспертизы трупа / Труды Всерос. научно-практ. конф., посвящ. 90-летию Санкт-Петербур. ГУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы / Под ред. В.А. Клевно и В.Д. Исакова.- СПб.: 2008.- С. 109-110.

4. Морфологическая диагностика наркотических интоксикаций в судебной медицине / Под ред. чл.-кор. РАМН Ю.И. Пиголкина.- М.: Медицина. 2004.- 304 с.

5. Салахов Э.Р. Научное обоснование совершенствования мониторинга травматизма и смертности от ДТП: Дисс....канд. мед. наук. – М., 2006.

6. Файловый архив: среднемесячные, среднегодовые, максимальные, минимальные значения температуры воздуха и осадков в формате xls. Интернет – ресурс, URL: <http://www.pogodaiklimat.ru/file.htm> (дата доступа: 02.10.2013).

Ключевые слова: смертность, насильственная смерть, механическая травма, отравления, наркотические вещества, судебно – медицинская экспертиза.

Key words: death rate, a violent death, a mechanical trauma, poisonings, narcotic substances, forensic - medical examination.

**О СОЦИАЛЬНОЙ НАПРЯЖЕННОСТИ, КАК НЕГАТИВНОМ ФАКТОРЕ,
ВЛИЯЮЩИМ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ¹**

*Национальный минерально-сырьевой университет «Горный»,
Санкт-Петербург, pgv5@bk.ru*

В настоящее время в современных социально-экономических и политических условиях, которые способствуют поддержанию в обществе постоянного напряжения, пессимистических настроений все чаще встает вопрос социальной напряженности различных слоев населения. Социальная напряженность представляет собой эмоциональное состояние в группе или обществе в целом, вызванное давлением со стороны природной или социальной среды, продолжающееся, как правило, в течение более или менее длительного времени.

Социальная напряженность проявляется:

А) на социально-психологическом уровне: распространение настроений недовольности существующей ситуацией в той или иной жизненно важной сфере общественной жизни, не доверие к властям, ощущение опасности, распространение пессимистических оценок будущего, всевозможные слухи. Так недовольных властью сегодня в два раза больше, чем даже в проблемные 90-е годы. Главные претензии россиян, согласно исследованию "Левада-Центра", в основном связаны с тем, что правительство не может справиться с ростом цен, падением доходов населения, а также не обеспечивает людей работой и не заботится о социальной защите. Почти половина россиян уверена, что страна движется по неверному пути. И нынешнему правительству России в ближайшее время не удастся добиться изменения положения в стране к лучшему.

Б) на поведенческом уровне: стихийные массовые действия, такие как ажиотажный спрос; различные конфликты; митинги; забастовки (российские социологи утверждают, что оппозиционные настроения в обществе постоянно растут), демонстрации и иные формы гражданского неповиновения и протеста, а также вынужденная добровольная миграция в другие регионы или за границу. Так, по сведениям того же «Левада-Центра», из России ежегодно иммигрируют

¹ZarodnukG.V.Social tensions, as a negative factor affecting the health of the population.

50 тысяч человек, причем, как отмечает «Би-би-си», число людей с высшим образованием среди них втрое превышает общенациональный уровень. Среди мигрантов из России во всех странах преобладают женщины. Это в большинстве случаев объясняется вступлением их в брак.

То есть, социальная напряженность тесно связана с динамикой общественного мнения и общественных настроений. Она возникает, когда большинство людей ощущает невозможность удовлетворить свои социальные, экономические, политические, национальные, культурные или какие-либо иные жизненно важные потребности.

Таким, образом, наиболее общими предпосылками напряженности являются устойчивая и длительное время неразрешаемая ситуация рассогласования между потребностями, интересами, социальными ожиданиями всей массы или значительной части населения и мерой их фактического удовлетворения. Все это приводит к накоплению недовольства, усилению агрессивности отдельных групп и категорий людей, нарастанию психической усталости и раздражительности большинства, то есть к снижению психического, эмоционального и соматического благополучия, а следовательно к снижению уровня здоровья населения в целом или негативному воздействию на него.

К этому следует добавить и такие факторы, как динамичность жизни, стремительный темп, постоянная изменчивость и переменчивость событий, большой объем информации для восприятия, высокий уровень преступности, падение жизненного уровня людей, снижение нравственного уровня в обществе, экологические катаклизмы, неконтролируемые человеком (изменения климата, истощения ресурсов, землетрясения и т. д.). Ярким примером могут служить события, произошедшие на Дальнем Востоке. Так с середины июля там шли аномальные по интенсивности и продолжительности дожди. В результате осадков сразу в четырех субъектах федерации начались паводки. В конце июля – начале августа наибольший ущерб был причинен сельскохозяйственным землям в бассейнах притоков Амура. Общий ущерб региону исчисляется десятками миллиардов рублей. По данным Трутнева, от последствий паводка пострадали 135 тысяч человек. Был нанесен ущерб 14 тысячам домов, 174 мостам, 825 социально значимым объектам. Наводнение также повредило 1600 километров дорог.

Все это звенья одной цепи, название которой социальная напряженность. Устранить социальную напряженность можно изменяя систему социаль-

ных отношений, и ситуацию, вызвавшую повышенную напряженность.

Ключевые слова: социальная напряженность, проявления социальной напряженности, здоровье.

Key words: social tensions, manifestations of social tension, health.

УДК 316.33

О.И. Иванов

СОЦИАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ПОТЕНЦИАЛА ЗДОРОВЬЯ¹

*Санкт-Петербургский государственный университет,
oliv2002@rambler.ru*

В ходе социально-экономических трансформаций в последние два десятилетия потенциал физического и духовного здоровья россиян во многом деформировался и деградировал. Как правило, состояние здоровья населения оценивается на основе использования медико-биологических критериев. Сегодня эти оценки необходимо дополнить социальными критериями, среди которых одним из важнейших является критерий активного отношения индивидов и общностей к своему здоровью. В мировой науке, как за рубежом, так и в России, во многом неизученными остаются социальные аспекты отношения населения к своему здоровью. Основной формой этого отношения, с нашей точки зрения, являются системы потребностей, способностей и готовностей индивидов и общностей практическими и систематическими действиями укреплять и сохранять свое здоровье. Как правило, эти потребности, способности и готовности существуют независимо друг от друга, вне их потенциальной и реальной взаимосвязи. Сегодня отсутствуют практики преобразования разрозненных потребностей, способностей и готовностей индивидов и общностей использовать доступные практики укрепления физического и духовного здоровья в единое целое, в систему. Этим практикам следует учить как тех, кто профессионально занят образованием и воспитанием, так и тех, кто должен создать у себя необходимые системы потребностей, способностей и готовностей. Эти системы и являются важнейшей компонентой социальных основ потенциала здоровья индивидов и общностей. Необходимо определить доли индивидов и общ-

¹Ivanov O.I. Social bases of potential of health.

ностей с высоким, средним и низким качеством социальных основ их потенциала здоровья, что послужит основой выработки стратегий стимулирования разных категорий населения к активному отношению к своему здоровью, прежде всего, групп со средним и низким качеством потенциала здоровья. Системы потребностей, способностей и готовностей индивидов и общностей укреплять и сохранять свое здоровье на основе использования необходимых для этого различных практик (например, самопомощь, самолечение, самодиагностика или обращение за помощью к официальной медицине, в институты здравоохранения и т.п.) должны стать новым и важнейшим предметом изучения и практической деятельности. Предстоит выявить уровень их развития, определить их качество у разных категорий населения, их распределение среди различных общественных групп. Политика выработки активного отношения населения к своему здоровью будет дополнена его новым направлением, а именно: созданием у индивидов и групп устойчивых систем потребностей, способностей и готовностей использовать различные практики укрепления и сохранения здоровья.

Ключевые слова: социальные основы потенциала здоровья: системы потребностей, способностей и готовностей индивидов и общностей использовать различные практики укрепления здоровья; политика выработки активного отношения населения к своему здоровью.

Key words: social bases of potential of health, system of requirements, abilities and willingness's to use various practices of strengthening of health.

**РЕЛИГИОЗНЫЕ РОДИТЕЛЬСКИЕ ОБЪЕДИНЕНИЯ КАК ФАКТОР
УЛУЧШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ В РЕГИОНЕ
(НА ПРИМЕРЕ г. ЧЕРЕПОВЦА ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛ.)¹**

*Санкт-Петербургский государственный университет,
aniusenika@mail.ru*

Конец XX - начало XXI в. России характеризуются устойчивой убылью населения и ухудшением показателей здоровья. Пристальное внимание государства и общества должно быть направлено на состояние здоровья молодежи как социальной группы, особенностями которой являются высокая социальная мобильность, активность и высокий репродуктивный потенциал. Череповец является самым крупным городом Вологодчины и обладает мощным индустриальным и социальным потенциалом. Общая численность населения города на начало 2013 года - 315 163 человек. Молодые люди в возрасте от 14 до 30 лет составляют четверть населения города. Ежегодно в Череповце образуется более 2000 новых семей. [3] Перед молодоженами стоит множество проблем - жилищные, социально-бытовые, личностные, а также проблемы рождения и воспитания детей. [1]

Опасение вызывает тот факт, что за последние 10-15 лет в Череповце количество патологических родов в несколько раз превысило количество физиологических. Процент преждевременных родов от числа закончивших беременность в 2012 году составлял 4,6 %, что выше среднеобластного показателя, но несколько ниже среднего значения по стране. Высокой остается доля детей, рожденных недоношенными и мертвыми. [3] Эта неутешительная статистика указывает на ухудшение здоровья женщин фертильного возраста. Конечно, нельзя отрицать влияния на рожениц экологической обстановки, однако еще одной важной причиной сложившегося положения является, по нашему мнению, отсутствие или неразвитость государственной системы просвещения будущих матерей о течении беременности и родов. Зачастую, когда государство не имеет возможности или желания помочь гражданам в решении тех или иных проблем,

¹Ishchenko A. Religious parental communities as the factor of the reproductive health improvement in Vologda region.

эти функции берут на себя организации гражданского общества. Так, в 2009 году в Череповце начала свою работу православная школа родителей «Под Божиим покровом», функционирующая на базе череповецкой воскресной школы. Изначально, как отмечают организаторы¹, они ставили перед собой следующие задачи: формирование у будущих родителей правильного духовного, психологического и физиологического отношения к родам и создание условий для воцерковления семей и их активного участия в приходской жизни. Однако спустя некоторое время возникло второе направление деятельности школы - работа с молодыми мамами и детьми, так как многие родившие женщины не захотели покидать родительское объединение. [2]

За время функционирования школы мам ни разу не было случаев детской и материнской смертности (количество участниц - более 300 человек). Патологические роды у регулярно посещавших школу составили в конце 2011 г. 21% (для ср.: этот показатель по Вологодской области и в целом по стране - от 60 до 80%), родоразрешение путем операции кесарево сечение в группе - 5,2% (по Вологодской области -15-17%, в среднем по России - до 45%). [2] Кроме того, участницы православного родительского сообщества отмечают, что в школе сложилась добрая, дружественная атмосфера: совместно проходят праздники, организуются паломнические поездки. Родительское объединение способствует пробуждению общественной активности, когда у молодых людей формируется понимание, что вместе они смогут добиться большего, чем действуя в одиночку. Так, череповецкие родители выступили за открытие православного детского сада и оборудовали класс по методике Монтессори. Православные родители занимаются благотворительностью и участвуют в городских социальных и экологических проектах. Таким образом, школа родителей «Под Божиим покровом» выполняет не только функции просвещения и поддержания здоровья молодых родителей, но и помогает им адаптироваться к социуму, является аккумулятором социального капитала, пробуждает социальный активизм и повышает уровень личной ответственности, тем самым выступая одним из наиболее эффективных институтов саморегуляции и самоорганизации российского общества.

¹Примечание автора: Исследование проводилось с использованием качественной методологии casestudy. Основные методы: анализ текстов глубинных интервью с организаторами и участниками православной школы, анализ материалов СМИ и государственной статистики.

Литература:

1. Безрукова О.Н. Ресурсы и сети поддержки ответственного родительства в молодых семьях. – СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2011. – 216 с.
2. Православная школа родителей «Под Божиим покровом» - <http://vk.com/club21022818>
3. Территориальный орган федеральной службы государственной статистики по Вологодской области. - <http://vologdastat.ru:8085/digital/region1/default.aspx>

Ключевые слова: молодежь, родительство, репродуктивное здоровье, родительское сообщество, гражданское общество.

Key words: youth, parenthood, reproductive health, parental community, civil society.

УДК 342

А.И. Киселёв

ЭКОЛОГО-СОЦИАЛЬНЫЕ И МИРОВОЗРЕНЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ЗДОРОВЬЯ И НЕЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ

Санкт-Петербургский государственный политехнический университет

Человеческий потенциал в совокупности его качественных и количественных характеристик является основой существования общества и гарантом его сохранения, развития и благополучия. Однако и состояние здоровья, и доступность образования, и материальная обеспеченность населения России весьма далеки от оптимального уровня. Касаясь первого структурного элемента понятия человеческого потенциала, достаточно указать на некоторые демографические показатели (1):

- ежегодная убыль населения составляет 750 тыс. человек, причем 300-350 тыс. - в трудоспособном возрасте;
- в "пляске смерти" ведущую роль играют неестественные причины;
- аборт изымает из процесса воспроизводства до 2 млн. неродившихся;
- сверхвелико число самоубийств – 60-70 тыс.;
- растет процент людей с генетическими отклонениями и приобретенными психическими расстройствами. Так, 15% детей, 25 % подростков, 40 % призыв-

ников подвержены им.

Все это обусловлено переплетением многих факторов, но определяющими являются эколого-социальные. Деградация окружающей природы и создание всеохватной техносферы, т.е., искусственной среды обитания формируют условия, при которых функционирование человека как биологического живого организма становится все более затруднительным и рискованным, а будущее – проблематичным. "Человечество вступило в эпоху Вырождения"[2]. Данный процесс катализируется и подпитывается радикальными изменениями социальной сферы:

- распад СССР как мощной суверенной державы;
- смена общественно-политического строя;
- ослабление геополитического влияния страны;
- деиндустриализация и превращение РФ в топливно-энергетический и интеллектуальный придаток ведущих государств мира;
- обострение межэтнических и межнациональных конфликтов;
- недопустимо резкая поляризация социальных страт по уровню доходов;
- растущее противоречие между провозглашенным юридическим равенством граждан и их экономическим и финансово-имущественным неравенством;
- коррумпированность власти, ее сращивание с бизнесом и криминалитетом;
- снижение статуса труда и невостребованность квалифицированных технических и научных кадров;
- урбанизация, стимулирующая эмансипацию, распад семей, падение рождаемости, агрессивность, культ потребления и наслаждений.

Но исходная детерминанта негативных тенденций кроется в области мировоззрения. Взятый курс на модернизацию необходим, но необходима ли вестернизация на американский лад как неперемное условие его успешности? Да, адаптационные возможности национальных характеров и культур применительно к процессам модернизации у народов России, Востока и Запада различны, и этот факт неоспорим. Но можно ли согласиться с таким суждением: "Переход к постиндустриальному обществу вряд ли возможен без ощутимых изменений в характеристиках имеющегося в России человеческого материала"? [3].

Во-первых, отметим, что народ – не материал, а самостоятельный субъект исторической деятельности; во-вторых, менталитет народов России, как и многих других незападных сообществ, например, Японии, КНР, Малайзии, Южной

Кореи, отнюдь не препятствие для эффективной модернизации, о чем свидетельствует и дореволюционный отечественный опыт научно-технического обновления, и, пока непревзойденный, – советский; в-третьих, Запад – не исторический идеал (на нем грех колониализма и войн) и не современный образец жизнеустройства, ибо поражен системным кризисом и потенциально нацелен на передел мира в борьбе за ресурсы планеты и укрепления доминирующего влияния; в-четвертых, Запад – основной поставщик загрязнений во все геосферы Земли; в-пятых, переход всех государств на западные стандарты жизни и потребления лавинообразно и необратимо ускорит процесс тотального разрушения биосферы, в лоне которой только и может существовать человечество; в-шестых, следование неолиберальным моделям и принципам рыночного фундаментализма обрекает страну на роль вечного аутсайдера и уже отбросил ее вспять на многие десятилетия. Но, даже западник П. Чаадаев прозревал иную перспективу для России, когда утверждал, что мы "пришли после других для того, чтобы делать лучше их, чтобы не впадать в их ошибки, в их заблуждения и суеверия...мы призваны решить большую часть проблем социального порядка, завершить большую часть идей, возникших в старых обществах, ответить на важнейшие вопросы, которые занимают человечество"[4]; в-седьмых, попытки переделать народ, лишив его базовых ценностей и безусловных предпочтений, посредством которых он, будучи самоосновен и самоопределяем, предстает перед другими общностями в своем достоинстве и неповторимости, означали бы его историческую гибель или невозполнимый урон.

Типичные черты западного человека: индивидуализм, рассудочность, прагматизм, корысть, утилитаризм, практицизм, успешность, лидерство, "...прилежный, боязливый, смиренный, предприимчивый, алчный, страстно хватающийся за блага мира сего – собственность, здоровье, знание, техническое мастерство, общественное благополучие, политическую власть, приобретение территорий и т.д." [5] значительно, вплоть до противоположности, отличаются от российского: артельность, чувство справедливости, совесть, нестяжательство, религиозность, сострадание, доброта, душевность, жертвенность, служение общему благу, самоотверженность, мессианство, стремление собой обожить этот тленный мир. Сознательно навязанные политическими кругами и медийными структурами чужеродные эталоны мышления и поведения, выдаваемые за общечеловеческие, и созданные социальные институты, которые противоречат или несоразмерны культурному коду, ядру нашего общества, ос-

танутся нежизнеспособными и недолговечными. А спонтанной реакцией общества в его пассивном варианте на подобный слом менталитета явится рост преступности, пьянство, паразитизм, апатия, страх, тревога, утрата смысла жизни, тоска, неуверенность, одиночество, аномия и депрессия, которой поражено около 85 % граждан РФ. Активные формы сопротивления выразятся в массовых манифестациях, акциях неповиновения, экстремизме и т.п. именно в этом, на наш взгляд, истоки нездоровья нации. Именно такую ситуацию переживает основная масса населения страны, пытаюсь сохранить свою культурно-цивилизационную идентичность как евразийское единство. Пора понять, что Россия никогда не будет принята как своя ни Западом, ни Востоком, ибо бронза не олово и не медь, а особый сплав, несводимый в своей целостности и качественности к составляющим частям. В-восьмых, прогресс человечества состоит в сохранении и увеличении разнообразия культурно-цивилизационных форм бытия, а регресс, соответственно, в истреблении данного "разноцветного букета" людских сообществ. Леви-Стросс убедительно показал, что человечество в целом не пребывает в состоянии восходящей эволюции, а развивается в разных направлениях и разными темпами. Так, западная цивилизация прогрессирует в основном в сфере технических инноваций, восточная демонстрирует преимущества в познании внутреннего мира человека, а бесписьменные общества – в гармонизации отношений с окружающей средой, т.е. традиционные цивилизации – не архаические и отсталые типы жизнеустройства, а просто другие, с иным образом бытия, с другой иерархией ценностей и смыслов. Россия, следовательно, обязана оставаться собой, беречь свои проверенные временем традиции и ценности, активно используя достижения Востока и Запада и избирательно перенимая все то, что сможет быть полезным для собственного развития.

Таким образом, слова А. Солженицына о сбережении народа следует трактовать, прежде всего, как призыв сохранять его духовно-нравственную сущность, без которой невозможно и его биологическое существование в качестве телесно-психической общности здоровых и полноценных людей. Помраченный, исковерканный, поверженный или больной дух нации как сломанный стержень не удержит и материально-телесный ее каркас.

Литература.

1. Варзин С.А. Итоговый документ и рекомендации Всероссийской научной конференции «Здоровье — основа человеческого потенциала: проблемы и

пути их решения» // Науч.-техн. ведомости Санкт-Петерб. политех. ун-та. 2007. Вып. 1 (49). С.307-314.

2. Кутырев В.А. Время Mortido // Вопросы философии. 2011. № 7. С.25.

3. Сердобинцев К.С. К вопросу о проблемах человека в контексте модернизации России и Запада // Социально-гуманитарные знания.2010. № 5.С.59.

4. Чаадаев П.Я. Полн. собр. соч. и избр. письма. М.: 1991. Т.1. С.534.

5. Юнг К.Г. О психологии восточных религий и философий. М.: 1994. С.104.

УДК 618.33

Е.В. Ковалёв, Ю.В. Занько

ГИПОТРОФИЯ ПЛОДА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ СТАТИСТИКИ¹

*УО «Витебский государственный медицинский университет»,
Витебск, Республика Беларусь, kovalev-egor@mail.ru*

Введение. К проблеме задержки внутриутробного роста (ЗВУР) заслуженно приковано внимание акушеров-гинекологов, перинатологов и педиатров. Не вызывает сомнений не только существенный вклад ЗВУР в перинатальную и младенческую заболеваемость и смертность, но и её роль в формировании предрасположенности к возникновению хронических заболеваний во взрослом возрасте (артериальная гипертензия, метаболический синдром, сахарный диабет) [1,2]. Распространённость данного осложнения беременности различается по странам и континентам и находится в пределах от 6,5% в Европе, до 31,1% в Азии [3].

Традиционно, выделяют материнские (курение, анемия тяжёлой степени, низкая масса тела), плодовые (врождённые аномалии развития, внутриутробные инфекции) факторы возникновения ЗВУР, но также уделяется внимание течению настоящей беременности (тяжёлый гестоз, декомпенсированный сахарный диабет).

В борьбе с внутриутробной гипотрофией в последние годы достигнуты определённые успехи, непрерывно совершенствуется диагностика, однако полностью устранить ЗВУР не удаётся. Критерии выставления диагноза гипотрофия

¹Kovalev E., Zanko Y. Fetal hypotrophy in point of view of statistics.

различаются в разных странах, но наиболее целесообразным считается использование перцентильных шкал для оценки массо-ростовых характеристик новорождённых Kattneretal. (1991) и Г.М. Дементьевой (1980).

Материалы и методы. Нами было проведено ретроспективное эпидемиологическое исследование распространённости ЗВУР, а также встречаемости вышеобозначенных факторов риска развития данного осложнения в Республике Беларусь по данным статистического управления Министерства Здравоохранения. Проанализированы данные статистических форм отчётности за 1998-2012 гг. Для удобства построения и анализа трендовых линий анализируемый временной интервал был разбит на 3 периода: I – 1998-2002, II – 2003-2007, III – 2008-2012.

Результаты и обсуждение. На первом этапе была проанализирована распространённость значимых факторов возникновения ЗВУР. Так, частота анемий у беременных неуклонно снижалась с 29,9% в I периоде до 22,8% в III. Похожая ситуация сложилась с гестозами: 8,0%, 8,3% и 5,9% соответственно в I, II и III периодах, при этом частота преэклампсий / эклампсий оставалась стабильно низкой в пределах статистической погрешности. Устойчиво низкой – около 2% в каждом анализируемом периоде - была частота артериальной гипертензии у матери и хромосомных аббераций у плода. Распространённость курения среди женщин неуклонно снижалась все эти годы и достигла 17,6% в 2008-2012 гг по сравнению с 24,9% в 1998-2002 гг. Обращает на себя внимание, что частота встречаемости гипотрофии в 1998-2012 гг. был на уровне 3,0-3,3%.

Дискутабельным в настоящее время остаётся вопрос оптимального времени родоразрешения пациенток с подозрением на ЗВУР. В связи с этим дальнейший анализ показал, что недоношенные новорождённые составили 15,1% от общего количества гипотрофиков, в то время как доношенными оказались 84,9%. Заболеваемость среди недоношенных новорождённых составила 23,2%, 21,3%, 21,1%, заболеваемость маловесных новорождённых равнялась 21,1%, 20,9% и 20,1% соответственно по периодам. Сходная ситуация наблюдалась применительно к новорождённым, умершим до 6 суток жизни: 66,0%, 57,8%, 55,4% среди недоношенных и 66,7%, 56,7%, 56,0% у маловесных. Мертворождаемость в данных группах также практически не отличалась: 65,2%, 65,6%, 57,5% и 66,6%, 66,8%, 54,6% соответственно у недоношенных и маловесных.

Выводы. 1. Комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предотвращение внутриутробной гипотрофии не даёт ожидаемого ре-

зультата.

2. Увеличение частоты преждевременных родов для рождения детей массой более 1500г не увеличивает заболеваемость новорожденных, т.к. заболеваемость у маловесных детей и недоношенных сопоставима.

3. Оптимальная продолжительность беременности у пациенток с ЗРП не тождественна доношенной беременности

Литература:

1. Law, C.M. Fetal, infant, and childhood growth and adult blood pressure: a longitudinal study from birth to 22 years of age / C.M. Law [et al.] // Circulation. – 2002. – Vol. 105, №9. – P. 1088-1092.

2. Holt, R.I. Intrauterine growth, the vascular system, and the metabolic syndrome / R.I. Holt, C.D. Byrne // Semin. Vase.Med. - 2002. - Vol. 1, №2. - P. 33-43.

3. Демина, Т.Н. Тактика ведения пациенток группы риска по возникновению синдрома задержки развития плода / Т.Н. Демина, С.А. Джеломанова // Мед.-соц. пробл. семьи. - 2000. - Т5, № 4. — С. 92-95.

Ключевые слова: гипотрофия плода, статистика, недоношенность.

Key words: fetal hypotrophy, statistics, preterm birth.

УДК 61:93

А. А. Кожевников

**СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СОСТОЯНИЕ
ЗДОРОВЬЯ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ АЛТАЙ¹**

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей
Министерства здравоохранения РФ, nvkz2004@rambler.ru*

Республика Алтай входит в группу регионов с низким уровнем социально-экономического развития, что существенно влияет на характер отношений между этносами, тем самым сказываясь на целостности и функциональной устойчивости государства, где ключевое значение имеет формирование сбалансиро-

¹ A.A. Kozhevnikov. The socio-economic factors influencing a state of health of indigenous people of Altai Republic

ванной политической системы, позволяющей адекватно реагировать на изменения в экономической сфере и социальной среде. Уровень и качество жизни, в том числе медицинское обеспечение, членов этнической общности, как доминирующие показатели, свидетельствуют о степени удовлетворенности их потребностей, существующих в конкретное время на определенной территории. Возникающее при этом чувство групповой солидарности фиксируется на определенных информационно-коммуникационных «метках» (показателях), нарушение которых дестабилизирует общественные отношения и систему жизнеобеспечения, где определяющую роль начинают играть субъекты политики, в зависимости от того, насколько это актуально для акторов и региональной элиты. Данная зависимость во многом определяет состояние территориального единства государства. В отдельных случаях политика экономического протекционизма регионов осуществляется как своего рода компенсация вреда, который причиняется путем влияния на социально-культурный уклад местного населения деятельностью промышленных предприятий и коммерческих компаний. В докладе Всемирной организации здравоохранения, посвященном состоянию здравоохранения в мире: «Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью»¹ отмечается, что в резолюции 58.33 Всемирной ассамблеи здравоохранения, принятой в 2005 году содержится норма о том, что каждый человек должен иметь доступ к медико-санитарным услугам и не должен испытывать финансовых трудностей в результате обращения за медицинской помощью. По заключению экспертов, подготовивших данный доклад, люди, пользующиеся услугами, часто сталкиваются с необходимостью тратить огромные, порой катастрофические для их доходов суммы на лечение. В некоторых странах ежегодно 11 % населения сталкивается с подобными тяжелыми финансовыми проблемами и до 5 % оказываются в нищете. Во всем мире каждый год около 150 миллионов человек несут катастрофические финансовые потери и 100 миллионов человек в силу этого оказываются за чертой бедности [1]. В настоящее время проводимая в Российской Федерации либерализация экономики, затронула и медицинский сектор, инициируя создание такой модели социальных отношений, когда человек за счет заработанных им финансовых средств должен формировать соци-

¹ Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью: Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2010 г. // Всемирная организация здравоохранения. – 2010 г. – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2010/whr2010/ru/index.html>.

альный пакет себе сам и тем за, кого он ответственен. Жесткая зависимость от финансовой составляющей по таким ключевым основам для каждого человека как его здоровье обуславливает степень и возможность доступности к медицинской помощи.

Материалы и методы.

В 2012 году сотрудниками ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» Минздрава России совместно со специалистами республиканских лечебных учреждений было проведено комплексное медицинское обследование части сельского населения, проживающего в селах Каракокша, Уймень, Ынырга и Красносельск Чойского района Республики Алтай и их социологический опрос. Всего к медицинским работникам обратилось 142 человека в возрасте от 18 до 80 лет и было осмотрено 189 детей. Для социологического исследования выборка составила 145 человек, из которых 66,7 % по национальности были тубалары, а 31,1 % – русские. Сбор сведений осуществлялся с помощью специализированной анкеты.

По данным Всероссийской переписки населения 2010, общая численность популяции тубалар составляет 1891 человек, из которых 1590 относятся к сельскому населению, при том, что из них 784 мужчины (49,3 %) и 806 женщины (50,7 %). Из общей численности сельского населения 453 человека (28,5 %) пребывают в возрасте моложе трудоспособного, 953 человека (59,9 %) в трудоспособном, а 184 (11,6 %) старше трудоспособного возраста [2]. Медианный возраст в целом у тубалар равен 33,2 года, а у сельского населения составляет 33,4. Исследованная популяция, относясь к северному этносу алтайского народа, компактно проживает в муниципальных образованиях «Чойский район» и «Турочакский район», находящихся в низкогорной зоне Горного Алтая.

Результаты исследования.

В ходе исследования осуществлялся сбор сведений, которые помогли сформировать представление о социокультурном уровне местного населения, определить параметры потребностей, в том числе связанных с медицинским обеспечением, которые обусловлены их повседневной деятельностью. В частности, 44,4 % от числа опрошенных имеют среднее образование, 24,4 % - средне-специальное и 15,6 % неполное среднее. С высшим образованием среди респондентов оказалось 6,7 %, преимущественно это люди, работающие в бюджетной сфере.

По социальному статусу респонденты – жители сёл, распределились сле-

дующим образом: пенсионеры составили 35,6 %, работающие пенсионеры – 6,7 %, служащие – 24,4 %, не работающие – 11,1 %, по 8,9 % - инвалиды и домохозяйки, а также среди лиц, пришедших на медицинский осмотр и опрошенных, всего 2,2 % составляют индивидуальные предприниматели.

Изменения в обществе, связанные с либерализацией экономики коснулись в последние годы и социальные институты, в частности семейные отношения. Учитывая то, что в сельской местности социальные связи и культурные традиции более устойчивы, по информации, полученной от респондентов, 64,4 % опрошенных состоят в браке, 13,3 % разведены, 11,1 % являются вдовцом (вдовой), 6,7 % ещё не замужем либо холост. 4,5 % не ответили на вопрос.

Существенную зависимость от социального статуса респондентов имеет источник дохода. Так, 44,4 % опрошенных в качестве основного источника дохода указали пенсию. 28,9 % - заработную плату. Доход от охоты и продажи кедрового ореха получают 6,7 %. В виде пособий по безработице средства выделяются 2,2 % респондентов. Доход от ведения подсобного хозяйства получают так же 2,2 % от числа опрошенных. При этом размер ежемесячного дохода у 53,3 % респондентов колеблется в пределах от 5 тыс. до 10 тыс. рублей, у 22,2 % - от 10 тыс. до 20 тыс. рублей, у 8,9 % - от 3,5 тыс. до 5 тыс. рублей; 4,4 % имеют ежемесячный доход ниже 3,5 тыс. рублей, а 2,2 % имеют более 20 тыс. рублей и 2,2 % указали, что вообще не имеют ежемесячного дохода. Заслуживает внимание тот факт, что традиционные виды деятельности исконно присущие тубаларам, связанные с охотой, сбором кедрового ореха и ягод в настоящее время утрачивают экономическую востребованность и существенным образом меняет уклад жизни коренного населения. 55,6 % опрошенных считают свой уровень благосостояния низким; 33,3 % указали на средний уровень и всего 8,9 % имеют, по их утверждению, хороший уровень благосостояния. При условии того, что 35,6 % респондентов свои бытовые условия отнесли к неудовлетворительным, 51,1 % к удовлетворительным, а 8,9 % затруднились их оценить.

В связи с тем, что ежемесячный доход у большинства жителей сёл Чойского района, как ранее было отмечено, находится в пределах от 3500 до 10000 рублей, то их возможности по оплате медицинских услуг находятся на минимальном уровне и с каждым годом по причине роста цен на лекарственные препараты будут сокращаться. Тем самым, именно материальное состояние населения является определяющим социальным фактором, с учётом которого большинство респондентов (88,9 %) отмечало, что за помощью в медицинские

учреждения обращаются в случае заболевания и лишь 2,2 % с целью получения консультаций. Возникает ситуация, когда лечебные учреждения не могут на должном уровне профилактировать, а население не имеет финансовых возможностей, чтобы своевременно диагностировать заболевания и не допускать их перехода в хроническую форму.

Социальный характер носит и следующая проблема. В частности, было установлено, что в настоящее время более 70 % опрошенных вынуждены тратить до 2 часов для проезда до населенного пункта, где находится специализированная медицинская помощь. Так, расстояние из сел Каракокша, Уймень, Ынырга, Красносельск до Чойской центральной районной больницы составляет более 100 км. Тем самым разовое посещение больницы занимает целый день и требует финансовых затрат. При этом 35,6 % от общего числа респондентов сообщили, что вынуждены обращаться в медицинское учреждение в течение года от 2 до 5 раз; 24,4 % свыше 5 раз, 15,6 % - 1 раз и 17,8 % не обращались в ЦРБ, ограничиваясь посещением фельдшерско-акушерского пункта по месту своего проживания. В результате опроса было установлено, что 31,1 % респондентов ожидали в очереди приём у врача до 2 часов, а 6,7 % - более 3 часов. 73,3 % респондентов попадают на приём в день посещения лечебного учреждения.

Заключение.

Анализируя данные социологического опроса следует отметить, что существенное влияние на медицинское обеспечение местного населения оказывают социальные условия, что само по себе является общепринятым фактом. Тем ни менее, на бытовом уровне в качестве определяющих факторов, которые влияют на состояние здоровья каждого члена местной популяции в отдельности, выступают:

- их материальное положение, что обуславливает в новых экономических условиях степень доступности пациентов к медицинским услугам;

- сложившиеся на данной территории поведенческий стереотип, который определяется социальным статусом и мотивацией, когда при утрате навыков по осуществлению традиционной деятельности, приносящей материальные блага, коренное население не может интегрироваться в новые экономические отношения, постепенно становясь маргиналами, и, ориентируясь на дотационные источники дохода. В результате формируется устойчивое антисоциальное поведение, связанное, прежде всего, с употреблением алкоголя, курением, нарушением правопорядка и законов, особенно в среде молодежи, как своеобразной

формы в одном случае социального протеста, а в другом – ухода от повседневной действительности;

- принимаемые меры по предупреждению травматизма и снижению уровня неинфекционных заболеваний, в том числе путём выявления лиц с ранними стадиями заболевания, в существующей системе оказания медицинской помощи для сельского населения не имеют должного эффекта, так как излишняя централизация специализированной медицинской помощи на уровне районной больницы не позволяет качественно решать задачи профилактики и ранней диагностики.

Литература:

1. Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью: Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2010 г. // Всемирная организация здравоохранения. 2010. URL: <http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2010/whr2010/ru/index.html>. (дата обращения: 2.09.2013 г.)
2. Население коренных малочисленных народов Российской Федерации по возрастным группам и полу. Таблица 24 / Федеральная служба государственной статистики // Всероссийская перепись населения 2010. Национальный состав и владение языками, гражданство. Том 4. С. 2201.

Ключевые слова: Республика Алтай, коренное население, медицинская помощь, здоровье, жизнеобеспечение, социально-экономические факторы.

Key words: Altai Republic, the indigenous population, medical care, health, life support, the socio-economic factors.

Г.А. Кундеева

УКРАИНА: ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПРОДОВОЛЬСТВЕННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ¹

*Национальный университет пищевых технологий, кафедра
экономической теории, Киев, Украина, g_a_k@ukr.net*

Устойчивое развитие мировой цивилизации зависит от обеспечения ее безопасности и, в частности, продовольственной. Продовольственная безопас-

¹Kundeeva G.A. Ukraine: demographic aspect of food safety.

ность государства – это обеспеченная соответствующим ресурсным потенциалом и гарантиями способность страны удовлетворять потребности в питании населения всех доходных групп в объемах, качестве и ассортименте, необходимых для сохранения его здоровья и расширенного воспроизводства, независимо от влияния негативных внешних и внутренних факторов спроса и предложения, изменения ценового уровня рыночной конъюнктуры. В настоящее время продовольственная безопасность, имеющая непосредственное отношение к таким сферам как экономическая, социальная и экологическая, образующих социоприродную систему, рассматривается через призму экономического, политического, социального, экологического и демографического аспектов. Последний, по нашему мнению, представляет собой способность государства к обеспечению полноценным питанием членов общества, которое способствует увеличению репродуктивной функции мужчин и женщин, и, как следствие, увеличению рождаемости, нивелированию деформации демографического состава общества, уменьшению заболеваемости.

Демографический аспект определяет качество и продолжительность жизни, состояние здоровья населения, которое определяется тем, насколько полноценным является питание членов общества. Степень стойкости людей к заболеваниям почти на 50% зависит именно от питания. Характер питания и его регулярность влияют на состояние поведенческой агрессивности и уровень производительности труда. Нарушения структуры, несбалансированности питания, приводят к снижению репродуктивной функции мужчин и женщин, и, как следствие, к снижению рождаемости, деформации демографического состава общества, росту заболеваемости. Учитывая неблагоприятную медико-демографическую ситуацию в Украине, именно сохранение здоровья и работоспособности пожилого населения является одним из важнейших приоритетов национальной продовольственной политики.

Украина по доле населения в возрасте старше 60 лет входит в тридцатку самых «старых» государств мира, занимая сейчас 25-26 место, которое она делит с Норвегией по этому показателю. По доле лиц в возрасте 65 и более лет отстает на 1,1-1,2 проц. пункта от среднего показателя стран Евросоюза, и существенно – от мировых лидеров по уровню старения, а именно Италии, Германии, Японии. Показатель долголетия в Украине почти такой же, как и в Российской Федерации, но на 5-6 процентных пунктов ниже, чем в таких странах как Швеция, Франция или Испания. Состояние здоровья пожилого населения постепен-

но ухудшается: проблемы прогрессируют, распространенность заболеваний среди лиц старше трудоспособного возраста возросла в последнее десятилетие почти на треть. Смертность населения в пожилом возрасте в Украине ощутимо выше, чем в странах ЕС (в среднем – в 1,7 раза); по сравнению с развитыми европейскими странами максимальное превышение характерно именно для более «молодого» возрастного отрезка 60-74 года [1].

Проблема быстрого старения усиливается низким уровнем жизни. По расчетам Института демографии и социальных исследований им. М.В. Птухи Национальной академии наук Украины уровень бедности в 2011г. в сравнении с 2010 г. повысился на 0,2 проц.пункта и составлял 24,3%. Следует заметить, что это один из самых низких показателей за последние десять лет [2].

Поскольку продовольственная безопасность – важный объект внутренней и внешней государственной политики, то необходима дальнейшая трансформация рыночных институтов и соответственно создание возможности для смягчения негативных последствий бедности и старения населения страны.

Литература:

1. Национальный отчет о выполнении Региональной стратегии реализации Мадридского международного плана действий по проблемам старения в Украине: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.unecsc.org/fileadmin/DAM/pau/age/country_rpts/UKR_report.pdf
2. Соціально-економічне становище домогосподарств України в 2011 році. (за даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств України): [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2010/gdn/sdrs/dod_1.htm

Ключевые слова: продовольственная безопасность, демографический аспект, старение нации.

Key words: food safety, demographic aspect, senescence of nation.

**ДОХОДЫ ПОЖИЛЫХ И ПРЕСТАРЕЛЫХ И ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ
ЗАБОЛЕВАНИЙ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КОМИ¹**

*Коми филиал ГБОУ ВПО Кировская государственная медицинская
академия Минздрава России, г.Сыктывкар
nkminaeva@mail.ru*

Старение населения – признак современности. В демографической структуре доля пожилых людей увеличивается. В России в 2010 году численность населения в возрасте 60 лет и старше составляла более 30 млн., по прогнозам Росстата к 2016 году в стране будет проживать 33,4 млн. – 24,8% граждан пожилого и старческого возраста [1]. Важное место в заботе о людях «третьего поколения» занимает пенсионное и лекарственное обеспечение в связи с увеличением заболеваемости в пожилом возрасте.

Целью исследования было изучение возможностей лечения заболеваний артерий нижних конечностей (ЗАНК) у пожилых и престарелых людей Республики Коми в зависимости от уровня их доходов.

Материал и методы. Проведено обследование 486 больных с ЗАНК по специально разработанной карте исследования различных территорий Республики Коми (РК) за 2006-2010 г.г.

Результаты. Среди 486 пациентов с ЗАНК (облитерирующий атеросклероз, облитерирующий тромбангиит, диабетическая ангиопатия, тромбозы и эмболии, болезнь и синдром Рейно, неспецифический аортоартериит) молодых (до 59 лет) было 200 (41,2%), геронтологических больных (60 лет и старше) – 286 (58,8%). Лиц с достаточными доходами среди молодых было 110 (55%), среди пожилых – 83 (29%); людей с низкими доходами среди молодых было 90 (45%), среди пожилых – 293 (71%). Доля пожилых и престарелых больных с низкими доходами была статистически значимо ($P < 0,001$) выше, чем молодых пациентов. Для медикаментозного лечения были использованы дезагреганты, статины, спазмолитики, препараты улучшающие микроциркуляцию и трофику

¹Minaeva N.K. Returns of elderly and old-age patients and possibilities treatment low-limb arteries diseases in Komi Republic.

тканей, простагландины, прямые и непрямые антикоагулянты. Статистически значимой разницы в получении лекарственной терапии у малоимущих и обеспеченных граждан пожилого и старческого возраста не выявлено. Малоимущие геронтологические пациенты в РК пользуются льготным лекарственным обеспечением. Сеансы физиотерапевтического лечения включали УВЧ, СВЧ, магнито- и лазеротерапию, электрофорез. В условиях кардиологического диспансера больные получали ГБО, плазмаферез. Операции выполнены 120 больным молодого возраста (60%) и 113 геронтологическим больным (39,5%). Причем, пожилым людям с низкими доходами выполнено больше операций – 76 пациентам из 203 (37,4%) против 37 пациентов с достаточными доходами (18,2%).

Выводы. Пациенты старшего возраста с ЗАНК в РК получают достаточный объем медикаментозного, физиотерапевтического, оперативного лечения вне зависимости от личных доходов.

Литература:

1. Лабунская В. И. Доклад. Социально-геронтологическая политика в современном обществе. URL: <http://rud.exdat.com/docs/index-640060.html> (дата обращения 14.09.2013).

Ключевые слова: заболевания артерий нижних конечностей, пожилые и престарелые, доходы.

Key words: low-limb arteries diseases, elderly and old-age patients, returns.

УДК [316.622]: [316.728]

Е.В. Одинцова

СОЦИОКУЛЬТУРНАЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ¹

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Центр медицинской профилактики», Астрахань, Россия,
ekaterina_35@mail.ru*

Радикальные социальные трансформации, происходящие в современном мире, способствовали усилению негативного воздействия средовых факторов

¹Odintsova E.V. Socio-cultural and psychological evaluation of yang helth.

на здоровье общества. Социокультурная динамика постсоветского пространства, существенно изменившая ценностные ориентации россиян, в том числе молодежи, модели их поведения и образ жизни, актуализировала широкий спектр вопросов, связанных с культурой здоровья, способами его оценки и сохранения, что в целом рассматривается в концептуальных рамках здорового образа жизни (ЗОЖ).

В советском государстве понимание ЗОЖ было связано с активизацией деятельности по поддержанию социалистического порядка, что крайне ограничивало аналитические подходы к данному феномену. В рамках медицины оценивались, как правило, степень увлечения молодых людей спортом, с одной стороны, а с другой - степень злоупотребления курением и алкоголем и способы преодоления этих нравственных пороков, противоречащих идеалам развитого социализма. Отсутствие научного интереса к социально-психологическим факторам, выступающим частью общей культуры населения, в том числе и культуры здоровья, также исходило из идеологии тоталитарного общества, исключавшего наличие социально-психологических проблем в советском государстве.

Изменения, произошедшие в сознании и образе жизни современных граждан, особенно молодых поколений, сняли идеологические запреты на научные подходы к пониманию ЗОЖ, обозначив приоритетную роль социально-психологических механизмов в конструировании общекультурных моделей поведения и способах сохранения здоровья. Зависимость общего самочувствия молодежи от социокультурной среды и условий жизнедеятельности становится важнейшим показателем общественного благополучия и требует широкого осмысления с позиций не только медицины, но и социологии, психологии, культуры.

Центром медицинской профилактики г. Астрахани в период с апреля по май 2012г. методом анкетирования было проведено пилотажное исследование, целью которого стала оценка социально-психологического здоровья молодежи и влияния на него средовых факторов. Выборочную совокупность составили лица в возрасте от 13 до 18 лет, проживающие в г. Астрахани общим числом 149 человек. Задачи исследования были ориентированы на оценку общего самочувствия, психологического микроклимата в семье, степени внутрисемейной привязанности, дружеских предпочтений, способов решения конфликтов, авторитета со стороны окружающих, ценностных ориентаций и образа жизни, вы-

ступающих как совокупность средовых и внутренних характеристик социально-психологического благополучия.

Семья как первичная социальная группа даже в условиях всеобщего духовного кризиса и распада системы нравственных ценностей остается перво-степенным звеном в социализации личности и обеспечении психологического комфорта молодых людей. Психологический микроклимат в семьях респондентов оценивается как благополучный: взаимоотношения между членами семьи очень хорошие имеют место в 41,6% случаев, хорошие – в 47,7% случаев, не очень хорошие - в 10,7% случаев, и вовсе нет тех респондентов, в семьях кото-рые складываются плохие отношения.

В то же время, несмотря на достаточно высокие показатели благоприят-ных внутрисемейных связей, конфликты остаются естественным и неизбежным компонентом жизни любых социальных групп, что определяет целесообраз-ность анализа причин семейных противоречий. Наиболее распространенной причиной является непонимание членами семьи друг друга, ее отмечают 51% опрошенных. Второстепенные позиции занимают нежелание участвовать в се-мейных делах и заботах (13,0%), а также факторы, выступающие результатом низкой культуры поведения, - неуважение, грубость, неверность (11,2%). На последних местах в рейтинге конфликтогенных причин расположились разно-гласие в вопросах воспитания детей (3,7%) и злоупотребление алкоголем (1,9%).

В условиях интенсивного развития общественных взаимодействий не ме-нее значимой, чем семья, становится вторичная социальная группа. Школа вы-ступает той социальной средой, где происходит активный процесс социализа-ции, интеграции подростка в жизненное пространство, формируются социаль-ные связи, необходимые для последующей реализации жизненных целей моло-дых людей. Однако отношение учащихся к школе показало наличие достаточно высокой скрытой и явной неудовлетворенности. Не вполне положительно от-зываются о школе 36,2% респондентов и открыто выражают негативное отно-шение к ней 7,4%, что составляет почти половину выборочной совокупности - 43,6%. Респондентов, выразивших положительное отношение к школе, оказа-лось не многим больше - 56,4%. Такое соотношение мнений позволяет предпо-ложить, что именно коллективные условия деятельности становятся лидирую-щими в развитии социально-психологического дискомфорта.

Степень сплоченности молодого человека с социальной средой характе-

ризует наличие или отсутствие у него скрытых психологических проблем или так называемых «комплексов» (стеснительности, некоммуникабельности, нерешительности, и др.), которые нередко формируют личность «изгоя» коллектива. Латентные психологические дисфункции определяются через выбор личностью друзей не только по интересам, но и по возрасту. Общение с ровесниками является наиболее адекватным показателем психологического равновесия. Оно имеет место у почти половины опрошенных – 47,7%. Определенную тревогу вызывает перевес (хотя и незначительный) лиц, предпочитающих иной возрастной круг общения – 52,2%. Среди них стремление к молодым людям старше себя свойственно 39% (скрытая потребность в защите, покровительстве и самоутверждении), младше себя – 12,5% (стремление к лидерству, которое человек не находит среди сверстников). Есть и те, кто не имеет друзей, хотя их количество невелико – 0,8%. Эти показатели обнаруживают потенциальные психологические дисфункции и предрасположенность части молодых людей к социальным проблемам.

Показателем социально-психологического здоровья является способность личности противостоять конфликтным ситуациям и находить способы их разрешения. Гендерные отличия позволяют предположить наличие у юношей и девушек различных подходов к урегулированию разногласий. Исследование показало, что, несмотря на специфические формы поведения, свойственные представителям различных гендерных групп, в качестве основополагающих механизмов выхода из конфликтной ситуации юноши и девушки практически в равной мере предпочитают самые цивилизованные методы – решение конфликта миром (юноши – 72,7%, девушки – 68%) и нахождением компромисса (юноши – 15,2%, девушки – 13,3%). Стремление к мирным способам урегулирования противоречий свидетельствует о достаточно крепких нравственных основаниях подсознания молодых людей. В то же время есть и существенные отличия в решении обозначенного вопроса. Так, юноши используют лишь три модели выхода из конфликта: помимо выше названных способов «мира» и «компромисса» они признают только драку – 12,1%. Гибкость женского ума расширяет диапазон возможностей такими способами, как вмешательство лидера – 2,3%, вмешательство взрослого – 3,1%, а некоторые девушки не против и подраться – 4,7%. Хотя в целом, как видно из цифровых соотношений, такие способы не являются популярными среди молодежи.

Одной из важнейших характеристик, дающих представление о смысловых ориентациях респондентов и, тем самым, о месте здоровья в их жизни, выступают показатели их ценностных предпочтений. Анализ продемонстрировал высокий уровень притязаний к высшим социальным и биологическим благам, какими является семья (33,2) и здоровье (22,8%). Непопулярность таких ценностей как карьера (11,3%), работа или учеба (7,8%), веселая жизнь (9,7%) и материальное благополучие (6,4%) свидетельствует о наличии положительных потенциальных нравственных и духовных ресурсов, несмотря на то, что альтруизм, стремление помогать людям (6,4%), друзья (0,5%), любимый человек (0,8%) пока еще не нашли достойного места среди базовых ценностей. Примечательно, что Интернет как ценность занял свое место в этом же ряду (1,1%).

В то же время значимость здоровья в жизни молодых людей определяется не только мировоззренческими установками, выступающими в форме теоретических взглядов и оценок. Важнейшим критерием являются практические навыки и способы, используемые для укрепления здоровья. В этой области предпочтения юношей и девушек оказались едиными и заметно ограниченными в своем разнообразии. В обеих гендерных группах наиболее распространенными способами поддержания здоровья являются занятия спортом (у юношей – 34,3%, у девушек – 20,1%) и отказ от вредных привычек (19,8% и 27,3% соответственно) с той лишь разницей, что у юношей на первом месте стоит спорт, а у девушек - отказ от вредных привычек. Показатели санитарно-гигиенических норм, которых пытаются придерживаться респонденты, к сожалению, не столь высоки, как того требует культура здоровья. Среди девушек их поддерживает 24,2%, среди юношей – 16,8%. Среди опрошенных очень мало тех, кто уделяет внимание полноценному питанию (12,3% и 9,2%) и соблюдению режима дня (7,8% и 4,5%). И к самым непредпочтительным методам оздоровления относятся закаливание – 0% и 0,2%, езда на велосипеде – 0,3% - 0,2%, прием витаминов – 0% - 0,2%, в то время как ничего не делают для поддержания здоровья 8,7% юношей и 13,9% девушек.

Следует предположить, что не очень высокая практическая активность молодежи, направленная на поддержание собственного физического, психологического и социального здоровья, обусловлена не столько отсутствием потребности в этом, сколько отсутствием необходимой информации и пропаганды здорового образа жизни, неэффективностью профилактической и воспита-

тельной деятельности лечебных и образовательных учреждений. Несмотря на достаточно большой временной интервал, отделяющий современных россиян от эпохи социализма, восприятие ЗОЖ по-прежнему ассоциируется с занятиями спортом и борьбой с вредными привычками, то есть остается не только традиционным, но и глубоко старомодным, не учитывающим современные требования и множество новых рискогенных условий. Данные выводы подтверждаются тем, что основная часть респондентов (95,4% юношей и 97% девушек) практически не располагает знаниями о ЗОЖ и, следовательно, не имеют возможности использовать широчайший спектр доступных методов для поддержания здоровья.

Таким образом, изучение социально-психологического здоровья молодежи привело к неоднозначным выводам о его состоянии и факторах, определяющих его качество. Благоприятными средовыми факторами выступают: а) прочные внутрисемейные связи и отношения, способствующие укреплению психического здоровья молодых людей; б) позитивные ценностные ориентации, признающие семью и здоровье важнейшими личными и социальными благами; в) стремление респондентов к гармоничным отношениям с окружающими. В систему негативных внешних и внутренних факторов, следует отнести: а) наличие скрытых психологических дисфункций, б) не вполне благоприятные условия школьной социализации, а также в) явный дефицит информационных, педагогических, образовательных программ, направленных на формирование культуры здоровья, особенно востребованных в условиях социально-психологических, экологических, техногенных и иных перегрузок и рисков.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, социальное поведение, социология культуры, социология повседневной жизни, здоровье молодежи.

Key word: healthy lifestyle, social behavior, culture sociology, sociology of an everyday life, youth health.

**РИСКОВАННОЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА ЗАРАЖЕНИЯ ИППП
НА ПРИМЕРЕ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА И СИФИЛИСА¹**

*Санкт-Петербургский государственный университет, кафедра психиатрии
и наркологии, petrova_nn@mail.ru*

Одним из факторов риска заражения инфекциями передающимися половым путём является рискованное поведение, которое включает в себя экстремальный спорт, рискованную езду на мотоцикле, беспорядочные половые связи, употребление психоактивных веществ [1]. Также к рискованному поведению некоторые авторы относят курение, употребление алкоголя и, реже, чрезмерную занятость на работе, повышенные функциональные и психические нагрузки, приводящие к развитию соматических и психических заболеваний. [2] Рискованное поведение может быть следствием нарушения адаптации к стрессовой ситуации и проявиться повышением сексуальной активности [3]. Рискованное поведение также является фактором, способствующим нарушению режима лечения, приёма лекарств [4].

Материал и методы. Обследовано 30 пациентов мужского пола с верифицированным урогенитальным хламидиозом в возрасте от 25 до 54 лет (средний возраст $37,40 \pm 8,65$ лет) – 1 группа, и 20 пациентов женского пола с верифицированным диагнозом сифилиса в возрасте от 20 до 55 лет (средний возраст $34,55 \pm 8,79$ года) – 2 группа; ранее за психиатрической помощью не обращавшихся. Использовали клинический метод.

Результаты. У 67% обследованных больных 1 группы и 65% больных 2 группы была выявлена склонность к рискованному поведению в виде увлечения опасными видами спорта, регулярного превышения скорости на дороге, эпизодов агрессии в детском и юношеском возрасте. Более трети (37%) пациентов 1 группы и 30% пациентов 2 группы подтвердили употребление психоактивных веществ в прошлом (в 1 группе во всех наблюдениях имело место употребление каннабиноидов; во 2 группе во всех случаях было зафиксировано по-

¹Petrova N.N., Chumakov E.M. Risk behavior as a risk factor for STIs in patients with urogenital chlamydial infection and syphilis.

лиаддиктивное поведение). Во 2 группе у 15% больных была выявлена зависимость от опиоидов, а у 20% зависимость от алкоголя, 20% употребляли амфетамины и 10% - каннабиноиды. Наличие зависимости от наркотиков, алкоголя в 1 группе не было выявлено ни в одном случае. У 67% пациентов 1 группы и 60% 2 группы была установлена никотиновая зависимость. О беспорядочных половых связях сообщили 23% мужчин и 40% женщин, при этом 13% 1 группы и 30% 2 группы сообщили, что совершали их в состоянии наркотического или алкогольного опьянения.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о значительной частоте лиц с рискованным поведением среди больных урогенитальной хламидийной инфекцией (67%) и сифилисом (65%). При этом рискованное поведение у больных сифилисом выражено сильнее, о чём свидетельствует высокий уровень наркотизации больных и более высокая частота беспорядочных половых связей. Подтверждена большая роль рискованного поведения в заражении урогенитальным хламидиозом и сифилисом.

Литература:

1. Michel G. Clinique et recherches sur les conduites à risques chez l'adolescent / G. Michael // *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. – 2006. – V. 54. №1. – P. 62-76.
2. Шаболтас А.В. Рискованное поведение // *Психология: учебник*. М., 2004. С. 502-505.
3. Свядош А.М. Женская сексопатология // М., 1988. 176 с.
4. Тулупьева Т.В. Модели ВИЧ-рискованного поведения в контексте психологической защиты и адаптации / Т.В. Тулупьева [и др.] // *Вестник СПбГУ*. – 2010. – Сер. 12, вып. 1. – С. 108-116.

Ключевые слова: рискованное поведение, сифилис, урогенитальный хламидиоз, ИППП.

Key words: risk behavior, syphilis, urogenital chlamydial infection, STD.

ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ КАПИТАЛ И АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ¹

*Санкт-Петербургский государственный университет,
социологический факультет*

В современном обществе такие ресурсы как социальный капитал и общественное здоровье тесно связаны и представляют собой взаимозависимые переменные. Корреляция эта может прослеживаться во многих ипостасях. По естественным биологическим причинам здоровье человечества как таковое неизменно снижается, сказывается экология и генетический груз, грубо говоря, организм *homo sapiens* в его первичном смысле совершает некую регрессию, а её приходится восполнять значимыми социальными качествами. Иными словами, люди в обществах современного типа, начиная со старта процесса урбанизации, как ни парадоксально, становятся всё менее защищёнными от болезней самого разного характера, но живут всё более насыщено за счёт содержательного наполнения социальной жизни. Возрастает цена отдельной жизни на фоне всего общества. Медицина не успевает за ростом рисков, поэтому каждый попадает под удар.

Вместо инфекционных всё чаще приходят социальные болезни, с которыми мы пока ещё не в силах справиться, да и вряд ли когда-нибудь сможем. В центре внимания оказываются, так называемые, аддикции, то есть зависимости самого различного плана. Они, соответственно, могут быть химическими и нехимическими, иметь различную силу и особенности, но все они завязаны на сходной поведенческой схеме и в контексте человеческого потенциала вызывают сдерживание и торможение его роста. Это происходит на различных уровнях: от чисто медицинских влияний на организм до духовных, а также мотивационных структур психики. Аддикция позволяет тратить собственные ресурсы впустую, не замечая этого. Неважно, что имеется в виду: расщепление этилового спирта или трата времени на компьютерные игры. Все эти механизмы призваны побороть стресс, а в итоге создают блокировку для самореализации, и целые поколения не знают куда стремиться.

¹Platonov K.A. Human capital and addictive behavior.

Актуальные исследования ВЦИОМ показывают, что 37% россиян считают, что у них есть какие-либо зависимости. Также 22% признают, что зависят от Интернета, в котором проводят слишком много времени, 18 % говорят о пагубной аддикции относительно курения [3,4]. Этот факт не может не сказаться на качестве человеческого капитала во всех его смыслах. А.С. Скоробогатов предлагает интересную модель, в которой обосновывает, что самосохранительное поведение берёт корни из ожидаемой отдачи из человеческого капитала [2]. Данный подход исключительно уместен при рассмотрении в этом отношении современной России. Менталитет отечественного аддикта действительно строит своё поведение именно на том, что не видит разницы, например, пить или не пить. Ожидаемая вероятность пользы отказа в его голове поистине не сформирована. К сожалению, для многих регионов нашей страны аддиктивность укоренилась в культуре и передаётся как этический лейтмотив из уст в уста. Многие исследователи, в частности Ю.А.Корчагин, рассматривают категорию человеческого капитала неотрывно от представления о менталитете народа [1]. Естественно, что просто так бороться превентивными мерами или силой нужно, но недостаточно. Чтобы аддикт, что называется, проснулся и прочувствовал волю к жизни, ему нужен не кнут, а пряник, то есть яркий стимул. И именно человеческий капитал представляет собой мотивационное зерно для эффективного воздействия на общество. Для социолога важно разработать и утвердить основные критерии измерения и прогнозирования аддиктивности, поскольку на данный момент она остается одним из существенных рисков для здоровья и благополучия населения страны.

Литература:

1. Корчагин Ю.А. Российский человеческий капитал: фактор развития или деградации?: Монография. – Воронеж: ЦИРЭ, 2005. – С. 252.
2. Скоробогатов А.С. Зависимость между человеческим капиталом и самосохранительным поведением // Terra Economicus. Том 8, №4. 2010.
3. ВЦИОМ. Пресс-выпуск №2415.
<http://wciom.ru/index.php?id=459&uid=114515>.
4. ВЦИОМ. Пресс-выпуск №2055.
<http://wciom.ru/index.php?id=459&uid=112858>

Ключевые слова: человеческий капитал, аддиктивное поведение, зависимости.
Keywords: human capital, addictive behavior, dependences.

**ВЛИЯНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИТИКИ
НА ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ ПОВЕДЕНИЕ МОЛОДЕЖИ**

*Санкт-Петербургский государственный университет,
Tprospelova@mail.ru*

Демографическая ситуация в Российской Федерации остается сложной, так как, с одной стороны, проявляются последствия демографического кризиса 90-х годов, с другой, формируется широкий спектр новых тенденции демографического поведения населения, имеющих непредсказуемые пока последствия. На преодоления проблемной ситуации в области демографии ориентированы разработки различных направлений демографической и семейной политики. Однако эффективность реализации этих мероприятий в значительной мере зависит от состояния брачно-семейных ориентаций и установок молодежи и ресурсного потенциала родительской семьи.

Общеизвестна роль института семьи в качестве агента социализации и важнейшего ресурса формирования социального здоровья. По мнению Дармодехина С.В., семья выступает одним из основных факторов, влияющих на социальное здоровье человека и общества, семья оказывает решающее воздействие на развитие всей структуры межличностных взаимодействий, как в самой семье, так и за ее пределами. В свою очередь человек является первичным элементом, который создает семью, и от уровня социального здоровья человека во многом зависит устойчивость семейных отношений. Социальная структура общества базируется на устойчивых коммуникациях в рамках родства, социальных групп и социальных классов. Деформации социальных или семейных отношений и структур является мощным фактором дестабилизации общества [1].

Известно также, что в условиях динамичных и глобальных социальных трансформаций, резкого изменения условий и качества жизни, расслоения общества не только по экономическим параметрам, расширения границ информационного и социокультурного пространства, деформации социальных регуляторов, размывания понятий «норма» и «девиация» - серьезно осложняются процессы социализации, видоизменяются социализационные возможности семьи.

Изучение социального благополучия и демографического поведения молодежи является одним из аспектов программы социологических исследований «Жизненные стратегии и социальные ориентации молодежи», которая осуществляется Кафедрой социологии молодежи факультета социологии СПбГУ. Регулярные социологические опросы молодежи в рамках этой программы позволяют фиксировать уровень благополучия молодежи, а также тенденции изменений мировоззренческих позиций молодежи.

Так, по результатам исследования конца 90-х годов у 30% молодых людей отсутствовали жизненные планы, 36% имели опыт обращения к наркотикам, у 37% возникали мысли о самоубийстве. Сравнительный анализ результатов аналогичного исследования через десятилетие фиксировал более оптимистичное (35%) или спокойное (53%) отношение молодежи к будущему, хотя 12% составляли респонденты, испытывающие беспокойство и страх перед будущим, то есть социально неуверенные молодые люди. 30% опрошенных указывали на присутствие чувства одиночества, 25% ответили, что у них возникали мысли о самоубийстве. Большинство респондентов отмечает также, что у них часто (6%) или иногда (64%) возникают безвыходные ситуации, и они вынуждены обращаться за помощью к родителям (65%) или друзьям (54%) [2].

Проблемы молодежи и проблемы семьи тесно взаимосвязаны, так как образ жизни, ценностные ориентации и поведение молодежи в той или иной мере обусловлены условиями социализации, атмосферой родительской семьи, ее семейной культурой. Как показывают результаты исследований, довольно часто именно эти факторы являются источником неблагополучия, кризисов и проблем молодежи. Так, исследования проблем наркотизации молодежи, в том числе по проекту ЕСAD – Европейские города против наркотиков), обнаружили, что экономическое и, особенно, психологическое неблагополучие семьи значительно увеличивают риск аддиктивного поведения и снижают возможности обращения молодежи за помощью к родителям [3].

С другой стороны, образ жизни молодежи, стиль брачно-семейного и сексуального поведения, семейный статус молодежи, не являются изолированными, а в значительной мере определяют состояние демографической структуры расширенной семьи, перспективы ее развития, характер задач и проблем, которые ей приходится решать.

В понятие «благополучие» психологи включают такие компоненты, как: вовлеченность в осмысленную деятельность, востребованность, позитивные

эмоции и взаимоотношения, достижения. Представитель позитивной психологии М. Селигман подчеркивает, что для полного благополучия необходим баланс внешних успехов и внутренней гармонии и называет такое состояние процветанием [4].

Исследования психологов показывают также, что, несмотря на то, что культурные стандарты идеального образа семьи достаточно размыты и вариативны, - сохранение позитивного образа семьи, содержащего такие обязательные инвариантные пункты как: полнота семьи, моногамность, психологические параметров - доверие, взаимопонимание и забота - создает и закрепляет основополагающий концепт жизни подростков, защищает от девиаций, которые возникают в случае его отсутствия [5].

Результаты проведенного в текущем году опроса свидетельствуют о высокой значимости семьи в структуре ценностных ориентаций молодежи. Создание семьи занимает одну из ведущих позиций в структуре жизненных планов молодежи наряду с получением образования и поиском привлекательной работы, причем структуры жизненных планов юношей и девушек отличаются незначительно. Зарегистрированный брак, полная семья с несколькими детьми составляют общий план социальных ориентаций молодежи. Большинство респондентов достаточно информированы о мерах государственной поддержки семьи. Определенная часть респондентов готова воспользоваться льготными условиями при предоставлении кредитов на покупку жилья и получением пособий при рождении детей.

Ресурсный потенциал семьи складывается из различных источников. Согласно данным опроса только на свои силы и самостоятельное решение своих проблем рассчитывает примерно четвертая часть респондентов, большинство надеется на свои отношения и помощь членов семьи и родственников, а также друзей и знакомых. Незначительная доля респондентов ориентируется на помощь своей организации, государства и религиозной общины.

Результаты проведенного опроса отражают не только процессы самоопределения молодежи в сфере брачно-семейных отношений, но и фиксируют отношение молодежи к актуальным тенденциям, которые наблюдаются в общественной жизни. Молодежь поддерживает гендерное равенство, одобряет повышение престижа семьи в обществе, практику усыновления детей, популяризацию многодетных семей. Альтернативные формы семейных отношений (однополый брак, материнская семья) одобряет незначительная доля респон-

дентов.

Опрос молодых родителей показал, что большинство опрошенных молодых родителей считают, что демографическая политика незначительно влияет на их жизненные стратегии и поведение и хотели бы самостоятельно решать свои проблемы. Но в нынешних экономических условиях это практически невозможно, поэтому приходится рассчитывать на помощь государства. При этом трудностей, с которыми сталкиваются молодые родители довольно много: жилищные проблемы, устройство ребенка в детский сад, медицинское обслуживание.

Уровень информированности молодых родителей о возможностях получения помощи обусловлен финансовым положением семьи. Обеспеченные родители этими возможностями не интересуются. Среднеобеспеченные родители хорошо владеют ситуацией и пользуются всеми предоставляемыми возможностями.

Несмотря на определенные трудности – большинство молодых родителей планирует увеличение семьи и рождение следующих детей, но конкретные ситуации молодых семей очень разнообразны, поэтому необходима, их дифференциация, выделение отдельных категорий и усиление адресной социальной помощи.

Литература:

1. Дармодехин С.В. Государственная семейная политика: проблемы теории и практики. М., 1998.
2. Молодежь и социальное здоровье. СПб., 2006.
3. Ежегодный альманах «Молодежная галактика». 2008. N 4.
4. Селигман М. В поисках счастья. М., 2010.
5. Круглова Н.А. Трансляция образа идеальной семьи как условие преодоления экзистенциальной Фрустрации / Проблемы смысла в науках о человеке. М., 2005.

ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ СЕЛЬСКИМИ ЖИТЕЛЯМИ БЕЛАРУСИ

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь;
Псковский государственный университет, Россия.
razvodovsky@tut.by, lobankov1959@mail.ru*

В Беларуси, России и в других бывших Советских республиках, злоупотребление алкоголем является серьезной медико-социальной проблемой. Несмотря на ее актуальность, данные относительно распространенности потребления алкоголя, стиля и мотивов его потребления остаются фрагментарными. Вместе с тем, знание социально-эпидемиологических коррелятов этого феномена является необходимым условием разработки стратегии профилактики. Целью настоящего исследования было в какой-то мере восполнить этот дефицит посредством изучения распространенности потребления алкоголя среди сельского населения Беларуси. Методы: В исследовании принимали участие 502 респондента (253 мужчин и 249 женщин) в возрасте от 18 до 78 лет, проживающих в сельских населенных пунктах Гродненской области Беларуси. Методом структурированного интервью были изучены социально-демографические характеристики респондентов, уровень, структура и характер потребления алкогольных напитков. Результаты: Согласно результатам настоящего исследования 3,4% мужчин и 4,1% женщин практически не употребляют алкоголь, т.е. являются абстинентами, в то время как 63,4% мужчин и 40,2% женщин употребляют алкоголь несколько раз в неделю. При этом 14% мужчин и 6,9% женщин употребляют алкоголь ежедневно. Полученные данные говорят о том, что наиболее популярным алкогольным напитком у мужчин является водка, в то время как женщины предпочитают винные напитки. Согласно результатам настоящего исследования совокупный уровень потребления алкоголя на душу населения в год (в пересчете на абсолютный алкоголь) составил 21,4 л для мужчин и 11,6 литра для женщин. Согласно результатам опроса в течение одной выпивки употребляют 150-300 мл водки 35,9% мужчин и 22,2% женщин, от 300 до 500 мл водки употребляют 26,9% мужчин и 13,9% мужчин, а 16% мужчин употребляют более 500 мл водки. Это значит, что многие мужчины и женщины

употребляют алкоголь в дозах, значительно превышающих пороговый уровень, и имеют высокий риск сердечно-сосудистой и насильственной смертности. В нашем исследовании утрату количественного контроля признали 45,5% мужчин и 13,9% женщин, в то время как наличие похмельного синдрома признали 57,0% мужчин и 29,2% женщин. Основываясь на полученных данных можно говорить о том, что значительная часть сельских мужчин и женщин имеют признаки алкогольной зависимости, что обуславливает необходимость проведения мероприятий по ранней диагностике и лечению данного заболевания. Самогон также является традиционно востребованным крепким алкогольным напитком, который периодически (по крайней мере, один раз в месяц) употребляют 79,5% мужчин и 40,8% женщин.

Заключение. Таким образом, результаты настоящего исследования говорят о существовании проблемы злоупотребления алкоголя и его суррогатов среди сельских жителей Беларуси. Полученные данные ориентировочно могут быть экстраполированы на сельское население России, они обуславливают необходимость разработки и реализации комплекса мероприятий, направленных на повышение культуры потребления алкоголя, ограничение доступности суррогатов и низкосортного алкоголя, а также снижения на них спроса.

УДК: 616.89-008.44

Ю.Е. Разводовский

АЛКОГОЛЬНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ В СТРУКТУРЕ СМЕРТНОСТИ В БЕЛАРУСИ

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь.

razvodovsky@tut.by

Введение: Алкоголь стал одним из наиболее серьезных факторов риска для здоровья в странах бывшего Советского Союза. Несмотря на высокий показатель связанной с алкоголем смертности в Беларуси, надежные оценки уровня алкогольных потерь отсутствуют. Одним из интегральных показателей, используемых с целью оценки масштаба ущерба, причиняемого злоупотреблением алкоголя, является фракция алкогольной смертности (ФАС). ФАС определяется как пропорция связанной с алкоголем смертности в структуре общей смертности, которой удалось бы избежать в гипотетической ситуации, когда уровень

потребления алкоголя был бы равен нулю. Целью настоящей работы была оценка ФАС в структуре смертности от различных причин в Беларуси на основании анализа временных серий уровня смертности и общего уровня потребления алкоголя. Методы: Используются стандартизированные коэффициенты смертности от различных причин за период с 1980 по 2005 гг. Метод АРПСС (авторегрессии - проинтегрированного скользящего среднего) использовался в настоящей работе с целью оценки степени связи между общим уровнем потребления алкоголя (независимая переменная) и уровнем смертности (зависимая переменная). Результаты анализа временных серий говорят о том, что уровень потребления алкоголя статистически значимо связан с уровнем смертности от различных причин. Согласно полученным коэффициентам регрессии увеличение общего уровня потребления алкоголя на 1 литр сопровождается ростом уровня общей смертности на 2,1%, уровня сердечно-сосудистой смертности на 1,6%, уровня смертности от внешних причин на 5,9%, уровня смертности в результате травм и несчастных случаев на 4,6%, уровня убийств на 6,5%, уровня самоубийств на 6,6%, уровня острых алкогольных отравлений на 10,7%, уровня смертности от цирроза печени на 4,2%, уровня смертности от панкреатита на 5,5%. В Беларуси ФАС составляет 24,8% от уровня общей смертности, 19,6% от уровня сердечно-сосудистой смертности, 55,2% от уровня насильственной смертности, 46,5% от уровня смертности в результате травм и несчастных случаев, 58,7% от уровня убийств, 59,2% от уровня самоубийств и 43,5% от уровня смертности от цирроза печени. Выводы: Таким образом, результаты настоящего исследования свидетельствуют о существовании тесной связи между алкоголем и смертностью от различных причин на популяционном уровне. Более того, представленные данные говорят в пользу того, что алкоголь является главным виновником высокого уровня преждевременной смертности в Беларуси. Преждевременная смертность по вине алкоголя тяжелым бременем моральных и материальных потерь ложится на плечи государства. За сухими цифрами статистических расчетов стоят тысячи потерянных по вине алкоголя человеческих жизней. Имеются веские основания утверждать, что эти жертвы потенциально предотвратимы при условии реализации комплексной государственной алкогольной политики.

**ОБОСНОВАНИЕ И РАЗРАБОТКА ПРОЕКТА ПО ОЗДОРОВЛЕНИЮ ДЕТЕЙ,
ПОДРОСТКОВ И СЕМЕЙНЫХ ПАР В РОССИИ И СТРАНАХ СНГ¹**

Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И.Мечникова, Санкт-Петербург, Россия, s.rishchuk@mail.ru.

В настоящее время в России сформировалась тревожная демографическая ситуация. Одна из существенных причин нарастающего сокращения населения – увеличение количества бесплодных семейных пар, которое в некоторых регионах России уже превысило 19%. При этом удельный вес мужского бесплодия неуклонно растёт и уже приближается к 60% [1-3].

Особое беспокойство вызывает увеличение детской заболеваемости и ухудшение состояния здоровья призывников. Общая заболеваемость детей и подростков до 17 лет в РФ ежегодно увеличивается на 5-6%. Причём доля хронической патологии в структуре заболеваний у детей в настоящее время достигает 30-32%. По данным официальной статистики около 40% детей уже рождаются с различной патологией, а к окончанию обучения в школе здоровых остаётся не более 10%. В связи с этим около 30% призывников получают отсрочки по состоянию здоровья, а половина из призванных имеют ограничения для несения службы в режимных частях. Имеются многочисленные данные о том, что около 60% заболеваний детского и подросткового возраста (в т.ч. андрологических - варикоцеле, криптохизм, гипогонадизм, своевременно некорректируемая задержка полового развития) могут представлять угрозу фертильности или напрямую приводить к бесплодию. Именно поэтому ухудшение репродуктивного здоровья детей и подростков вызывает особую тревогу. Только за последние 5 лет в РФ выявленная гинекологическая и андрологическая патология среди детей всех возрастов увеличилась на 30-50%. [2-4]. Возникает замкнутый круг: «больные дети – больная молодежь – больные родители – больные дети». Трудно ожидать, что от больных родителей родится здоровый ребенок [5].

По результатам активных осмотров 170 000 детей и подростков уровень

¹S. V. Rishchuk, N. A. Tatarova, V. E. Mirskij. Justification and development of the project of rehabilitation of children, adolescents and families in Russia and the CIS

андрологической патологии ещё в 2002-4 г.г. у мальчиков и юношей Великого Новгорода составил 454,8⁰/₀₀, Барнаула - 448,9⁰/₀₀, в Новгородской области - 283⁰/₀₀, в Санкт-Петербурге - 153,1⁰/₀₀. По данным осмотров 2009-11 г.г., только во Фрунзенском районе г. Санкт-Петербурга частота андрологической патологии за 10 лет увеличилась в 4 раза. Представленный материал подтверждает связь между ухудшением репродуктивного здоровья семейных пар и ухудшением соматического и репродуктивного здоровья у детей и подростков. Причиной многих уроандрологических заболеваний является воздействие неблагоприятных факторов (в т.ч. инфекционных, эндокринных, ятрогенных) во время вынашивания плода[4].

Детская заболеваемость в первую очередь напрямую зависит от состояния здоровья самих беременных женщин, течения беременности, а главное – от подготовки семейных пар к реализации детородной функции. Несмотря на обилие нормативных документов, наличие гинекологов, урологов и педиатров в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) практического здравоохранения, – количество бесплодных пар, осложнений в родах и детей с выявленной патологией неуклонно растёт. На наш взгляд, существующая в настоящее время расстановка сил в системе практического здравоохранения не обеспечивает устранения этой важной государственной проблемы.

В качестве меры увеличения рождаемости широкомасштабно реализуется идея искусственного оплодотворения. Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) являются одним из вариантов воспроизводства населения. По данным Европейской ассоциации репродуктологов в Европе на сегодняшний день проводят более 290 000 циклов ВРТ в год, в США - более 110 000 циклов, в России – более 10 000 в год. Количество живорождённых детей в соотношении с количеством перенесенных эмбрионов (эффективность ВРТ) в Европе не превышает в среднем 25,5% [1] и зависит от многих факторов в т.ч. и от возраста беременной женщины. Беременность, наступившая в результате ВРТ, относится к группе высокого риска, а сами методы можно назвать «методами отчаяния». Необходимо задуматься над тем, что большинство причин, вынуждающих проводить ВРТ, остаются и нередко в последующем мешают нормальному развитию беременности после ВРТ. Не исключено появление у детей после рождения различных соматических и психических нарушений в будущем.

Имеются официальные данные о том, что у 75% детей, рождённых в результате ВРТ, имеются те или иные отклонения в их состоянии здоровья. Это

намного больше, чем у детей, рождённых без применения ВРТ. Доказано, что достоверно чаще у детей, рождённых в результате их применения, формируются врожденные аномалии и пороки развития (преимущественно сердечно-сосудистой и костно-мышечной систем), муковисцидоз, двустороннее отсутствие vas deferens и микроделеция Y-хромосомы, наследственные синдромы Ангельмана, Хангарта, лиссэнцефалии, Беквита-Видеманна, гиперинсулинемическая гипогликемия. У данного контингента наблюдается задержка внутриутробного развития в 29,3% случаев, асфиксия при рождении - в 90,5%, неврологические изменения - в 53,6%, морфофункциональная незрелость, анте- и интранатальная гипоксия, перинатальное поражение ЦНС - у 87,5%, психические расстройства (аутизм, умственная отсталость, нарушения поведения), а также неврологические нарушения (детский церебральный паралич). Намного чаще возникают зрительные нарушения, часть из которых обусловлена недоразвитием оболочек глаз, другая – гипоксическим поражением ЦНС и дисплазией головного мозга в проекции проводящих путей зрительного анализатора [4,6]. По данным Klemetti R. и соавторов [7], при применении репродуктивных технологий высока частота многоплодной беременности (у 35,7%), рождения маловесных новорожденных, что сказывается на развитии детей, требующих высокотехнологичной перинатальной помощи и повторных госпитализаций. Дети, зачатые путем ВРТ, требуют многолетнего наблюдения и применения различных видов скрининга для выявления врождённой патологии. Беременность, полученная в результате ВРТ, характеризуется частыми невынашиванием и преждевременными родами.

Первые исследования, проведенные в нашей стране в начале 1990-х годов В.О. Бахтияровой [8], показали, что наиболее часто встречающимися расстройствами у данной группы детей являются задержка внутриутробного развития (в 29,3% случаев), асфиксия при рождении (в 90,5%) и неврологические изменения (в 53,6%). В.О. Атласов и соавторы [9] показали, что состояние здоровья новорожденных после ЭКО отличается от общепопуляционных показателей. Так, при рождении наблюдаются недоношенность в 24,6%, малый вес (менее 1500 г) – в 6,2%, легкая асфиксия – в 4,3% случаев. Общая заболеваемость обусловлена в основном задержкой внутриутробного развития, синдромом дыхательных расстройств, постгипоксическими состояниями, патологической гипербилирубинемией и врожденными пороками развития и более чем в 4 раза превышает общую заболеваемость детей, зачатых в естественном цикле. При этом в каче-

стве особенностей течения беременности и родов после экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) авторы отмечают возраст женщин 31-35 лет, многоплодие (у 31,6% случаев), осложненное течение беременности (в 96,5%) в виде угрозы прерывания (у 49,1%) и преждевременных родов. Преждевременные роды возникают у 22,7% женщин, а способом родоразрешения у 84% пациенток является операция кесарева сечения (плановое преобладает над экстренным).

В структуре заболеваемости у детей после ЭКО в течение первых трех лет жизни ведущими были болезни органов дыхания (у 90,6%), болезни органов пищеварения (у 50,1%), заболевания кожи и подкожной клетчатки (у 49,2%), болезни крови (у 35%) [10]. По данным Лысенко А.В. и соавторов [11] в структуре заболеваний новорожденных после применения ВРТ преобладали поражение центральной нервной системы – в 59,4% случаев, малые аномалии развития органов и систем – в 71,1%, задержка внутриутробного развития 2-3 ст. – в 15,4%, врожденные пороки развития, в числе которых основными являются пороки сердца – в 6,3%. Кроме того, было замечено, что среди причин бесплодия у женщин из группы ЭКО превалировал трубно-перитонеальный фактор – у 45% случаев, менее частым был эндокринный – у 23,6%, мужской фактор встречался в 14,7%.

По данным отделения репродуктивной эндокринологии университета Пенсильвании (Филадельфия, Пенсильвания, США) не вызывает сомнения связь между ЭКО и низким весом при рождении, преждевременными родами, отслойкой плаценты, преэклампсией, врожденными аномалиями, перинатальной смертностью, риском врожденных и хромосомных аномалий [12].

Таким образом, существующая в настоящее время система преодоления демографического кризиса с широким применением ВРТ не улучшает состояние здоровья подрастающего поколения и, в свою очередь, негативно влияет на состояние общего и репродуктивного здоровья новорожденных и детей.

В связи с этим нами были разработаны **оптимизированные диагностические и лечебные подходы, которые использовались для обследования 1626 пациентов (1026 мужчин и 600 женщин), 1056 из которых составили 528 половые пары с различными заболеваниями репродуктивной системы. Из данной совокупности пар 350 были бесплодны; причём доля мужского бесплодия составила 45%, женского – 40%, сочетанного – 15%; остальные 178 пар обратились с целью подготовки к беременности.**

Заслуживают внимание следующие полученные результаты [13]. Уровень репродуктивно значимой инфекционной патологии в различных сочетаниях (хламидийной, микоуреаплазменной и трихомонадной) имел высокие цифры и не отличался в группе пар с бесплодием и в группе подготовки к зачатию – 78% и 77% соответственно; это может свидетельствовать о появлении предпосылок к формированию бесплодия у молодых людей ещё до формирования их брачных отношений.

Уровень эндокринной патологии у женщин составил 33,8% и 23,3% соответственно у бесплодных пар и в парях с подготовкой к беременности; преобладала патология щитовидной железы (аутоиммунный тиреоидит с гипотиреозом), заболевания надпочечников (скрытый адреногенитальный синдром, синдром гиперкортицизма), гиперпролактинемия и синдром поликистозных яичников.

Необходимо отметить, что реальный уровень инфекционной поражённости населения репродуктивного возраста был получен после введения в диагностические блоки импортных систем после их сопоставления с отечественными и получения неудовлетворительных результатов работы последних (преобладание количества ложно отрицательных результатов, не коррелирующих ни с одной клинической проблемой). Заслуживает внимание сопоставление ИФА с определением специфических антител к хламидиям на т/с Orgenics (Франция-Израиль), т/с Вектор-Бест (Новосибирск) и результатов ПЦР. Около 40% положительных результатов IgA (подтверждающих урогенитальную хламидийную инфекцию) на т/с Orgenics по крови не подтверждается в т/с Вектор-Бест и в ПЦР (табл. 1 и 2). Однако только положительные результаты ИФА с применением фосфатазно-щелочного конъюгата (т/с Orgenics) коррелирует с клиническими проблемами у мужчин и женщин. Всё это приводит к недооценке данной инфекции со всеми вытекающими клиническими последствиями (особенно при проведении циклов ЭКО).

Проведен анализ случаев с неудачными попытками ЭКО у 52 семейных пар, у которых до проведения ЭКО (согласно утверждённым диагностическим стандартам) инфекционно-эндокринная патология не выявилась. В результате применения оптимизированных диагностических подходов была выявлена репродуктивно значимая инфекционная патология в различных сочетаниях у 36 (69,2%) пар, из которой преобладала хламидийная (41,9%), трихомонадная (25,6%) и микоуреаплазменная (32,6%) инфекции.

Таблица 1

Сравнение результатов серологических тестов (IgG и IgA)
по хламидиозу на т/с Orgenics и Вектор Бест у мужчин

т/с Orgenics- Биоград	т/с Вектор Бест	IgG к <i>Ch.trachomatis</i>		IgA к <i>Ch.trachomatis</i>	
		N	%	N	%
+	+	20	14,29	3	2,14
+	--	39	27,86	59	42,14
--	+	0	0	1	0,71
--	--	81	57,86	77	55,00
Σ		140	100	140	100

Таблица 2

Сравнение результатов серологических тестов (IgG и IgA)
по хламидиозу на т/с Orgenics и Вектор Бест у женщин.

т/с Orgenics- Биоград	т/с Вектор Бест	IgG к <i>Ch.trachomatis</i>		IgA к <i>Ch.trachomatis</i>	
		N	%	N	%
+	+	15	20,55	4	5,56
+	--	23	31,51	29	40,28
--	+	1	1,37	0	0
--	--	34	46,58	39	54,17
Σ		73	100	72	100

У остальных 5 (9,6%) пар определилась эндокринная патология (аутоиммунный тиреоидит, скрытый аденогенитальный синдром и гиперпролактинемия в различных сочетаниях); ещё у 7 (13,5%) – сочетанная инфекционно-эндокринная патология; у остальных 4 (7,7%) причину неудач ЭКО выявить не удалось (возможно, имели место генетические дефекты, отвечающие за эмбриогенез).

Таким образом, регламентированные в нашей стране тест-системы дают значительную недооценку репродуктивно значимых половых инфекций (табл. 3), что в дальнейшем может приводить к осложнениям во время беременности и рождению больных детей.

Таблица 3

Диагностика репродуктивно значимых половых инфекций
с учётом оптимизации (на примере 353 пар) [14]

Оптимизация	Количество случаев (в %)							
	<i>Ch. trachomatis</i>		<i>M.hominis, M.genitalium</i>		<i>Ureaplasma species</i>		<i>T.vaginalis</i>	
	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж
До оптимизации	4,3	1,8	13,1	0,8	29,3	8,5	6,2	3,1
После оптимизации	48,5	50,9	17,3	11,0	50,3	24,9	26,2	39,9
p	<0,000 1	<0,000 1	--	<0,000 1	<0,000 1	<0,000 1	<0,000 1	<0,000 1

В результате проведенной комплексной терапии инфекционно-эндокринной патологии естественное зачатие в группе с бесплодием в течение 1-2 лет наступило примерно в 75% случаев с вынашиванием и рождением здорового ребёнка при доношенной беременности (имело место несколько случаев невынашивания из-за герпетической инфекции). Только 21 (6%) пара по абсолютным показаниям была направлена на вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ). Остальные пролеченные пары ушли из наблюдения специалистов, на наш взгляд, из-за отсутствия системы отслеживания с использованием стандартизованных карт. Случаи с направлением на ВРТ закончились рождением здорового ребёнка, за исключением 3-х, где было прерывание беременности на раннем сроке, причина которого осталась не выявленной (возможно генитальный герпес или генетические аномалии, отвечающие за эмбриогенез)[13].

В группе с неудачным ЭКО после комплексного лечения репродуктивной патологии в течение 1-2 лет у 44 из 52 пар (84,6%) наступило естественное зачатие; остальные 6 пар (11,5%) были направлены повторно на ЭКО по абсолютным показаниям (основные - отсутствие труб или выраженный спаечный процесс в придатках у женщины, патоспермия у мужчины как проявление гене-

тического заболевания). Большинство случаев с естественным и искусственным зачатиями закончились рождением здорового ребёнка при доношенной беременности.

Таким образом, **возникшая ситуация в РФ в репродуктивном здоровье семейных пар, детей и подростков является критической** в связи возникновением замкнутого порочного круга: «больные семейные пары – больные дети и подростки – больные семейные пары»; 2) настоящая расстановка сил в учреждениях практического здравоохранения не позволяет выйти из данной ситуации по следующим причинам:

-специалисты, имеющие прямое отношение к репродукции населения (гинекологи, урологи, эндокринологи), не обладают системой знаний по инфектологии, лабораторной диагностике и эндокринной патологии, которая должна быть использована для подготовки семейных пар к реализации репродуктивной функции; в связи с этим необходимо введение усовершенствования этих специалистов в данной области;

-отсутствует сама система подготовки семейных пар к естественному зачатию с учётом значительного увеличения в последнее время инфекционно-эндокринной и генетической патологии;

-отсутствуют эффективные стандарты подготовки семейных пар к естественному и искусственному зачатиям; нередко обилие методов обследования являются излишними и неэффективными в решении репродуктивных проблем; необходимо незамедлительное введение эффективных стандартов в амбулаторно-поликлиническое звено практического здравоохранения;

-форсирование на данном этапе искусственных технологий, как способа увеличения количества населения, является излишним, не рациональным и крайне отрицательно сказывается на качестве здоровья молодого населения – ухудшает его генофонд; отсутствие системы подготовки и тщательного отбора семейных пар на ВРТ дискредитирует его как метод лечения бесплодия;

-необходимо усовершенствование педиатров по репродуктологии для своевременного активного выявления и коррекции репродуктивных нарушений у детей и подростков с целью профилактики формирования бесплодия в будущем.

Принимая во внимание социальную значимость возрастающих репродуктивных нарушений молодёжи в Северо-Западном регионе РФ и имеющийся научно-практический опыт наших специалистов по оздоровлению детского, под-

росткового населения и молодых семейных пар в декабре 2009 года Министерству здравоохранения и социального развития РФ (Голиковой Т.А.) впервые был предложен Проект, включающий систему подготовки семейных пар к зачатию здорового ребёнка. Повторные пакеты были представлены в ноябре 2012 года в Министерство здравоохранения РФ (Скворцовой В.И. и Байбариной Е.Н.), которые также остались без ответа [15].

Проект предполагает [15,16]:

- 1) введение субспециальности «репродуктолог» в нормативные документы на базе основной специальности «акушер-гинеколог»;
- 2) подготовку врачей-репродуктологов на последипломном уровне из акушеров-гинекологов (профессиональная переподготовка или ординатура по репродуктологии);
- 3) регламентацию деятельности репродуктологов в амбулаторно-поликлинических учреждениях (АПУ) практического здравоохранения;
- 4) **введение стандартов для репродуктологов по обследованию и лечению бесплодных семейных пар и семейных пар, готовящихся к беременности;**
- 5) участие репродуктологов в диспансеризации подростков с целью своевременного выявления репродуктивных нарушений и профилактики бесплодия.

Выше представленный Проект предлагалось ввести первоначально в Северо-Западном федеральном округе, а затем (после его доработки) - в других округах Российской Федерации. Необходимо отметить, что в Великобритании и странах Евросоюза уже давно введена дополнительная специализация врачей по направлению «Репродуктивная медицина», в Австралии и США – «Репродуктивная эндокринология / бесплодие».

Предложенные меры в масштабе страны позволили бы (рис. 1):

- 1) улучшить состояние здоровья молодых семейных пар и увеличить количество зачатий естественным путём;
- 2) снизить осложнения во время беременности и после родов;
- 3) уменьшить смертность новорожденных и качественно улучшить состояние здоровья детей;
- 4) проводить более тщательный отбор и подготовку семейных пар к вспомогательным репродуктивным технологиям, повышая их эффективность, а также существенно уменьшить осложнения со стороны беременных, новорожденных и детей – как результат их применения;

5) экономить государственные средства, расходующиеся на проведение вспомогательных репродуктивных технологий, а также на лечение и содержание больных новорожденных и детей.

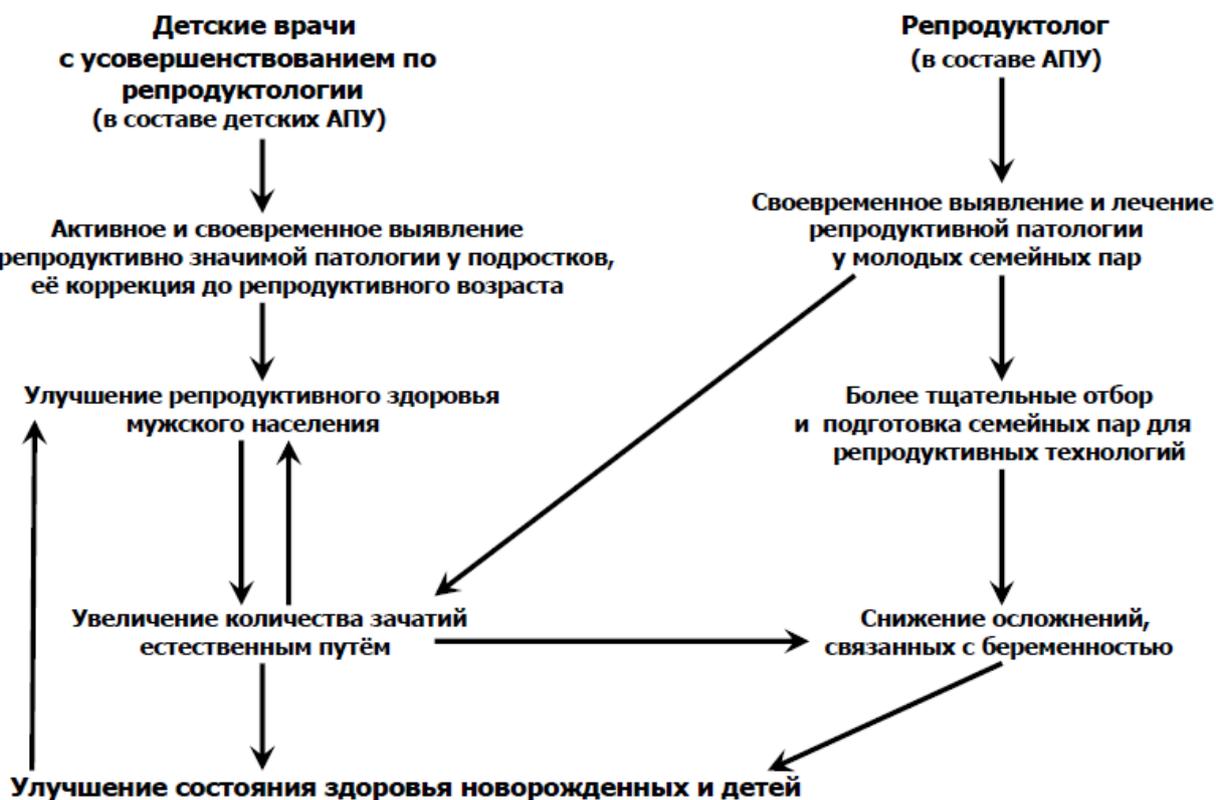


Рисунок. Результативность работы репродуктологов АПУ

Вывод. Обоснованный и разработанный Проект по оздоровлению детей, подростков и семейных пар, предполагающий введение системы подготовки пар к зачатию с участием врачей-репродуктологов амбулаторно-поликлинического звена практического здравоохранения является дееспособным и высокоэффективным. Он позволит остановить, а со временем и выйти из усугубляющейся с каждым днём критической ситуации в репродуктологии. Это подтверждается полученными результатами его применения на контингентах семейных пар.

Литература:

1. Гинекология: Национальное руководство / Под ред. В. И. Кулакова, И. Б. Манухина, Г. М. Савельевой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 1072 с.
2. Тер-Аванесов Г. В. Современные аспекты диагностики и лечения мужского

- бесплодия / В кн.: Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению/Под ред. В. И. Кулакова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.С. 275–360.
3. Здоровье подростков: Рук. для врачей/Под ред.О. В. Шараповой. СПб., 2007. С. 436.
- 4.Мирский В.Е., Рищук С.В. Заболевания репродуктивной системы у детей и подростков (андрологические аспекты): руководство для врачей. СПб.: Спец-Лит, 2012. 479 с.
5. Юрьев В. К., Куценко Г. И. Общественное здоровье и здравоохранение. СПб.: Петрополис, 2000. С. 912.
- 6.Рищук С.В., Мирский В.Е. Состояние здоровья детей и особенности течения беременности после применения вспомогательных репродуктивных технологий // TERRA MEDICA NOVA, 2010. №1. С. 34-37.
7. Klemetti R. et al.Health of children born as a result of in vitro fertilization // Pediatrics. 2006 Nov;118(5):1819-27.
8. Бахтиярова В.О. Состояние здоровья детей, родившихся в результате экстракорпорального оплодотворения и искусственного осеменения: Дисс. ... канд. мед. наук. М. 1993.
9. Атласов В.О. и др. Особенности родоразрешения и состояния новорожденных у женщин после ЭКО.
http://critical.onego.ru/conftexts/2005/akusherstvo/art10_ak_2005.htm
10. Кузнецова В.С. Состояние здоровья детей от матерей, лечившихся по поводу бесплодия: Дис. ... канд. мед.наук. Воронеж, 2005. 148с.
11. Лысенко А.В. Маркелова М.И., Судакова Н.М. Анализ факторов риска беременности и раннего неонатального периода новорожденных после вспомогательных репродуктивных технологий. // Современные научные исследования и инновации. 2013. №1. <http://web.snauka.ru/issues/2013/01/19773>
12. KalraS.K., MolinaroT.A. The association of in vitro fertilization and perinatal morbidity// Semin.Reprod.Med. 2008.Vol.26, №5.P.423-35.
13. Рищук С.В. Н.А. Татарова, В.Е. Мирский **Обоснование необходимости введения врачей-репродуктологов в систему практического здравоохранения России и других стран СНГ** / Матер. Межгосударственного форума государств – участников содружества независимых государств «Здоровье населения – основа процветания стран содружества». Москва, 2012. С.119-122.
14. Рищук С.В., Татарова Н.А., Мирский В.Е. и др. Оптимизация диагностики репродуктивно значимых инфекций у половых пар / Матер. науч.-практ. конф. с

международ. участием, посвящ. 90-летию образования Витебского областного клинического кожно-венерологического диспансера «Актуальные вопросы дерматовенерологии и косметологии». Витебск: ВГМУ, 2013. С.72-75.

15. Рищук С.В., Татарова Н.А., Мирский В.Е. Проект по оздоровлению детей, подростков и семейных пар в РФ // Санкт-Петербург. 2012.

<http://rishchuk.ru/content/%D1%80%D0%B5%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B0>

16. Рищук С.В., Татарова Н.А., Мирский В.Е., Зуева Л.П. Оздоровление детей, подростков и семейных пар – приоритетное направление профилактической медицины / Матер. Межгосударственного форума государств – участников содружества независимых государств «Здоровье населения – основа процветания стран содружества». Москва, 2012. С.116-119.

Ключевые слова: бесплодные браки, осложнения ЭКО, здоровье детей, репродуктология.

Key word: barren marriages, complication of IVF, children's health, reproduction.

УДК 616.89

С.И. Савельев^{1,2}, ВМ. Зайцев², Г.Н. Котова Г.Н.³

**ВЛИЯНИЕ МАТЕРИАЛЬНОГО И ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ФАКТОРОВ
НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ УЧЕБНЫХ СТРЕССОВ И ЗДОРОВЬЕ
УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТИ (В ДИНАМИКЕ 10 ЛЕТ)**

¹ ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Липецкой области», г. Липецк, kafedra_SPB_lipetsk@mail.ru; ² Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург; ³ Санкт-Петербургский акушерский колледж, Санкт-Петербург

Яркой характеристикой стрессогенности учебной деятельности, на которую тратится значительная часть времени молодого человека, является удовлетворенность учебой. Этот фактор, в свою очередь, обуславливается многими составляющими: условиями обучения, рекреации, удачи при выборе профессии по обучению, взаимоотношениями в коллективе и т.п. И каждая из этих составляющих может выступать в качестве самостоятельного «стрессогенного» фактора, вызываемого острым дисбалансом, конфликтом между личностными за-

просами учащегося и возможностями их реализации во время учебы.

Проведенные нами исследования показали, что одним из источников общей неудовлетворенности учебной работой была неудовлетворенность выбранной специальностью по обучению. Доля учащихся, неудовлетворенных этим выбором возросла с 7,8% в 2000 году до 17,8% в 2010 году ($\chi^2=25,1$ при $P\ll 0,001$). Соответственно, за период с 2000 по 2010 гг. связь неудовлетворенности выбором специальности и частотой учебных стрессов стала значительно более плотной, более существенной. Если в 2000 году статистическая сопряженность неудовлетворенности специальностью и распространенностью учебных стрессов была незначительной ($C_{норм}=0,18$ при $P=0,04$), то в 2010 году сила этой сопряженности возросла более чем в 2 раза ($C_{норм}=0,39$ при $P\ll 0,001$). Соответственно коэффициент детерминации, т.е. «вклад» фактора неудовлетворенности выбранной специальностью в распространенность учебных стрессов, в первом случае был равен 0,031 или 3,1%, во втором – 0,151 или 15,1%.

Известно, что социально-экономические преобразования, происходящие в РФ, сопровождаются «монетизацией» многих социальных процессов. Считается, что существует большая степень влияния материального благосостояния на возможность выбора той или иной специальности для обучения. Однако, как свидетельствует проведенный нами анализ, взаимосвязь удовлетворенности выбором специальности для обучения и уровня материальной обеспеченности отмечалась только в 2000 году ($\chi^2=11,9$ при $P=0,02$, $C_{норм}=0,18$). К 2010 году плотность этой взаимосвязи уменьшилась и перестала быть статистически значимой ($\chi^2=8,4$ при $P=0,07$, $C_{норм}=0,14$). Влияние же материального фактора на распространенность учебных стрессов и в 2000 и 2010 гг. была незначительной (статистически незначимой) и практически неизменной.

В тоже время, некоторое влияние материального положения, отмеченное в 2000 году, к 2010 году стало играть более существенную роль в распределении групп здоровья. За этот же период заметно возросло влияние на здоровье молодых людей «психологического климата» по месту учебы.

Кроме того, по полученным результатам обследования резко возросла взаимосвязь удовлетворенности психологическим климатом в коллективе с показателями здоровья. Если в 2000 году эта взаимосвязь не прослеживалась, т.е. была статистически незначимой ($\chi^2=3,0$ при $P=0,80$, $C_{норм}=0,07$), то в 2010 году взаимосвязь была существенной ($\chi^2=19,2$ при $P=0,003$, $C_{норм}=0,19$).

Для подтверждения статистической устойчивости этой тенденции была проведена проверка стрессовой результативности психологического климата в учебных коллективах на основе учета субъективных оценок респондентами своего здоровья. Было выявлено, что если в 2000 году статистическая сопряженность этих факторов составляла $C_{норм}=0,16$ при $P=0,034$, то в 2010 году их сопряженность трехкратно увеличилась: $C_{норм}=0,49$ при $P \ll 0,001$.

ВЫВОДЫ.

Таким образом, можно утверждать, что сложившиеся в последние десятилетия факторы «материального» обеспечения учебы и психосоциального благополучия учащейся молодежи стали играть более существенную роль в жизнедеятельности и здоровье молодого поколения.

Ключевые слова: учащаяся молодежь, учебный процесс, «стрессогенные» факторы, психологический климатом в коллективе.

Key words: studying youth, educational process, stress factors, psychological climate in collective.

УДК 316.3

А.Н. Сошнев

СОЦИАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ ОБЩЕСТВА И ДЕМОГРАФИЯ

*Санкт-Петербургский государственный университет,
a.soshnev@spbu.ru*

В оценке состояния общества используется большое количество показателей, соответствующих представлениям об условиях и целях функционирования общества. Чаще всего применяются экономические показатели, в основе которых лежит количественное отображение продуктивности, представленное в стоимостных или натурально-вещественных характеристиках.

Для общества экономизированного типа, а именно такими и являются современные общества, экономические показатели – главные. Перспектива развития такого типа обществ ограничена. Эти ограничения снимает социальный тип общества. Уместно напомнить, что Конституция Российской Федерации определяет именно такой тип общественного устройства. В этой связи необходима

разработка показателей, характеризующих социальное состояние общества.

Для понимания социального необходимо обратиться к анализу функционирования общества. Оно своей целью имеет сохранение себя за счет сохранения своих первичных элементов – людей, человека.

Главным социальным законом общественного воспроизводства выступает закон постоянно возрастающих потребностей, обеспечивающих обществу конкурентоспособность, сохранение и развитие. Любое нарушение этого закона ведет к революциям, социальным катастрофам.

Общество создает самые разнообразные институты, чтобы удовлетворить свои материальные и духовные потребности. Они обеспечивают воспроизводственный процесс, сохраняют общество и людей.

Особенности социального, т.е. социальных отношений, состоят в том, что эти отношения по поводу человека выступают как ценности. Последние определяются уровнем развития потребностей человека и общества. Потребительная способность людей и общественных институтов выступает показателем социального состояния общества. Следует уточнить, что мы рассматриваем баланс материальных и духовных потребностей. Перекос в ту или другую сторону ведет к негативным социальным результатам.

Потребительную способность общества отражает его социальное здоровье, которое показывает динамику действия закона постоянно возрастающих потребностей. Бытие человека как первичного элемента общества – это его потребительное производство, в котором демографический фактор оказывается важнейшим.

Демографический фактор общественного воспроизводства – это наличное на данный момент времени в данном месте население, люди. Они имеют конкретные характеристики: пол, возраст, этно-национальные, культурные, профессиональные, имущественные, религиозные и другие характеристики.

Динамика демографического фактора характеризует изменения, вызванные смертностью, рождаемостью, продолжительностью жизни, миграционными переносами населения. Указанная динамика оказывается результатом взаимодействия всех институтов общества, ориентированных на достижение выбранных целей.

Биологическое (физическое) здоровье людей зависит от уровня и качества потребления продуктов питания, состояния окружающей среды, условий труда и быта. Эти обстоятельства формируют образ жизни человека, в котором его

здоровье должно стать главной ценностью.

Физическое здоровье людей, как ценность, признается обществом только через социальное здоровье. Именно эта характеристика становится обобщающим показателем в социальном обществе. Социальное здоровье оказывается регулятором демографического фактора, поскольку выбор социальных целей определяет действия конкретных институтов в отношении потребности людей и общества в целом. В качестве примера можно привести опыт государственных программ, направленных на решение социальных проблем. Известно, какое сопротивление собственников вызывает программа медицинского страхования в США, что отражает противоречия социальных интересов различных слоёв населения. Другой пример – отечественный опыт попытки поддержать рождаемость посредством введения экономической поддержки.

Помимо рождаемости, на демографию влияют миграционные процессы. Вопрос привлечения мигрантов или ограничения их потоков нельзя рассматривать в экономическом аспекте. Он является, прежде всего, социальным, поскольку мигрант оказывает влияние на потребительское поле постоянно проживающего населения.

Введение показателя социального здоровья общества как обобщающей характеристики социального состояния общества позволит по иному оценить действия институтов, оказывающих влияние на физическое здоровье человека и на демографические процессы.

УДК 615.851

О.А. Старостин, В.Р. Беляев

**ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ХОЛИСТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ
СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА – СОВРЕМЕННЫЙ ИНСТРУМЕНТ СОХРАНЕНИЯ
ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА¹**

*Международный медицинский центр «Согаз», Санкт-Петербург
Страховая группа «Согаз», Санкт-Петербург, oleg9733127@gmail.com*

Введение. Одним из маргинальных вариантов нервно-психической неустойчивости является склонность к аутоагрессии [1]. Сложность данной пробле-

¹Starostin O.A., Belyaev V.R. Psychophysiological diagnostic and holistic correction of suicide risk – modern tool for conservation of human potential.

мы заключается в том, что тенденции к ситуационно обусловленному, истинному суицидальному поведению чрезвычайно трудно диагностировать, поскольку основными инструментами диагностики являются интервью и методики самоотчета [2]. При этом, многие лица тщательно скрывают свои суицидальные мысли и переживания, стремясь к уходу из жизни с минимальной предшествующей оглаской [3]. Следовательно, психологические методы имеют существенные недостатки и ограничения в отношении их использования в диагностике суицидального риска, а получаемая с их использованием информация зачастую является недостоверной.

Материалы и методы. Для диагностики суицидального риска нами была использована психофизиологическая методика - тест «Оценка суицидального риска» (ОСР) [4]. В процессе тестирования определялись резервы внимания («предвзятость») при переработке информации нейтрального и суицидального характера. При обработке результатов подсчитывали среднее латентное время простой сенсомоторной реакции (ПСМР) при восприятии нейтральных предложений и предложений с суицидальным содержанием. Показатель суицидального риска (ПСР) вычислялся по формуле: $ПСР \text{ (отн. ед.)} = ПСМР_1 / ПСМР_2$, где: $ПСМР_1$ - среднее время реакции при восприятии нейтральных предложений; $ПСМР_2$ - среднее время реакции при чтении предложений с суицидальным содержанием. Значения ПСР в пределах 1,0 считалось нормой и свидетельствовало об отсутствии суицидальных тенденций. Значения ПСР существенно меньшие 1 (менее 0,7) свидетельствовали о «предвзятости» внимания к предложениям с суицидальной тематикой, и, следовательно, о повышенном суицидальном риске.

Нами обследовано 94 человека, в возрасте 22 – 50 лет (в том числе 37,5% мужчин и 62,5% женщин). У всех обследованных в анамнезе имела место недавняя (до полугода) психотравмирующая ситуация.

Для коррекции выявленных суицидальных тенденций нами были использованы авторские методики и техники холистической психотерапии [5], в форме десяти 1,5-часовых психотерапевтических сессий с регулярностью их проведения – 2 раза в неделю.

Результаты. Анализ результатов выполнения теста ОСР нашими пациентами показал, что число лиц с выявленными признаками скрытого суицидального поведения составило 25,5% (24 чел.) от всей группы пациентов, принявших участие в исследовании. Интегральный показатель теста – ПСР у этих лиц

находился на уровне $0,62 \pm 0,06$ отн. ед. ($p < 0,001$)

Сравнительная оценка эффективности холистической коррекции риска суицидального поведения проводилась по основной группе (14 чел.), где применялись авторские методики, и, в группе сравнения (10 чел.), где применялись медикаментозное лечение и групповая психотерапия.

Проведенные курсы терапии привели к значимому повышению ПСР в обеих группах, медиана показателя в основной группе составила 0,83 отн. ед. ($p < 0,001$), в ГС – 0,78 отн. ед. ($p = 0,026$). Следовательно, у лиц обеих групп с исходно выраженным риском аутоагрессии наблюдалось значительное его снижение, однако выявленные межгрупповые различия ПСР, близкие к достоверным ($p = 0,052$), показали, что в основной группе успешность проведенной терапии была более высокой, чем в группе сравнения.

Дальнейшие исследования, проведенные показали, что в основной группе имел место дальнейший рост ПСР, свидетельствующий о постепенной нормализации психоэмоционального фона пациентов. В группе сравнения отмечались противоположные тенденции, что привело к углублению межгрупповых различий по уровню ПСР к последнему этапу тестирования ($p = 0,002$). Так, в основной группе лиц, у которых значения ПСР на заключительном этапе находились ниже критического уровня (0,75 отн. ед.), пациентов с суицидальным риском не выявлено. В группе сравнения число таких пациентов оказалось 3 из 10. Проведение статистического анализа с использованием точного критерия Фишера, показало, что различия частот встречаемости «полярных» уровней суицидального риска в сравниваемых группах были близкими к статистически значимым ($p = 0,059$).

Обсуждение. В результате проведения холистической коррекции у всех 14 пациентов основной группы выявлена нормализация показателя суицидального риска. В то же время в группе сравнения у 3 пациентов из 10 к моменту окончания реабилитации признаки риска аутоагрессии были повторно зарегистрированы.

Использованная нами методика ОСР основана на регистрации объективных психофизиологических показателей – изменений процессов переработки информации, что существенно повышает вероятность выявления лиц, склонных к суицидальному поведению.

Полученные данные свидетельствовали, о том, что использование методик и техник холистической психотерапии является эффективным методом

коррекции крайнего проявления нервно-психической неустойчивости – риска суицидального поведения.

Литература:

1. Зотов М. В. Внимание к мотивационно значимым стимулам как основа методического подхода к исследованию мотивации и его реализация на примере оценки суицидальных тенденций / М. В. Зотов, В. М. Петрукович // Современная психология: состояние и перспективы. – М., 2002. – Т. 1. – С. 264–266.
2. Попов, В.Г. Мышечная интегрально-ориентированная терапия (МИО-терапия): конвергентный метод телесно-ориентированной психотерапии в свете холистического подхода к здоровью / В.Г. Попов, О.А. Старостин // Холизм и Здоровье. – 2009. – № 2(2). – С. 40 – 46.
3. Suicidality and cognitive vulnerability to depression among college students: A prospective study / L. Y. Abramson [et al.] // J. Adolescence. – 2008. – Vol. 21. – P. 157–171.
4. Williams J. M. G. Autobiographical memory in suicide attempters / J. M. G. Williams, K. Broadbent // J. Abnormal Psychology. – 2006. – Vol. 95, № 2. – P. 144–149.
5. Williams J. M. G. Cry of pain: understanding suicide and self-harm / J. M. G. Williams. – London: Penguin, 2007. – P. 2–22.

Ключевые слова: психофизиологическая диагностика, суицидальный риск, холистическая коррекция.

Keywords: Psychophysiological diagnostic, suicide risk, holistic correction.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВАЖНЕЙШИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ¹

ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова Минздрава России, m.sychev@rzgmu.ru

За всю историю своего существования медицина накопила внушительный опыт борьбы с инфекционными болезнями, которые до определенного момента были главными причинами смерти людей всех возрастов во всех регионах планеты. Однако в XX столетии произошел так называемый «эпидемиологический переход». Средняя продолжительность жизни во многих регионах планеты увеличилась, но при этом все большее количество смертей в развитых странах происходит в результате не инфекционных заболеваний (НИЗ), а вызывается болезнями системы кровообращения, новообразованиями, внешними причинами.

Несмотря на стремительное развитие медицины, методов ранней диагностики и лечения, уровень смертности от них практически не снижается, а во многих государствах, в том числе в Российской Федерации, напротив, возрастает от года к году.

В структуре причин смертности в Российской Федерации за период с 1965 до 2011 гг. неинфекционные заболевания составляют от 95,1% до 98,2%[1].

Наиболее частой причиной смерти в Российской Федерации в 2012 году стали болезни системы кровообращения (60,95% в общей структуре причин). Из них 53,2% - от ишемической болезни сердца, 30,5% - от цереброваскулярных болезней, 16,3% - от иных болезней системы кровообращения.

Следующими по частоте причин смерти являются новообразования (составляют 16,79% от всех причин). Из них 98,7% - от злокачественных.

Третьими по частоте встречаемости среди причин смерти являются внешние причины смерти. Из них: 15,7% - от самоубийств, 15,7% - от транспортных травм (в т.ч. ДТП), 7,8% - от убийств и 7,8% - от случайных отравлений алко-

¹Sychev M. Modern aspects of distribution of the major non-communicable diseases at the present stage in the Russian Federation.

лем [1].

На случаи смерти по причине болезней органов пищеварения пришлось – 5,13%, болезней органов дыхания – 4,09%.

Как видим, на долю некоторых инфекционных и паразитарных болезней, как причину смертности в 2012 г в РФ пришлось 1,85% (из них 52,9% - от туберкулеза всех форм).

Неинфекционные заболевания уже сейчас непропорционально поражают страны с низким и средним уровнем дохода, где происходит около 80% всех случаев смерти от НИЗ, то есть 29 миллионов. Они являются основной причиной смерти во всех регионах планеты, кроме Африки, но текущие перспективные оценки указывают на то, что к 2020 году самый значительный рост смертности от НИЗ произойдет именно в Африке. По прогнозам, к 2030 году число случаев смерти от НИЗ в африканских странах превысит общее число случаев смерти от инфекционных болезней и болезней, обусловленных питанием, а также случаев материнской и перинатальной смертности, которые являются основными причинами смерти [2].

Заключение. Для уменьшения воздействия НИЗ на людей и общество необходим всесторонний подход, требующий совместной работы всех секторов, включая здравоохранение, финансы, международные отношения, образование, сельское хозяйство, планирование и другие, с целью уменьшения рисков, связанных с НИЗ, а также для проведения мероприятий по профилактике и борьбе с ними. Другими способами уменьшения бремени НИЗ являются основные высокоэффективные мероприятия по укреплению раннего выявления и своевременного лечения заболеваний, которые могут проводиться в рамках первичной медико-санитарной помощи. Фактические данные свидетельствуют о том, что такие мероприятия являются отличными экономическими инвестициями, потому что они, при их своевременном проведении, могут уменьшать необходимость в более дорогостоящем лечении.

Наибольший эффект может быть достигнут путем разработки общественной политики, направленной на укрепление здоровья, которая стимулирует профилактику НИЗ и борьбу с ними и переориентирует системы здравоохранения на удовлетворение потребностей людей с такими заболеваниями.

Литература:

1. Здравоохранение. Заболеваемость.

http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/health

[thcare/](#) - Доступ: 6.09.2013 г.

2. Мировой отчет по неинфекционным заболеваниям, 2010 г. [http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/ru/index.html] – Доступ: 10.09.2013 г.

Ключевые слова: неинфекционные заболевания, причины смерти, болезни системы кровообращения, онкологические болезни, внешние причины, пути снижения неинфекционных заболеваний.

Keywords: noncommunicable diseases, causes of death are diseases of the circulatory system, oncological diseases, external causes, ways to reduce noncommunicable diseases.

УДК 616.036.12

В.Ю. Юркевич

**ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
У КУРИЛЬЩИКОВ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ¹**

*Санкт-Петербургский государственный университет
Факультет стоматологии и медицинских технологий,
Санкт-Петербург, Россия, Yurkevichvy@mail.ru*

Последствия табакокурения хорошо известны врачам разных специальностей, в том числе и стоматологам, так как первый удар болезнетворного эффекта воздействия аммиачных и феноловых соединений, никотина и дегтя, входящих в состав табачного дыма, принимают на себя красная кайма губ (ККГ), слизистая оболочка полости рта (СОПР), ткани пародонта [1]. Хроническая химическая, термическая травма, нарастающая гипоксия тканей, снижение на этом фоне местных и общих факторов иммунной защиты способствуют возникновению стоматологических заболеваний. Проблемы стоматологического здоровья зависят от интенсивности и сроков табакокурения [2]. Отдельного рассмотрения заслуживает вопрос о состоянии тканей полости рта у молодых курильщиков [3]. Никотиновая зависимость у подростков, молодежи формиру-

¹YurkevichV.Y. Dental health problems in smokers at a young age.

ется довольно быстро, борьба же с табакокурением у этой категории курящих является сложной задачей. Тем не менее, мотивированный отказ от курения именно в молодом возрасте является главным направлением реального продления жизни человека [4]. Исследования влияния табакокурения на СОПР и ткани пародонта у лиц данной возрастной категории ограничены.

Цель исследования заключалась в комплексном клинико-функциональном изучении реакции на табакокурение тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта у лиц молодого возраста в зависимости от стажа курения.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 22 человека в возрасте от 20 до 25 лет без выраженной сопутствующей патологии. Испытуемые были разделены на две группы. Первая группа (группа I) состояла из 15 человек с никотиновой зависимостью. Во вторую (контрольную) группу (группа II) включены 7 человек, не употребляющих табачные изделия. В зависимости от стажа курения обследуемые группы разделялись на две подгруппы: со стажем курения от 2 лет до 5 лет (7 человек) и от 6 лет до 10 лет (8 человек). Все обследуемые курили сигареты с фильтром. Среднее количество выкуриваемых в день сигарет - $16 \pm 2,2$.

Проводили стандартный стоматологический осмотр полости рта, люминесцентную стоматоскопию с расчетом гигиенического статуса Силнес-Лоу, глубины пародонтальных карманов, уровня рецессии десны по Миллеру, пародонтологического индекса Рассела, индекса кровоточивости десен Муллемана-Саксера. Исследовали гемодинамические характеристики кровотока в микроциркуляторном русле тканей пародонта и СОПР с использованием ультразвуковой высокочастотной доплерографической системы «МинимаксДопплерК» (ООО «СПМинимакс», Россия) с ультразвуковым преобразователем 20 МГц, регистрирующим движение форменных элементов крови на глубине до 0,8 см [5]. Анализ данных проводили в программе Statistica 6.0.

Результаты исследований и обсуждение. При первичном осмотре обследуемых I группы были выявлены различия в состоянии СОПР и тканей пародонта в зависимости от стажа табакокурения. В группе обследуемых с никотиновой зависимостью до 5 лет средний индекс гигиены по сравнению с контрольной группой (некурящие) был выше и составлял $1,43 \pm 0,2$ балла. Несмотря на отсутствие достоверных различий, у всех обследуемых со стажем курения до 5 лет наблюдался зубной налет. Существенные различия в гигиеническом со-

стоянии полости рта в группе курящих лиц были выражены при анализе данного критерия у обследуемых с никотиновой зависимостью от 6 до 10 лет. Показатель средних значений индекса гигиены достигал $2,62 \pm 0,18$ баллов, достоверно ($p < 0,05$) превышая показатели как некурящих, так и непродолжительно курящих лиц. В 5 из 8 наблюдений отмечался наиболее высокий индекс Силнес-Лоу (3 балла), свидетельствующий о крайне низкой степени гигиены полости рта.

Наиболее часто при обследовании слизистой оболочки у курящих лиц регистрировали нарушения кератинизации. При этом прослеживалась отчетливая зависимость от стажа курения. У курящих лиц со стажем курения от 2 до 5 лет лейкокератоз неба отмечался у 43% обследуемых. С увеличением стажа курения от 6 до 10 лет данная патология регистрировалась у 62% обследуемых. У некурящих лиц ни в одном случае лейкокератоз неба не наблюдался. Следовательно, устойчивое нарушение клеточного роста, развивающееся под действием высоких температур и вредных компонентов табачного дыма, когда клетки слизистой не в состоянии пройти полноценный цикл роста и созревания, может формироваться у молодых лиц даже с достаточно непродолжительным стажем курения (от 2 до 5 лет).

Табакокурение инициировало раннее развитие гиперкератоза нитевидных сосочков языка, одну из достаточно частых причин появления черного (коричневого) волосатого языка. Нитевидные сосочки, окрашенные пигментом табака, при этом могут достигать 2 см и более. Известно, что при отсутствии гигиены полости рта и на фоне иммунодефицитных состояний различной этиологии черный волосатый язык курильщика может осложниться кандидозным глосситом[6].

Десквамативный глоссит отмечали как в группе некурящих, так и курящих лиц. Разрозненные, неправильной формы бело-желтые участки гиперкератоза, напоминающие географическую карту, наблюдались у 14% обследуемых некурящих и курящих с непродолжительным стажем курения до 5 лет. В подгруппе продолжительно курящих лиц (от 6 до 10 лет) установлено увеличение частоты выявления десквамативного глоссита до 25%.

На втором месте по частоте встречаемости у курящих лиц установлено поражение красной каймы губ в виде эксфолиативного хейлита. Эксфолиативный хейлит (сухая форма) регистрировали у 28% курящих со стажем курения от 2 до 5 лет. В подгруппе лиц со стажем курения от 6 до 10 лет данная форма

определялась в 37% случаев. Встречаемость ангулярного хейлита во всех группах была единична. В группе некурящих лиц признаков эксфолиативного хейлита не отмечалось. Считается доказанным, трофические изменения на фоне катарального хейлита способствуют эксфолиации верхних рядов эпителия, а также образованию мелких трещин и чешуек в области красной каймы губ с формированием эксфолиативного хейлита[7]. Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что такие изменения у молодых лиц следует ожидать уже через 2 года курения.

Таким образом, стоматологический осмотр позволил выявить значительную частоту патологических состояний СОПР у курильщиков табака, установить прямую зависимость заболеваний СОПР от продолжительности курения. С увеличением стажа курения значительно возрастает вероятность развития лейкокератоза неба, гиперкератоза нитевидных сосочков языка, воспалительных заболеваний красной каймы губ.

Результаты стоматологического осмотра были дополнены оценкой состояния слизистой оболочки полости рта у некурящих и курящих лиц молодого возраста с помощью люминесцентного исследования. Так называемая белая линия щеки или мягкая лейкоплакия (лейкоэдема) определялась в виде голубоватого неравномерного свечения у 28% некурящих. У курящих со стажем от 2 до 5 лет мягкая лейкоплакия выявлялась в 43%, а у курильщиков со стажем от 6 до 10 лет - у всех обследуемых. Следовательно, хотя данный вид лейкоплакии может быть диагностирован не только у курящих, курение играет важную этиологическую роль в развитии этой формы гиперкератоза.

У лиц с никотиновой зависимостью также возрастала динамика частоты встречаемости галитоза. Неприятный запах изо рта отмечали у 57% некурящих, тогда как среди курящих со стажем до 5 лет в 71%, а с более продолжительным стажем курения (от 6 до 10 лет) у всех обследуемых этой подгруппы. Следует согласиться с мнением о том, что большинство курящих представителей мужского пола не считают стоматологическое здоровье важным и отбрасывают предложения о своевременном лечении и профилактике болезней полости рта [8]. Избавиться от галитоза практически невозможно, если не бросить курить[9].

Следующий раздел исследований заключался в клинической характеристике состояния тканей пародонта у курящих и некурящих лиц молодого возраста. Прежде всего, обращает на себя внимание изменение глубины десневой

борозды. У лиц со стажем курения от 2 до 5 лет глубина десневой борозды в среднем была незначительно выше, чем у некурящих (соответственно $1,71 \pm 0,1$ мм и $1,57 \pm 0,07$ мм, $p > 0,05$). У обследуемых со стажем курения от 6 до 10 лет отмечали достоверное увеличение глубины зубодесневой борозды в среднем до $2,69 \pm 0,09$ мм, что может рассматриваться как состояние близкое к патологическому образованию пародонтального кармана. Следовательно, табакокурение даже с небольшим стажем является у молодых лиц достаточно сильным фактором риска возникновения патологии пародонта.

Аналогичная закономерность установлена при оценке степени выраженности воспалительной реакции десны. У курящих молодого возраста со стажем курения до 5 лет отмечалось повышение пародонтологического индекса Рассела, недостоверно отличающееся от значений в группе некурящих (соответственно $0,42 \pm 0,2$ балла и $0,28 \pm 0,2$ балла, $p > 0,05$). У подавляющего большинства обследуемых этой группы наблюдался легкий гингивит, не окружающий циркулярно зуб. У курильщиков с более продолжительным стажем курения (от 6 до 10 лет) средняя величина индекса Рассела достигала $1,37 \pm 0,18$ баллов, достоверно ($p < 0,05$) превосходя значения, установленные в группах некурящих и курящих продолжительностью до 5 лет, что свидетельствует о преимущественном развитии у курящих хронического катарального гингивита, окружающего зуб.

Воспалительные явления на фоне продолжающегося курения часто сопровождаются кровоточивостью десен [10,11]. В нашем исследовании критерии, характеризующие воспалительные изменения тканей пародонта, также коррелировали с повышенной кровоточивостью десен у курящих лиц молодого возраста. У всех обследуемых со стажем курения от 2 до 5 лет индекс РВІ отмечался преимущественно 1-й степени (единичные точечные кровотечения), что несколько выше, чем в группе некурящих. С увеличением стажа курения от 6 лет и более индекс РВІ был достоверно выше, чем у курящих с непродолжительными сроками табакокурения ($2,12 \pm 0,22$ против $1,28 \pm 0,18$, $p < 0,05$), соответствуя 2-3 степени кровоточивости десен (линейно-точечное кровотечение по краю вершины сосочка и умеренное кровотечение из межзубного сосочка). Следует отметить, что исходных жалоб на кровоточивость десен обследуемые не предъявляли.

Таким образом, особенностью воспалительных реакций тканей пародонта у курящих лиц молодого возраста является поэтапное вовлечение в патологиче-

ский процесс тканевых структур пародонта, зависящее от продолжительности табакокурения. У курильщиков с продолжительностью курения от 2 до 5 лет формируются начальные стадии воспалительных процессов в слизистой оболочке полости рта и тканях пародонта без деструктивных нарушений. Отказ от курения на этом этапе будет наиболее эффективной мерой снижения вредного воздействия табака на состояние СОПР и тканей пародонта. Увеличение стажа табакокурения от 6 до 10 лет приводит к выраженным клиническим проявлениям нарушений функций СОПР и тканей пародонта и способствует развитию в них воспалительных и деструктивных процессов.

По современным представлениям, в генезе воспалительного процесса важную роль играют расстройства микроциркуляции, в связи с чем, мы использовали метод ультразвуковой доплерографии тканей пародонта [5].

Проведенные исследования показали, что у курящих лиц регистрировались ранние нарушения микроциркуляции в тканях пародонта. У всех обследованных со стажем курения от 2 до 5 лет показатели средней линейной скорости капиллярного кровотока в тканях пародонта верхней и нижней челюсти были на 18-27% ($p \leq 0,05$) ниже, чем у лиц, не подверженных табакокурению. Соответственно наблюдали достоверное снижение средней объемной скорости капиллярного кровотока на 23–24%. Выявленные изменения характеристик гемомикроциркуляции в тканях пародонтального комплекса обследуемых свидетельствуют о ранних существенных нарушениях микроциркуляции и ишемии тканей пародонта даже при относительно небольшом (в пределах 2-5 лет) стаже курения.

С увеличением продолжительности курения от 6 до 10 лет количественный анализ доплеровских кривых демонстрировал еще более значительное снижение средней линейной и объемной скоростей капиллярного кровотока (соответственно на 41 – 49% и 44 - 46%, $p \leq 0,05$) по сравнению с контрольной группой, что свидетельствовало о существенных нарушениях микроциркуляции тканей пародонта.

Таким образом, табакокурение оказывает раннее негативное влияние на микроциркуляцию в тканях пародонта, о чем свидетельствует снижение линейных и объемных характеристик кровотока у молодых курильщиков со средним стажем табакокурения от 2 до 5 лет, которые следует расценивать в качестве предиктора хронического генерализованного пародонтита. С увеличением стажа курения от 6 до 10 лет у молодых курящих отмечаются еще более тяжелые

нарушения тканевого микрокровотока пародонта.

Выводы.

1. Показано повышенное накопление зубного налета в придесневой области у курящих лиц молодого возраста, свидетельствующее о низком уровне индивидуальной гигиены, а, следовательно, формировании условий для развития патологии СОПР и тканей пародонта.

2. Установлено увеличение частоты патологических состояний СОПР у курильщиков табака в прямой зависимости от продолжительности курения. С увеличением стажа курения значительно возрастает вероятность развития лейкокератоза неба, гиперкератоза нитевидных сосочков языка, воспалительных заболеваний красной каймы губ.

Люминесцентное стоматологическое исследование улучшает диагностику патологических состояний слизистой оболочки полости рта у лиц с различным стажем никотиновой зависимости и позволяет выявить высокий уровень распространенности у этой категории обследуемых кератозов.

3. Потребление табака является сильным фактором риска возникновения патологии пародонта. Особенностью воспалительных реакций тканей пародонта у курящих лиц молодого возраста является поэтапное вовлечение тканевых структур пародонта, зависящее от продолжительности табакокурения.

Табакокурение на протяжении 6 - 10 лет приводит к клиническим проявлениям нарушений функций пародонта. Высокая распространенность заболеваний тканей пародонта у курильщиков табака, их зависимость от длительности курения, свидетельствует о выраженном повреждающем действии составляющих компонентов табачного дыма на органы и ткани полости рта.

4. Табакокурение оказывает раннее неблагоприятное влияние на микроциркуляцию в тканях пародонта, о чем свидетельствует снижение на 18 – 27% линейных и 23 – 24% объемных характеристик кровотока у молодых курильщиков со средним стажем табакокурения от 2 до 5 лет, что следует расценивать в качестве предиктора хронического генерализованного пародонтита. С увеличением стажа курения от 6 лет у молодых курящих отмечаются еще более тяжелые нарушения тканевого микрокровотока пародонта.

5. Ультразвуковая доплерография является информативным неинвазивным методом диагностики, позволяющим объективно оценить отклонения в состоянии микроциркуляции курильщиков до появления клинических признаков поражения слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта. У курящих

молодых лиц при обращении за стоматологической помощью целесообразно проводить оценку кровотока в пародонтальном комплексе для уточнения степени повреждения сосудистого русла и выбора профилактического лечения.

Литература:

1. Каспина, А.И. Проявление последствий табакокурения на красной кайме губ и слизистой оболочки полости рта / А. И. Каспина // Пародонтология. – 2005. - № 3. – С. 62 – 66.
2. Токмакова, С. И. Влияние табакокурения на слизистую оболочку полости рта / С.И. Токмакова, Ю.В. Луницына // Забайкальский медицинский вестник. - 2012. - № 1. - С. 124 – 130.
3. Котова, М.Б. Психологические условия обеспечения эффективности профилактики курения у подростков: Автореф.дис. ... канд. психолог.наук / М.Б. Котова; ФГО УВПО «Рос. акад. гос. службы при Президенте РФ». – М., 2008. – 23 с.
4. Колесник, М.А. Влияние табакокурения в молодом возрасте на показатели секретного иммунитета слюны и их коррекция при воздействии сочетанных физических факторов: Автореф. дис. ... д-ра мед.наук / М. А. Колесник; ГОУ ВПО «Челяб. гос. мед. акад. ФАЗ и СР». - Курган, 2009. – 46 с.
5. Козлов, В.А. Ультразвуковая доплерография в оценке состояния гемодинамики в тканях шей, лица и полости рта в норме и при некоторых патологических состояниях / В.А. Козлов, Н. К. Артюшенко, О. В. Шалак и др. // Руководство-атлас. - СПб. – 2000. – 34с.
6. Каспина, А.И. Заболевания слизистой оболочки рта / А. И. Каспина / Механизмы развития стоматологических заболеваний. Под ред. Л.П. Чурилова. – СПб.:ЭлбисБ, 2006. С. 98 – 227.
7. Анисимова, И.В. Комплексный подход к диагностике и лечению заболеваний губ / И. В. Анисимова, В. Б. Недосеко, А. А. Перемотин // Клиническая стоматология. – 2006. - № 1. – С. 84 – 87.
8. Хитров, В. Ю. Галитоз - медицинская и социальная проблема / В.Ю.Хитров, А.И.Заболотный // Практическая медицина. -2009.- № 33. -С. 12-17.
9. Шептулин, А.А.Неприятный запах изо рта: причины возникновения, диагностическая и лечебная тактика // Клинич. медицина. 2007. -Т. 85. -№ 1. -С. 65 -68.

10. Николаева, Л.В. Состояние полости рта у курильщиков / Современные аспекты профилактики и лечения стоматологических заболеваний: Сб. науч. тр. М., 2000. С. 125 -126.

11. Zee, K.Y. Smoking and periodontal disease // Aust. Dent. J. - 2009. Vol. 54, Suppl.1. S. 44-50.

Ключевые слова: табакокурение, стоматологические заболевания.

Keywords: smoking, dental disease.

УДК 613.2:616-036.8(470.23)

И.Ш. Якубова, Е.М. Базилевская

МОНИТОРИНГ ПИТАНИЯ ЖИТЕЛЕЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА КАК ИНДИКАТОР КАЧЕСТВА ЖИЗНИ¹

Северо-Западный государственный медицинский университет

имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

yakubova-work@yandex.ru

Питание - один из важнейших показателей качества жизни человека. Скрининг и мониторинг состояния питания и здоровья населения позволяют судить об эффективности проводимых социально-экономических преобразований. Система мониторинга за состоянием питания на региональном уровне базируется на расчетах баланса продовольствия, семейных бюджетов и эпидемиологических исследованиях, основанных на оценке пищевого статуса и индивидуального потребления питания различными категориями населения [1].

Цель – провести анализ материалов показателей уровня жизни населения г. Санкт-Петербурга и результатов выборочного бюджетного обследования, по данным Петростата с 1990 по 2011 гг.

Результаты и обсуждение. Анализ материалов показателей уровня жизни населения г. Санкт-Петербурга и результатов выборочного бюджетного обследования, по данным Петростата за последние 20 лет, позволил установить популя-

¹YakubovaI.Sh., Bazilevskaya E.M.The nutrition's monitoring process of st.peterburg's residents was used as a measurement of quality of life.

ционные изменения в структуре питания петербуржцев. Если общая масса всех видов потребленных продуктов питания в 1990 г. составляла для среднего горожанина 911 кг, то в 1992 г. этот показатель равнялся 645 кг. Дефицитными в структуре питания жителей Петербурга стали продукты – источники полноценного белка и микронутриентов. В 2004–2005 гг. более чем на 20 кг увеличилось среднее потребление мясопродуктов, на 30 кг овощей и фруктов, значимое улучшение потребления пищевых продуктов началось только в 2008 г. [1,3].

В период с 2008 по 2011 г. потребление овощей и бахчевых культур достигло уровня 1990 г., яиц, масла растительного, картофеля, фруктов превысило уровень 1990 г., но потребление мяса, молочных продуктов, рыбы, сахара, хлеба осталось на более низких значениях [5].

Качество жизни отражается в структуре и размерах потребительских расходов. Во многих развитых странах доля затрат на питание в структуре потребительских расходов составляет от 8 до 18%. В России население затрачивало более значительную долю доходов на продукты питания. По данным Федеральной службы государственной статистики России, в 1980 г. эта доля составляла 42,5%, в 1998–1999 гг. – более 53%, в 2001 г. – более 50%. В 2005 г. у жителей Петербурга затраты на питание стали составлять треть доходов, что было ниже, чем в среднем по России, и, начиная с 2008 г., расходы на питание в Санкт-Петербурге и по России сравнялись и стали составлять 29,1%. В последние годы расходы на питание в Санкт-Петербурге незначительно уменьшились и сохраняются в пределах от 27,5 до 28,6% [1,2].

Улучшение ситуации с питанием населения Петербурга является отражением роста благосостояния населения, о чем свидетельствует снижение более чем в 2,5 раза доли населения с доходами ниже прожиточного минимума [5].

Оценка уровня обеспеченности основными группами продуктов, пищевыми веществами и энергией свидетельствует о существенных различиях между 1-й и 10-й децильными группами населения с полярными финансовыми возможностями. В частности, анализ потребления основных групп продуктов питания в домохозяйствах с различным уровнем благосостояния в г. Санкт-Петербурге в 2010–2011 гг. показал существенные различия в группах населения с наименьшими и высокими доходами. У населения с низкими доходами отмечается в 1,5–2 раза ниже уровень потребления практически по всем группам продуктов по сравнению с населением с высокими доходами и, конечно, не обеспечивается потребление в соответствии даже с минимальными значениями РНП [1,2,5].

Литература:

1. К. Муздыбаев Качество жизни населения Петербурга: 1990-2004 годы / ГУП Международный центр социально-экономических исследований «Леонтьевский центр». СПб.: ГУП МЦСЭИ «Леонтьевский центр», 2005. 144 с.
2. Денежные доходы и их использование в домашних хозяйствах Санкт-Петербурга и Ленинградской области в 3 и 4 кварталах 2005 года / Петростат. Санкт-Петербург, 2006. 33 с.
3. Санкт-Петербург 2008: краткий статистический сборник / Федеральная служба гос. Статистики. Территор. орган по Санкт-Петербургу и Ленинград. обл. (Петростат). СПб.: Петростат, 2009. 119 с.
4. Санкт-Петербург 2010: краткий статистический сборник / Федеральная служба гос. статистики. Территор. орган по г. Санкт-Петербургу и Ленинград. обл. (Петростат). СПб.: Петростат, 2011. 115 с.
5. Социальное положение и уровень жизни населения России 2010. Офиц. изд. - Стат. сборник / М.: Росстат, 2011. 527 с.

Ключевые слова: Питание, бюджетный метод, качество жизни, потребительские расходы.

Key words: Nutrition, budget method, quality of life, consumer expenses.

ГЛАВА II

СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ОБРАЗОВАНИЯ

УДК 796.03

УДК: 378.1+0.61:325.1+339.94+008

Л.П. Чурилов

ГЛОБАЛИЗАЦИЯ, ПОСТМОДЕРН И МЕЖДУНАРОДНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ¹

*Медицинский факультет, Санкт-Петербургский государственный
университет, Санкт-Петербург, Россия, elpach@mail.ru*

Введение

В развитии культуры наступила эпоха постмодерна. Социологи говорят о кризисе гуманистической модели светского образования, характерной для периода модерна, о смене парадигмы в образовании и науке. Образование постмодерна, уже восторжествовавшее в высшей школе США и широко входящее в европейскую университетскую среду, ориентируется на индивидуалистические, а не гуманистические ценности, воспитывая, по ёмкому выражению А.Г. Дугина (2009), «постчеловека», то есть, карьерно ориентированного специалиста, служащего не идеалу и не обществу, а себе и своей корпорации, при условии формально-юридической корректности профессионального поведения и обеспеченности «этического алиби» [1]. Все чаще звучат призывы определиться с системой ценностей и в отечественном образовании. Ускорять ли движение к образовательной модели постмодерна, или это тот случай, когда лучше не быть первым? Россия поздно вступила и в модерн, еще в начале XX века сохраняя в своем культурном и образовательном пространстве элементы премодерна, когда образование было религиозным и содержало установку служения культурному идеалу. Своеобразная комбинация премодерна и модерна в эпоху Серебряного века – археомодерн – оказалась очень плодотворной для отечественной культуры, предопределила духовный взлет России [2]. Сегодня, перед лицом выбора пути отечественного медицинского образования XXI века, напомним

¹ L.P. Churilov. The globalization, post-modern and international medical education.

ним, что высокий уровень преподавания, достигнутый в XIX-XX столетиях отечественной высшей медицинской школой, хорошо известен. Согласно рейтингу ЮНЕСКО, некоторые из советских медицинских вузов числились среди лучших медицинских школ мира: так, рейтинг 1989 г. ставил 1-й ММИ им. И.М. Сеченова на второе место после Сорбонны, в двадцатку лучших входили 1-й ЛМИ им. И.П. Павлова и ЛПМИ [3]. Конечно, после распада СССР в течение многих лет снижался не только жизненный уровень населения, но и финансирование науки и образования, а значит – уровень и международный престиж отечественного медицинского диплома. В современных рейтингах медвузов в первых двух сотнях уже не найти отечественных школ. Тем не менее, так как ни один национальный орган не присуждает никаких международных квалификаций, мнимая неконвертируемость советского или российского медицинского диплома – всего лишь миф, унаследованный от времен, когда эта ложная идея специально поддерживалась пропагандистской машиной для ограничения утечки отечественных медицинских кадров за границу [4]. Сейчас в Финляндии, например, 14% практикующих врачей имеют дипломы не из стран ЕС, в основном – из СССР и постсоветских государств. В целом в Европе и США работают не менее 20000 врачей из нашей страны [5].

Что такое признанный медвуз?

Престиж медицинскому вузу создают не столько громкие названия и ордена, сколько его практикующие выпускники. Только постоянно присутствуя на рынке высшего медицинского образования в развитых странах, можно «держат марку». По законодательству США, в частности, выпускники с дипломами любого медвуза, зарегистрированного ВОЗ и уполномоченным правительством этой страны агентством FAIMER (Foundation for Advancement in International Medical Education and Research), равноправны и (как и выпускники местных вузов) после тестирования индивидуального уровня их знаний (United States Medical License Examination – из 3 частей, посвященных медико-биологическим и клиническим знаниям и клиническим навыкам) могут претендовать на резидентуру (клиническую ординатуру), а затем и врачебную практику, независимо от того, окончили они медицинскую школу в Нью-Йорке, Париже, Мумбае, Санкт-Петербурге или Самаре [6]. Решающее значение имеют личные способности и знания обладателя диплома, прежде всего – знание профессионального английского языка, ибо все экзамены проводятся на англий-

ском. При этом наличие Вашей *almamater* в списке ВОЗ обязательно: не будучи упомянут в “*AvicennaDirectories*” [7], созданном ВОЗ в сотрудничестве с Университетом Копенгагена каталоге, перечисляющем не только медицинские, но и другие вузы, готовящие работников системы здравоохранения и дающие базовое медобразование, вуз теряет для зарубежного абитуриента привлекательность, а полученные там дипломы не могут претендовать за рубежом на легитимность. Для американского варианта продолжения карьеры надо ориентироваться на медицинские школы, упомянутые в базе FAIMER. В последнее время это агентство договорилось об объединении своей базы с каталогом Всемирной федерации медицинского образования. Упомянутые базы – не рейтинги. Они лишены субъективизма, присущего в товарном обществе любому публичному рейтингу поставщиков образовательных услуг, и включают все медвузы, дающие на законном основании в своих странах базовое медицинское образование, присваивающие квалификацию врача общей практики. Нет в них места лишь школам, которые преподают только стоматологию или какую-либо другую узкую специальность, не имея в своих стенах базового медицинского образования (например, институтам усовершенствования врачей). Не включаются и разного рода школы целительства, основанного на этнической традиции, а не на естествознании. ВОЗ, FAIMER и «Каталоги Авиценны» автоматически регистрируют вузы, о которых официально сообщает уполномоченная это делать инстанция — Минздрав той или иной страны (для FAIMER приемлемо и письмо национального Министерства образования). В «Каталогах Авиценны» любому сотруднику можно, владея английским и потратив час с небольшим, зарегистрировать свой медвуз on-line и дать о нем всю информацию (с последующей ее проверкой авторами базы).

Где докторский хлеб слаще?

Выдающийся хорватско-мексиканский социолог и биоэтик Иван Иллич саркастически писал в своей «Медицинской Немезиде», что врачи тяготеют туда, где много состоятельных пациентов и хорошей воды [8]. Как общественная группа медики-профессионалы достигли наивысшего процветания в США, и это диктует ограничительно-сословную политику Американской Медицинской Ассоциации (АМА), а следовательно — очень высокие цены на американском рынке медицинских услуг и медицинского образования. Поражает сравнение зарплат медиков, проведенное в 2009 г. газетой “*NewYorkTimes*” по методике сопоставления годовой зарплаты врача с годичным валовым внутренним про-

дуктом страны на душу населения, выраженным в сопоставимых ценах по паритету покупательной способности национальных валют [9]. В США врач-специалист в среднем получает в 11 раз больше, чем его коллега в скромной Польше и в 3,3 раза больше – чем в богатейшей Норвегии. На одного американского доктора приходится в год 6,3 подушевых ВВП, на его польского коллегу – 1,6, а на норвежского – 1,9 среднедушевого кусочка «национального пирога». Как видно, дело не в абсолютном благосостоянии страны – ведь на 2011 г. подушевой годовой ВВП в Норвегии (46608 долларов), в отличие от Польши (17660), был выше американского (41678)! [10] Касательно России, где подушевой ВВП в 2012 г. по разным оценкам, был около 15800-15900 долларов США по паритету покупательной способности, а среднегодовая зарплата врача (с учетом всех категорий медиков, включая не только врачей общей практики, а, к примеру – и врачебное начальство, организаторов здравоохранения) в 2010 г. оценивалась в 28 000 рублей, такой пересчет дает показатель около 0,71 – немыслимо низкий по мировым меркам [11]. Видный судебный медик и физиолог (между прочим, первым, в 1879 г., ранее Карла Коллера и Зигмунда Фрейда (1884) открывший анестезирующее действие кокаина), впоследствии – депутат I Государственной Думы России Василий Константинович Анреп в выводах своей диссертации [12] писал в 1881 г.: «Околоточные надзиратели, дворники и швейцары Петербурга обеспечиваются лучше служащих врачей». В странах Северной Америки, Австралии, многих европейских с тех пор массовый платежеспособный спрос населения на врачебную помощь появился, сделав врачей высокооплачиваемыми специалистами, а врачебный диплом и работу по специальности – гарантией высокого благосостояния. Но отечественные доктора на российской шкале зарплат по сравнению с имперским земским периодом, о котором говорил Анреп, только опускались. Заложенная в СССР система эксплуатации образованного меньшинства большинством не демонтирована и поныне. И хотя изменились названия некоторых профессий, высказывание фон Анрепа сейчас справедливо, как и 100 лет назад [13].

Однако, США выделяются по обеспеченности врачебного сословия не только на фоне РФ, но даже в сравнении с богатыми, развитыми странами, где имеется социальное государство, например – Германией и странами Скандинавии. Может быть, причины редкостной «денежности» врачебной карьеры в США в уникальном уровне и результативности здравоохранения, которые обеспечивают своему народу американские медики, в отличие от всех осталь-

ных? Ничуть не бывало! Вот данные [10] на 2011 г. по общепринятому показателю здоровья – проценту дожития детей до 5-летнего возраста: Норвегия (99,6%) опередила США (99,2), причем последние по дожитию детей (как и по средней продолжительности жизни) на одном уровне с Кубой (99,2), где показатель подушевого ВВП (9891 доллара США) в 4,2 раза меньше американского. Кстати, опередил США по показателю дожития детей (99,4) и уступивший лишь Швеции, Норвегии и Японии российский город Санкт-Петербург [14], а ведь средние доходы наших врачей ниже не только американских и норвежских, но и польских [15], так что это можно отнести исключительно за счет поставленного педиатрического образования в городе на Неве, где функционирует первый в мире вуз, готовящий педиатров в рамках дипломного образования. Затраты национального здравоохранения в расчете на год жизни человека в США – 99,43 доллара, а в Иордании – 3, 32. Но средняя продолжительность жизни в этих странах, по данным ЦРУ от 2012 г. отличается не в пользу США (80,05 – в Иордании и 78,37 года – в США)! [16] Статистические исследования показали, что у выпускников зарубежных медвузов, работающих в США, смертность пациентов-сердечников достоверно ниже, чем у американских выпускников [17].

Почему же врачом в Америке работать выгоднее, чем в подавляющем большинстве других стран? Дело, прежде всего, в том, насколько определенная социально-корпоративная группа сумела в конкретных социально-исторических условиях себя «поставить», продиктовать обществу свои условия. Не случайно в 2009 г., сразу после прихода к власти, новый президент США Б. Обама заявил о реформе здравоохранения и переходе к более доступной медицине. И это после многолетней клинтоновской реформы!

С дипломом, но в долгах, или без долгов и гарантий?

Пропуск в корпорацию миллионеров, каким служит диплом врача в американском обществе, стоит недешево. В США и Канаде стоимость обучения по специальности «лечебное дело» многократно превышает стоимость получения специальности фармацевта или стоматолога, что не оправдывается принципиальными различиями в уровне издержек вузов и отличается от ситуации в развивающихся странах и большинстве государств Европы. Даже относительно малопrestижные американские университеты, занимающие невысокие места в национальных рейтингах вузов, взимают плату за обучение на врача не менее 50—70 тысяч американских долларов в год [18]. Поэтому американские сту-

денты учатся в долг, причем их совокупная задолженность вузам к моменту окончания возрастает: если в 1992 г. она была 25 000 долларов на выпускника, то в 2009 г составила уже без малого 158000, причем четверть новоиспеченных врачей имеют долг более 200 000. Медвузы ввиду невыплаченных долгов повышают плату за обучение на 5-6% в год. Это ведет к новым долгам. Должники не очень торопятся в первичное звено медпомощи, так как врачи-специалисты оплачиваются намного лучше (в среднем 230000 в год против 151000). Поэтому за 25 лет с 1984 по 2008 заполняемость резидентуры по семейной медицине, которая готовит врачей общей практики, в США катастрофически снизилась: с 98 до 44%. В США не очень много медвузов – на 2012 г. 141 программа M.D. на 314 млн населения, против 80 программ, готовящих врачей-лечебников в России с ее 143 млн населения [19-21]. Поэтому в 2004 г. в России на 1000 жителей было 4 лечащих врача, в Белоруссии – 5, а в США лишь 2,67 [10]. А путь к медицинской специальности для молодого американца длится гораздо дольше, чем для молодого россиянина, в силу различий в организации образования. Россиянину надо закончить 11-тилетку (начиная с 7 лет), затем – 6 лет преддипломного обучения в медвузе и 1 год интернатуры. И Вы можете самостоятельно практиковать в 26 лет. В США после 12-летки (с 6 лет) надо пройти 4 года премедицинского бакалавриата, затем 4 года медицинской школы, затем резидентуру длительностью от 3 до 6 лет по разным направлениям. И только к 30-32 годам Вы приобретаете право самостоятельной практики. Еще 3-4 года российской аспирантуры (но от 3 до 6 лет американского Fellowship) делают медика узким специалистом практической медицины высшей квалификации с научной степенью – в России к 31-32 годам, в США – лишь к 33-38 [4]. Казалось бы, выход – в привлечении в резидентуру иностранцев. Действительно, на сегодня в США 25% практических врачей закончили медвузы вне пределов этой страны, а затем, по большей части, прошли через американскую резидентуру – данный путь к врачебной практике в США менее тернист, чем попытка сдать американские экзамены после интернатуры и ординатуры, оконченной вне Северной Америки [22-24]. Но тернист и он. По статистике свыше 10 000 выпускников неамериканских медвузов в США в настоящее время не могут попасть в резидентуру и не допущены к практике [22]. До половины иностранных претендентов не поступает в резидентуру с первого раза [24].

Но уж совсем нереалистичен (если только это не дети миллионеров) выбор тех, кто хочет учиться на врача в США, не будучи американским гражда-

нином или держателем американского вида на жительство. Дело в том, что на таких абитуриентов не распространяются гарантированные государством ссуды на обучение. Значит, вуз потребует внести плату, чаще всего – авансом за весь срок обучения на страховочный счет. И если у Вас нет американского поручителя – то все расходы и риски – это проблема только Ваша и Вашей семьи. Как результат, в 2010 г. лишь 3% абитуриентов медвузов в США были не американские граждане [23], для сравнения в России на 58500 студентов-медиков иностранцев приходилось 13340 (данные 2005 г.), что составляет до 23% общего числа [25-26]. Поистине, Россия – страна демократичного и доступного врачебного образования и массового экспорта врачебных знаний. При этом на коммерческое обучение или по направлению своих правительств иностранцы поступают в российские медвузы без реального конкурса. Автору посчастливилось окончить ЛПМИ в годы, когда это был «филиал ООН» со студентами из более, чем 60 стран. Еще тогда автор понял, что индеец-кечуа на лыжне – это незабываемо. Затем, с опытом преподавания медицины в различных странах студентам - резидентам и нерезидентам этих стран, пришло убеждение, что прием без конкурса – это источник серьезных проблем для преподавателя.

Лето. Где-то на просторах России выпускники сидят в Интернете и думают: талант, язык, силы и средства вроде есть, жизнь в Москве и Питере не дешевле, чем в Бостоне и Филадельфии. По телевизору все время о российской коррупции и упадке вузов и академий передают. А может быть махнуть в Америку, на врача учиться? Если Вы решили изучать медицину в США, то, несмотря на формальное равенство прав с местными абитуриентами, в реальности, как показывает статистика, шансов поступить у Вас ровно в 110 раз меньше, чем у местных. В 2010 г. из числа абитуриентов медвузов США-нерезидентов этой страны поступило в эти вузы лишь менее 0,4%, тогда как вообще по стране процент поступивших (при очень невысоком общем конкурсе) – 44%! [23] Вот насколько не расположены американские медвузы вкладывать силы и средства в обучение иностранцев. Если, конечно, это не даровитые пловцы, легкоатлеты, бейсболисты или хоккеисты.

Учиться подешевле, работать подороже

Зато США (где *de jure* нет государственного федерального языка и имеется более 16% испаноязычного населения, а Техас, Нью-Мексико и Пуэрто-Рико ведут делопроизводство на испанском и английском) давно уже стали «Меккой» для врачей, получивших образование в бедных англоязычных и испаноя-

зычных государствах. Вот официальные данные по составу АМА [27]: около 170 000 ее полноправных членом окончили медвузы за границей. И это притом, что канадские доктора в США, а американские – в Канаде не считаются иностранными специалистами [24].

На ком же держится здравоохранение самой мощной державы мира? Американцев лечат 47,5 тыс врачей-индийцев, 20,9 тыс филиппинцев, около 14 тыс мексиканцев, более 11,3 тыс. выпускников медвузов Пакистана, около 21,3 тыс окончивших медвузы малых островных государств Карибского бассейна, которые в нашей стране знамениты, в основном своими пляжами и ромом.

Достоинно выглядит на этом фоне и наше Отечество: более 6000 врачей в АМА в 2007 г. представляли страны бывшего СССР, в основном они поступили в отечественные медвузы до его распада. Школы таких центров мировой медицинской науки как Египет (5,2 тыс), Иран (св. 4,7), Сирия (3,7), Колумбия (3,3) тоже вносят немалый вклад в оздоровление народа США.

Незабвенный вратарь и футбольный аналитик Владимир Никитович Маслаченко (1936-2010), когда ему случалось комментировать игры с командами экзотических стран, говаривал: «В футбол теперь все научились играть!». Перифразируя, мы можем заметить: «Медицине теперь везде умеют учить». Легко заметить, что языковой фактор и дешевизна обучения, а также наличие пациентов, принадлежащих к «родной» диаспоре – основные определяющие моменты в процессах трудовой врачебной миграции. В рядах американских врачей сравнительно мало выпускников британских (3,2 тыс), немецких (менее 4,6), израильских (3,3), итальянских (5,0), испанских (4,6), китайских (4,8) и особенно - французских (менее 1,0 тыс) университетов – хотя традиции и уровень медицинского образования в этих странах могут соперничать с самими США. Не стоит удивляться тому, что количество практикующих «экс-советских» врачей в США больше, чем британских и французских вместе взятых. Сказываются то ценовой, то языковой фактор, то оба вместе, а где-то – то простое обстоятельство, что медику (например, британцу, голландцу, австралийцу) и на родине работает материально комфортно (в Великобритании вышеупомянутый «кусочек врачебного пирога» превышает среднедушевой ВВП в 4,9 раза, в Голландии – в 6, а в Австралии – и вовсе в 7,6 раза) [9]. Последнее означает, что Зеленый континент ценит доморощенного врача на шкале приоритетов специалистов в 10 с лишним раз выше, чем Россия – своего.

При дороговизне своих врачебных дипломов получение медицинского образования за рубежом становится в США и других развитых странах все более популярным. Американский стандарт высшего медицинского образования не требует, чтобы студент обязательно изучал медицину на территории США на английском языке. Необходимо закончить программу в любом медвузе мира, зарегистрированном ВОЗ и упомянутом в списке FAIMER. Программа должна иметь продолжительность не менее 4 лет (по законодательству Техаса — 42 месяцев). Обучение базовым медико-биологическим наукам должно, как правило, занимать не менее 18 месяцев и включать не менее 1600 аудиторных часов [28]. Самостоятельная работа студентов во внеаудиторное время не учитывается американскими транскриптами (в российских учебных планах это — обязательный компонент). Требуется как минимум 80 учебных недель клинических дисциплин.

Число канадцев, изучающих медицину вне Канады в 2009-2011 гг. росло стремительно: сейчас за рубежом учится 25% из 14000 канадских студентов-медиков, и это несмотря на то, что канадские университеты, например – Торонто, высоко стоят в международных рейтингах медвузов. Но в канадской резидентуре выпускники неканадских медицинских школ занимают только 7% позиций, притом – самых непрестижных, причем страна уже испытывает нехватку врачей в первичном звене [29]. Канада специально приглашает иностранцев, но только на обучение медсестринским специальностям, которые остро дефицитны [60]. Многие канадцы, отучившись в «дешевом» медвузе, практикуют в «дорогих» США. Даже маленькие англоязычные Кипр, Гренада и Ямайка (из последней более 80% лиц с высшим образованием уже эмигрировало) обучают сотни студентов-медиков для США. Университеты Чехии, Польши, Венгрии, Румынии и Филиппин зарабатывают значительные средства с помощью англоязычных программ обучения студентов-медиков, хотя исследования показывают – показатели успешности лечения у врачей - американцев, обучавшихся за границей хуже, чем у выпускников своих вузов (у неамериканцев, окончивших вуз на родине и иммигрировавших – наоборот, лучше - см. выше) [17].

После нашего первого успешного опыта 1993-1998 гг. многие вузы бывшего СССР открыли двери для англоязычных студентов, в понятной надежде поправить материальное положение школ и преподавателей в период постсоветской разрухи. В отечественные медвузы хлынул за недорогими и легитимными дипломами поток абитуриентов из Южной Азии, стран Ближнего и Сред-

него Востока, Нигерии и других государств – на англоязычное обучение. При этом медико-карьерные устремления этих студентов часто не предполагали работы врачом в стране получения диплома или на родине, а были связаны со стремлением в последующем натурализоваться в Северной Америке или Великобритании, подтвердив свои дипломы там. Были даже программы по переучиванию лиц с высшим медицинским и парамедицинским образованием из Южной Азии на средних медицинских работников отечественного «образца». Желание этих врачей стать еще и российскими медсестрами (медбратьями) объяснялось тем, что иммиграционное законодательство США дает льготы именно медсестрам, которых в США не хватает [30]. При этом, насколько можно судить, они планировали, въехав в страну по медсестринской квоте, использовать свое облегченное по сравнению с иммигрантами-врачами положение для подготовки к подтверждению врачебных дипломов и, в дальнейшем – пополнения рядов АМА. К сожалению, в этот период качество обучения в подобных программах не везде достигало нужного уровня, обучению англоязычных студентов русскому языку не везде уделялось должное внимание, соответственно, и освоение ими клинических знаний, умений и навыков в русскоязычном сообществе протекало не столь эффективно. В результате этого «демпингового» периода был нанесен ущерб репутации некоторых российских и украинских медвузов, ставились в Индии, Малайзии, Великобритании, некоторых штатах США под сомнение вопросы признания их дипломов. Аналогичные проблемы были и в других «демпингующих» на рынке медицинских квалификаций странах (карибские государства, Румыния) [31]. В итоге правительство штата Калифорния, например, постановило, что если в «признаваемом» университете имеется медицинская программа не на официальном государственном языке, то ее надо отдельно провести через процедуру одобрения в этом штате, а иначе дипломы, полученные по завершении такой программы признавать нельзя [32].

Можем, но...

До сих пор в медвузах постсоветских республик практически нет студентов из стран «семёрки» — наиболее развитых в медицинском отношении государств (если не считать небольшого количества детей натурализованных эмигрантов из нашей страны) [6]. В СССР в конце его существования учился каждый 10-й иностранный студент мира, сейчас доля РФ менее 4,9% [25-26]. Почему же российские медвузы с их громадным потенциалом и классическими традициями не участвуют в освоении этих сфер медицинского образовательного

го рынка? Как декан первой в истории отечественной медицинской образовательной программы на английском языке, давшей первых (и пока единственных) урожденных американцев – врачей с российским дипломом (1993-1998), выскажу свое мнение на этот счет.

Первая причина – объективно существующие различия в объеме, характере и продолжительности образования, необходимого для поступления на медицинский факультет в России и в англоязычных странах, поэтому огромная часть потенциальных абитуриентов отсекается от российских медицинских школ. Дело в различии систем и традиций преемственности школьного, общеуниверситетского и профессионального высшего образования. В России действуют унифицированные положения, согласно которым студентом 1-го курса может стать любой 17-летний школьник, получивший аттестат зрелости об окончании полной средней школы, если он успешно прошел по конкурсу результатов ЕГЭ.

В США, Канаде и многих других англоязычных странах поступить в Medical School (эквивалент медвуза) в столь раннем возрасте и при таком предварительном образовании попросту нельзя. Дело в том, что немедицинские и общеобразовательные дисциплины, составляющие по действующему Госстандарту львиную долю учебного плана 1-го и 2-го курсов российских медвузов, в Medical School совсем не преподаются. Это происходит совсем не из-за нелюбви тамошних медиков к химии, физике, общей биологии, языкам, философии и другим нужным специалисту высшей квалификации предметам, а потому, что Medical School в США — профессиональная школа. Общеуниверситетское образование обеспечивается не ею, а особым звеном, стоящим между полной средней школой (которая в США двенадцатилетняя) и медвузами. Это звено отсутствует в российской системе. Оно называется College [28].

Здесь, возможно, будет небесполезным семантическое отступление от основной темы, обрисовывающее некоторые филологические трудности. Эти трудности выглядят умозрительными, но при сравнении документов о квалификации и образовании, полученных в России и англоязычных странах, они порождают вполне реальные недоразумения и могут быть источником ошибок и взаимных огорчений (рис. 1). Много недоразумений происходит из-за того, что в России названием «колледж» легально пользуются многие средние профессиональные учебные заведения. Из-за этого множество отечественных студентов и даже профессионалов вузовской системы находятся в ошибочной уверенности, что американский College — это тоже среднее учебное заведение, что-то

типа техникума или медучилища (Medical College). Но фактически University College в США — это высшее учебное заведение, выполняющее функции общеуниверситетского образования [6].

Срок обучения в большинстве колледжей 4 года, и они присуждают степень бакалавра наук, что буквально соответствует п. 4 ст. 6 российского «Закона о высшем и послевузовском профессиональном образовании», требующей этого срока для бакалавриата [33].

Как это по-русски...

Видим	Кажется	А на самом деле...
Medical College	Медучилище	Медвуз
Faculty	Факультет	Профессорско-преподавательский состав
Program	Программа	Специальность
Syllabus	?	Программа
Учебный план	Plan	Curriculum
Professor	Профессор	Преподаватель
Institute	Институт	Учреждение

Рис. 1. Некоторые различия в терминах, применяемых в медицинском образовании России и англоязычных стран [18].

К слову, отвечая на вопрос о том, как соотносятся медицинское образование и универсальная европейская двухстепенная система «бакалавр-магистр», заметим, что с нашей точки зрения, в системе медицинского образования нет места механическому переходу на упомянутые градации. У медиков уровню бакалавриата соответствует среднее специальное медицинское образование и квалификация фельдшера. Поэтому фактически наши российские бакалавры-медики — это выпускники медучилищ с дипломами фельдшеров. Сложившаяся практика предусматривает, что квалификации фельдшера отечественный студент-медик достигает к 4-му курсу медвуза. Это подтверждается наличием в наших учебных планах производственной практики в качестве помощника врача, к которой студент-медик как раз и допускается после 4-го курса. На наш взгляд, следовало бы обозначать выпускников медучилищ с квалификацией фельдшера как бакалавров медицины и шире предлагать им при поступлении в медвуз индивидуальные учебные планы с зачетом не только медсестринской и фельдшерской практики (что делается уже сейчас), но и той части теоретического курса, которая совпадает с программой, изученной в медучилище. В рамках такого классического университета, каким является СПбГУ, медицинский факультет, готовящий врачей, и

медицинский колледж, выпускающий медсестёр, сосуществуют в структуре единого целого, что может облегчить подобную интеграцию.

«What's in a name? that which we call a rose by any other name would smell as sweet»¹

Что же касается медвуза, то его выпускник — это не магистр, а доктор медицины (M.D.). Данное квалификационное определение существует в большинстве европейских стран и в Северной Америке. При этом подразумевается, что и длительность, и насыщенность 6-летнего обучения выпускника медвуза больше, чем это предусмотрено магистерскими программами по немедицинским специальностям. Врач — это «интегрированный», то есть, немедленно по окончании медвуза способный к прикладной профессиональной деятельности магистр. Лишь Великобритания и некоторые ее бывшие колонии, да страны, испытавшие большое влияние британских науки и культуры именуют выпускника медвуза «MBBS» - *Medicinae Baccalaureus, Baccalaureus Chirurgiae*— то есть бакалавром медицины и хирургии. Таких государств – от Великобритании до Зимбабве – на Земле сейчас 44. В этих странах зачастую доктор медицины – это человек, приплюсовавший к своему MBBS еще и научную диссертацию, связанную с медициной.

Вопрос, «кто они — российские бакалавры медицины?» не единственная статусно-филологическая препона на пути международных программ врачебного образования. На рис. 1 выше приведены некоторые из таких семантических «ловушек».

Россия — страна безграничного народного уважения к учёности и учёным. Очевидно, это наследие реформ основателя нашего университета, города и Империи — Петра Великого. Название Академия окружено у нас (как, впрочем, и во Франции) сакральным почётом, и его использование ограничивается законом (см. «Закон об образовании», ст. 9 п. 3 и действующий указ президента РФ от 1991 г., специально регламентирующий употребление этого термина) [34]. Стоило реформаторам в июле 2013 г. поторопиться с изменением статуса Академии наук – и все мы стали свидетелями большого общественного возмущения, вынудившего торопливых стать осмотрительнее, ибо Россия – страна чтимой обществом научной традиции [35]. В ряде стран любая общественная организация вольна именовать себя Academy — и из этого не следует никаких автоматических выводов об интеллектуальном уровне ее членов. Многие такие

¹W. Shakespeare, *Romeo and Juliet*, Act II, Scene II.

организации даже делают бизнес, продавая дипломы о членстве в те страны, где Member of Academy традиционно воспринимается как почетнейшее научное звание [34]. Слово «институт» звучит для русского уха очень солидно (и это подкрепляется п. 4 цитированной выше статьи отечественного «Закона о высшем образовании» и «Законом о науке») и совершенно не сравнимо с российской репутацией термина “колледж”. Однако, имея дело с американскими и западноевропейскими образовательными организациями, следует помнить, что в ряде стран Institute обозначает всего лишь «учреждение», и, таким образом, нет никаких юридических препятствий конторе из нескольких оборотистых бизнесменов официально именоваться “Institute of Global Affairs and Human Resources” или как-нибудь еще более пышно и внушительно для русского уха. А вот College имеет право на существование в США, только если обеспечивает подготовку бакалавров.

Язык – предпосылка и инструмент мышления, а профессиональный, академический и медицинский тезаурус – важнейшее условие профессиональной медицинской умственной деятельности. Человек, занятый международными образовательными программами, поневоле отдает должное глубине и прозорливости философии позитивизма, по которой многие, если не все, беды происходят из-за разного понимания одних и тех же слов и одинакового смысла, придаваемого различным терминам [36]. В России выпускнику мединститута присваивается квалификация врача. Эта нейтральная формулировка, сохранившаяся с советских времен, подчеркивает узкопрофессиональный, служебный аспект высшего медицинского образования (инженер, технолог, врач, учитель...) и намеренно исключает всякую титульность и статусность: будущему участковому терапевту или педиатру было не до университетских мантий и шапочек. Более того, эта формулировка была намеренно введена Наркомздравом и Наркомобразом СССР в те самые годы, когда медицинские факультеты вывели за пределы советских университетов (1930) и сделали самостоятельными медвузами.

На наш взгляд, такое решение было попыткой отнять у врача часть общественного доверия и престижа (такие попытки мы видим и сейчас – например, в massmedia, изображающих врачей взяточниками и недоучками, хотя россияне все равно доверяют врачам больше, чем бизнесменам и госчиновникам).

В советском обществе власть не могла смириться с тем, чтобы служитель культа или служитель Асклепия пользовались бóльшим доверием и уваже-

нием людей, чем партработник и совслужащий. Поэтому и лишили медицинский диплом ореола статусности, изгнав из него университетскую формулировку и заменив на узкопрофессиональную. Никаких степеней посвященности и таинств — просто врач, мастер по ремонту живого инвентаря [13]. А ведь это противоречит сверхзадаче образования как пропуска в определенную корпорацию интеллектуалов, мастеров! «Образование – то, что останется с вами после того, как вы забудете все, чему вас учили», - сказал Нобелевский лауреат Вернер Гейзенберг в 1954 г. на юбилее родной мюнхенской Максимилиановской гимназии [37]. То же самое мог бы сказать блистательный ученый и государственный деятель эпохи археомодерна С.М. Лукьянов, когда, побывав профессором патологии, товарищем министра народного просвещения и даже оберпрокурором Священного синода Русской православной церкви, вернулся в послереволюционные годы на Кировскую улицу, в родную Петришуле преподавать немецкий язык [46]. В недавней статье А.П. Пуговкин справедливо подчеркивает, что образование дает прежде всего адекватное восприятие мира в пространстве и времени, способность обновлять и практически применять знания, а в здоровом обществе также социализует человека – то есть вводит в круг равных и определяет место в социуме [38]. Правда, сегодня не во всех странах наиболее образованные формируют общественную элиту. Но человечество к этому идет.

В США в дипломе врача (как, кстати, и в российских дипломах, предназначенных для выпускников-иностранцев) стоит не “Qualified as a physician”, а “awarded the title (conferred upon the Degree) of Doctor of Medicine”, то есть буквально “присужден титул или степень доктора медицины”, что, согласитесь, воспринимается абсолютно иначе, хотя на деле относится к лицам той же квалификации! Точно также величественные буквы R.N. после фамилии американского коллеги означают наличие квалификации «дипломированная медсестра» (см. выше наши соображения о фельдшере как бакалавре). Подобное различие в восприятии и интерпретации одних и тех же квалификаций глубоко симптоматично.

Начиная со знаменитого указа о выведении высшей медицинской школы за рамки университетов, в СССР проводилась политика ликвидации сословного духа медицинской профессии и понижения общественного статуса интеллектуалов вообще и врачей, в частности. И мы пожинаем плоды этого. Престиж русского слова «врач» во времена А.П. Чехова был много выше [13]. А вот

США, пожалуй, и сейчас нет более почетного и престижного титула, чем M.D. Если медик из США, обладающий целым рядом славных титулов и научных званий кратко представляется или пишет письмо русскому коллеге, то он опустит все свои регалии, но обязательно упомянет: “Dr. Smith”. Встречались ли вам звезды отечественной медицинской науки, которые в аналогичной ситуации ограничились бы в официальном документе подписью типа “Иванов, врач”? [8]

В СССР — стране мощной науки — научная карьера была для многих престижнее медицинской. Для США — наоборот, и дело не только в деньгах. Юристы зарабатывают там даже больше медиков, но общественное мнение традиционно доверяет доктору скорее, чем “законнику”. В письме из Америки, адресованном отечественному медику—члену нескольких Академий, может стоять просто: «Доктору такому-то» — и это не знак неуважения, а совсем наоборот. Таковы уж различия менталитета в нашей евразийской стране и в США, не переживших ни феодализма, ни коммунизма и созданных переселенцами, в большинстве своем далекими от классических европейских университетских традиций [13, 28].

Использование аббревиатуры M.D. в США и иных англоязычных странах регулируется законом. В России слово “врач” закономерно присутствует в дипломе любого медицинского факультета. В США только врач-лечебник после резидентуры (эквивалент нашей интернатуры) может титуловаться M.D. Выпускники Schools of Public Health and Preventive Medicine (эквивалент наших санитарно-гигиенических факультетов) получают титул M.P.H. — магистр общественного здравоохранения. В Индии врачу после трехгодичной специализированной ординатуры (не предполагающей квалификационного научного исследования) присуждают степень D.M. – Doctor of Medicine. Казалось бы, от перестановки букв ничего не меняется. На деле у M.D. и D.M. совершенно разный профессионально-правовой статус (в последнем случае – более высокий). Эта деталь — чисто индийская. В настоящее время СПбГУ также (в партнерстве с Йельским университетом США) ведет подготовку по специальности «Магистр общественного здравоохранения» (M.P.H.) в режиме второго высшего образования, прежде всего — для специалистов с неврачебными дипломами, однако, она открыта и для врачей.

В России будущие стоматологи, лечебники, педиатры — все считаются студентами-медиками. В американской вузовской практике термин Medical Students не применяется к стоматологам. Более того, повседневным является

термин *Medical Doctors*, смешной для русского уха, который для американцев не содержит никакой тавтологии и переводится не как «медицинские врачи», а скорее как «врачи-аллопаты» или «врачи-лечебники». Дело в том, что в нашей культуре традиционно доминирует целостный подход к организму больного, к болезни и к самой медицине. Поэтому, по российскому закону ряд медицинских специальностей можно получить в отечественных медвузах только на основе последипломной специализации, уже имея, как минимум, диплом врача общей практики [18]. Это относится и к мануальной терапии, гомеопатии, остеопатии, ортопедии и ее различным субспециализациям и направлениям. В США и Канаде, некоторых странах Западной Европы и третьего мира в силу исторических причин сохранился редуccionистский подход к вопросам разграничения врачебных специальностей и полномочий. Это привело к своеобразной системе ранней специализации и обособления некоторых ветвей медицины до статуса их полного разграничения. Поясним это на примерах.

После совместного изучения базовых и медико-биологических дисциплин в университетском колледже в США его выпускники поступают на четырехгодичное обучение в *Professional School*. Это может быть *Medical School* (медицинский факультет), после чего специалист получает *M.D.* и становится врачом-лечебником. Проведя 4 года в *Dental School* (стоматологический факультет), можно получить диплом и степень *D.D.S.* (врача-стоматолога). Обучаясь 4 года в *School of Podiatry* (подиатрический факультет — не путать с педиатрическим, готовящим детских врачей), выпускник становится *D.P.M.* — дипломированным специалистом по лечению болезней нижних конечностей (!!!) — но не выше колена... . Можно спорить о правомерности выделения такой дипломной специализации: в капустниках отечественных студентов-медиков, воспитанных в холистическом духе и уверенных, что болеет не рука, нога или сердце, а целостный организм, есть немало шуток о «специалистах по лечению правого уха». Тем не менее, *D.P.M.* — важный и полноправный элемент исторически сложившейся в США рыночно-страховой системы здравоохранения, его квалификация контролируется общенациональным стандартом, и без работы он не сидит. А вот педиатром в Западной Европе и в США, в отличие от России, можно стать только в рамках последипломной специализации, уже имея *M.D.*

После четырехгодичной *School of Optometry* можно стать *O.D.* и иметь право лечить исключительно ряд глазных болезней, притом — только неинвазивно. Как следствие этого, от выпускника *Medical School* в США, в отличие от

его российского собрата, нельзя требовать умения подобрать очки — это не его специальность. В то же время оцените следующее: оптометрист в США – университетская специальность (в России она требует лишь среднего образования).

School of Chiropractic, что следовало бы наиболее точно переводить, как факультет мануальной терапии, дает после 4 лет обучения при количестве нормо-часов, практически равном Medical School, степень доктора мануальной терапии (D.C.) [28]. Термин «хиропрактика» малоизвестен в России и в новинку в большинстве европейских стран, кроме Франции (где это – последипломная специализация) и скандинавских (в течение долгих лет для русского читателя едва ли не единственным источником информации об этой части американской системы здравоохранения была едкая сатирическая книжка финского писателя Матти Ларни «Четвёртый позвонок»). Кроме того, по созвучию этот термин напоминает негативно воспринимаемую многими лженауку гадания по руке - хиромантию, с которой он не имеет, конечно, ничего общего. Поэтому нам представляется, что мануальная терапия — более адекватный перевод. К сожалению, и здесь есть основа для семантических проблем, так как в России узаконенные мануальные терапевты — это, исключительно, специализировавшиеся после диплома врачи.

В США общая продолжительность обучения после полной средней школы по специальности “мануальная терапия” — 6—8 лет, как и для врача-лечебника. D.C. специализируются на неинвазивных нелекарственных методах лечения болезней позвоночника и спины, имеют фундаментальную подготовку в этих разделах ортопедии и смежных областях, они хорошо ориентированы в отдельных частях курса внутренних болезней, неврологии, лабораторной и инструментальной диагностики, но их обучение не содержит хирургических дисциплин и фармакологии, и закон не разрешает им применять инвазивные манипуляции. Круг применяемых D.C. лекарств ограничен узким списком анальгетиков, витаминов и минеральных препаратов. В то же время, M.D. при данной системе не имеет глубокой подготовки в разделах, отведенных для D.C., и, как правило, не лечит болезни спины и позвоночника.

После четырехгодичного обучения в School of Osteopathy американский выпускник получает диплом D.O. и право лечить пациентов с различными болезнями в соответствии с этой своеобразной обособленной доктриной, во многом альтернативной как аллопатической медицине, так и мануальной терапии и гораздо слабее связанной с комплексом естественных наук. В рамках СПбГУ

функционирует в настоящее время Институт остеопатии, осуществляющий последипломную подготовку врачей по этому направлению. В России остеопаты, как и гомеопаты – исключительно, последипломная специализация для тех, у кого есть диплом врача. Но кое-где в англоязычном мире это – независимые ветви дипломного обучения (например, гомеопатия в Индии), а стало быть тамошний остеопат или гомеопат – это не врач в нашем формально-квалификационном понимании [39].

Для всех шести вышеперечисленных ветвей медицины в США действует изоморфная система государственной сертификации, лицензирования и контроля качества знаний. Эти вопросы, как и периодичность переподготовки и усовершенствования специалистов-медиков высшего звена, курируются соответствующими комиссиями на уровне штатов. Специалисты каждого профиля объединены в профильные общенациональные ассоциации [6, 28]. В условиях страховой медицины, особенно в годы реформы здравоохранения, в наивыгоднейшем положении среди всех этих профилей оказались M.D., у которых огромный список назначений, услуг и процедур оплачивается из системы обязательного медицинского страхования. У тех же D.C. он укладывается в тонкую брошюру. Это делает круг их постоянных пациентов уже, а доходы — существенно ниже, чем у M.D., при формально равном статусе образования и сопоставимых учебных планах. Посему значительное количество американских докторов — представителей перечисленных выше узких специальностей — хотело бы переквалифицироваться во врачей общей практики [6]. Такая ситуация принципиально немыслима в России, где специализация возможна в основном после дипломного обучения, и где только последипломное обучение укрепляет профессиональный статус и экономическое положение врача! Думаем, что немногие отечественные гомеопаты, остеопаты или мануальные терапевты предпочли бы вновь вернуться на позицию врача общей практики. А вот их коллеги из США исходят из того, что M.D. — рыночно более перспективная профессия. Переучиваться они часто предпочитают за границей, так как взаимоотношения между АМА, контролирующей медицинские школы, и представителями их специальностей достаточно холодные и, во многом, отравлены конкуренцией за пациентов и страховые фонды. И здесь мы должны вернуться к причинам отсутствия студентов-медиков из развитых зарубежных стран в РФ. Американским школьникам мысль о поступлении в российский медвуз просто не может прийти в голову, так как выпускники средних школ в медвузы, в американском

понимании этого слова, не поступают, а эквивалента американских университетских колледжей и школ базовых медико-биологических наук в России нет. Следовательно, основной контингент потенциальных студентов-медиков из США в России могли бы составить зрелые специалисты, получающие медицинское образование, фактически как второе высшее с уже приобретенными степенями бакалавра, магистра и/или доктора одной из названных узких специальностей. Но здесь барьером служит то, что российские вузы в типичном случае предлагают стандартную программу, состоящую из годичного изучения русского языка на подготовительном отделении и шестилетнего обучения вместе со вчерашними школьниками. Для специалиста-медика в возрасте 26—30 лет или еще старше (12 лет в школе + 4 года колледжа + 4 года высшей профессиональной школы + некий стаж работы по специальности, позволивший убедиться в необходимости переквалификации) это неприемлемо. Не забудем, что и эквивалент нашей ординатуры – ClinicalResidency – за рубежом гораздо продолжительнее (3-6 лет вместо наших теперешних 2) и неизмеримо насыщеннее по трудовой и учебной нагрузке.

Среди наших студентов в первой в России англоязычной медицинской программе, успешно реализованной в 1993—1998 гг. в Педиатрической академии в Санкт-Петербурге (см. ниже) был старейший выпускник этого вуза Рэндольф Освальд Дордон-Березовски (стоит 4-й справа на фото 2 ниже), получивший российский диплом врача в возрасте 64-х лет (!) [40].

Свобода – ключ к эффективности

Имеющаяся в наших вузах типовая практика обучения иностранных студентов удобна при работе с выходцами из развивающихся стран, где существенно ниже качество школьного образования. Но она отсекает от российских вузов значительные группы потенциальных студентов из развитых государств.

Ст. 11 п. 7 «Закона о высшем и послевузовском профессиональном образовании в РФ» [33] предоставляет ученым советам вузов право принимать решения об обучении по ускоренным и сокращенным программам лиц, уровень предыдущего образования и способности которых являются для этого достаточным основанием. Однако на практике это право применяется в медобразовании очень редко, так как такая форма работы требует значительных самостоятельных усилий вузов по созданию и выполнению индивидуализированных учебных планов, поддержанию для таких студентов нестандартной образовательной траектории, а автономия вузов в нашей стране восстановлена лишь

относительно недавно законом от 1995 года. На сегодня в полной мере автономны в РФ, в соответствии с «Законом о двух университетах» [41], лишь МГУ и СПбГУ, которые не должны следовать стандартам Минздрава и Минобразования, а сами определяют свои образовательные стандарты, приравненные к государственным, утверждают их своими учеными советами, а также выдают дипломы не типового общегосударственного, а своего собственного образца. Кстати, в СПбГУ этот диплом двуязычный, его оригинал выдается на английском и русском языках и в нем стоит именно “DoctorofMedicine” для лечебников и “DoctorofDentalMedicine” – для стоматологов.

В то же время в США и других развитых странах так называемые *Advanced Standing Degree Programmes* — это обычная рутинная практика, позволяющая иметь гибкую и экономичную систему переобучения. Кроме того, в этих странах существенно большая, чем в подчиненных Минздраву вузах России, часть учебного плана студента-медика приходится на элективы, являясь нестандартной. Закон об особом статусе дал простор для инноваций профессорско-преподавательскому составу МГУ и СПбГУ. В СПбГУ создание собственного образовательного стандарта реализации программ по лечебному делу позволило значительно изменить и осовременить учебный план медфакультета, отойти от отживших стереотипов, найти новые точки сближения с мировой практикой классического университетского медицинского образования. [42]. Новый стандарт СПбГУ кардинально отличается и от старого, и от нового общероссийского. Значительному сокращению подверглись дисциплины общеобразовательного цикла 1-2 курсов (так, физкультура, ранее поглощавшая больше учебного времени, чем анатомия, вообще выведена за рамки учебного плана). В то же время, в обязательной программе медфака появились молекулярная биология, общая иммунология, общая онкология, частная (клиническая) патология, дополнившие (вместе с разнообразными элективами) преподавание базовых классических курсов патофизиологии и патологической анатомии, которые отнюдь не сократились. В результате студенты-медики проходят «линейку» патобиологических дисциплин – с 3 по 8 семестры. Значительно расширилось и удлинилось до выпускного курса преподавание английского языка, на 6 курсе появились время для полноценной субординатуры и период, выделенный для подготовки выпускной квалификационной работы. Одну из глав дипломной работы выпускники в перспективе будут писать, а при желании – и защищать на английском языке. Двуязычной стала проводимая СПбГУ традиционная все-

российская конференция молодых исследователей, в этом году собравшая более 650 представителей 18 стран.

Что мешает интеграции?

Реальная образовательная интеграция с остальной Европой сдерживается и тем фактом, что Россия — не член Евросоюза, а стало быть, российские врачи не пользуются полной свободой трудоустройства в странах Евросоюза, как ни адаптируй формулировки в дипломах к евростандарту. Впрочем, при хорошем знании национального языка в стране проживания российский медицинский диплом — не препятствие, а подспорье для практики по специальности: это вполне возможно после сдачи соответствующих национальных экзаменов (см. выше пример Финляндии). Российские стандарты медобразования по сути, соответствуют евросоюзным, отличия формальны. Вообще единая централизованная государственная сертификация университетских образовательных программ, привычная для СССР и России, в новинку во многих зарубежных странах с их столетиями истории высшей школы. Стажируясь в Университете Энкхеде, автор этих строк с удивлением узнал, что в Голландии она была введена лишь в 2003 г. — в связи с директивой Евросоюза. До этого веками голландский монарх и правительство резонно полагали, что профессора Лейдена и других университетов сами знают, чему учат.

Языковые особенности, однако, важны даже в мелочах: например, при переводе дипломов. Наименование ряда курсов и кафедр, обязательное для российских медвузов, буквальному переводу на английский язык не подлежит, так как на Западе никогда не практиковалась уникальная пироговская трехступенчатая система обучения клинической медицине (пропедевтика—факультетский курс—госпитальный курс) [43]. Вместо нее существует практика вводного курса и последующих “Clinical Clerkships”. В американских медвузах эквивалент пропедевтики традиционно представлен сразу двумя курсами: “Introduction into Internal Medicine” и “Laboratory & Instrumental Diagnosis”. Иностранцы выпускники российских медвузов, порой, вынуждены терпеть неудобства из-за того, что в их транскриптах стоит непонятное некоторым профессионалам системы медицинского лицензирования и нострификации на Западе или буквально скалькированное с русского “Propedeutics of Internal Diseases”, “Hospital Surgery”, “Faculty Therapy”, что для читающего диплом выглядит бессмысленно [44]. В дипломе СПбГУ комиссия специалистов - медиков и филологов остановилась на таких переводах пироговской «троицы»: “Introduction into Internal

Medicine”, “Academic Course of Internal Medicine” и “Hospital Course of Internal Medicine”.

Понимают ли медики сами себя или «парадокс Миклухо-Маклая»

Когда великий русский антрополог, вольнослушатель нашего университета и выпускник Гейдельберга (кстати, воспользовавшийся в 1864 г. существовавшим тогда автоматическим признанием российских образовательных документов в Германии) Н.Н. Миклухо-Маклай (1846-1888) изучал жизнь и быт папуасов Новой Гвинеи, его поразило, что в соседних деревнях люди разговаривали на разных языках и не понимали друг друга. В этой связи заметим, что медицина — единственная из важнейших наук, в которой до сих пор не решена задача создания единого профессионального языка. Врачи в разных странах не только называют одинаковыми терминами разные, а различными — одни и те же понятия [45]. Даже в одной стране медики разных специальностей порой применяют разные термины для обозначения одного и того же. То, что для русского и немца – белый тромб, для англичанина и американца – plateletplug (буквально: тромбоцитарная затычка). Это не означает, что по одну сторону пролива Ла-Манш (а, быть может, Английского канала?) медики образованнее, чем по другую. Но, увы, это значит, что их тезаурус не совпадает. Одни и те же «именные» болезни, синдромы, методы, явления (а их более 9500!) в медицинском сообществе разных стран исторически принято именовать в честь разных медиков. Например, американцы называют сидеропенический ларингофарингоэзофагит синдромом Пламмера—Винсона, британцы то же заболевание именуют синдромом Патерсона—Келли, а скандинавы — синдромом Вальденстрёма—Кьельберга. Диффузный токсический зоб в немецко- и русскоязычных странах — болезнь фон Базедова, у итальянцев — болезнь Флаяни, в Ирландии — болезнь Парри, а в Англии и всех ее бывших колониях, включая США — болезнь Грейвса. Эта ситуация, немислимая в физике, химии, математике и большинстве гуманитарных наук, затрудняет преподавание и обучение в международных медицинских программах. Образование как фундаментальное, так и прикладное — это, прежде всего, привитие определённого профессионального мышления, а значит – языка. Обучение иностранцев – не просто информирование, а межкультурная коммуникация. Иностранные студенты часто не имеют возможности полностью понимать образную, содержательную, полную юмора и аллюзий речь своих лучших учителей, самых блестящих лекторов – из-за банального невладения образной терминологией, незнакомства с национальным

тезаурусом и фольклором. И учение в чужой стране не превращается в ученичество в высоком смысле этого слова, что особенно важно в медицине. Поэтому проблема требует решений. Чтобы содействовать решению, нами выпущен «Толковый иллюстрированный словарь избранных медицинских терминов: эпонимы и образные выражения» и готовится «Большой толковый медико-биологический словарь» [46-47]. А пока — терминологические разночтения остаются.

Болонский процесс требует унификации формулировок и терминов в учебных планах и транскриптах, в перечне специализаций. Современные возможности неинвазивного обследования пациентов расширились до уровня молекулярно-генетических изысканий в ходе лечебно-диагностического процесса. Это создает базу для реинтеграции преподавания ряда медико-биологических и клинических дисциплин. Подобный опыт уже имеется в СПбГУ, Самарском медуниверситете, других передовых вузах [44, 48-49]. Возможно, пора начать подготовку по направлению «патобиология – трансляционная медицина», которое было бы открыто и для бакалавров биологии, и (как субординатура-ординатура) для студентов-медиков, изменить номенклатуру специальностей, введя в нее «патобиолога» или «клинического патолога»? Это уже сделано во многих странах Евросоюза. В Великобритании клиническим патологом считается всякий специалист с врачебным дипломом, занятый функциональной, морфологической, а также лабораторной иммунологической, либо биохимической диагностикой. У нас же это название закрепилось с советских времен только за патологоанатомами, а все прочие именуются странными, трудно переводимыми на английский терминами, рожденными еще в советских министерствах: «врач кабинета функциональной диагностики», «врач-лаборант» и т.д. Мы посвятили этой проблеме специальную статью, где вновь подчеркиваем роль языковой подготовки в обучении современных врачей-патологов [50].

20 лет назад и сейчас: не экспорт дипломов и не утечка, но циркуляция мозгов

Объективная экономическая сложность организации обучения студентов из развитых стран в России связана с тем, что в США и многих европейских странах принято учиться на льготные ссуды, предоставляемые банками по соответствующему закону студентам-медикам. Такие ссуды предоставляются гражданам этих стран только для обучения в медицинских школах, официально одобренных медицинскими советами штатов. Процедура одобрения

(“Approval” или приравнение к местным школам) формальна, но сложна, она требует квалифицированного заполнения многостраничных документов, приема комиссии штата на местах и значительного взноса медвуза в казну штата. В штате Нью-Йорк, например, на 1995 год из всех зарубежных медвузов мира были официально приравнены к местным только два факультета — в Иерусалиме и в Бейруте, хотя социально-политическую ситуацию в районе, где расположены эти медвузы, никак не назовёшь более стабильной, чем в Петербурге или Москве. Уровень преподавания в лучших вузах РФ может успешно соперничать с упомянутыми школами. Но, конечно, сказались сильные позиции еврейской и арабской диаспор Нью-Йорка, приветствующих идею обучения молодежи на исторической родине. Не пройдя процедуру приравнивания, российский медвуз может рассчитывать лишь на тех студентов, которые не пользуются льготными ссудами на учебу. В США в настоящее время от 5 до 7 млн русскоязычных граждан. Со дня начала первой в истории англоязычной российской медицинской программы исполняется 20 лет. Тем не менее, и сейчас российские медвузы обучают на английском языке почти исключительно студентов из стран третьего мира, в основном — из Южной Азии и реже – Африки, Латинской Америки.



Рис. 2. Первые в истории американцы — выпускники российской высшей медицинской школы и члены Государственной экзаменационной комиссии после успешной сдачи госэкзаменов (Санкт-Петербургская педиатрическая медицинская академия, 1998 г.) [18, 40].

Немаловажно, что американский закон и законы многих других стран ограждают пациентов от всяких контактов с медиками, не имеющими лицензии на практику в стране, где происходит обследование или лечение. Именно это

обстоятельство мешает налаживанию широкого обмена студентами-медиками старших курсов и преподавателями-клиницистами между США, другими западными странами и Россией. При обмене теоретиками и студентами, изучающими неклинические дисциплины, таких проблем гораздо меньше. Например, пройти практику по биохимии в Каролинском институте в Стокгольме или стажироваться по патофизиологии в университете Кюсю в Фукуоке студент-медик нашего факультета может уже сейчас [51], а для прохождения полноценной практики по терапии или хирургии возникают некоторые юридические барьеры. Но это же обстоятельство повышает конкурентоспособность российских медвузов на международном рынке образовательных услуг: ведь в нашей стране в клинических больницах медвузов со времен Н.И. Пирогова практикуется ранний контакт студентов с пациентами, даже их участие в хирургических операциях, и студенты допускаются в клиники на занятия независимо от их гражданства, под ответственность преподавателя. Правда и это преимущество мы начинаем утрачивать: взаимоотношения медвузов и муниципальных больниц-клинических баз сейчас регулируются гораздо сложнее, чем в советский период. С учетом всех этих трудностей, решая задачу создания конкурентоспособной программы обучения студентов из развитых стран мира в российских медвузах, специалисты из СПбГПМА и СПбГМУ им. И.П. Павлова при участии Комитета по здравоохранению Мэрии Санкт-Петербурга еще в 1993 году создали учебный план, специально предназначенный для обучения в России американских студентов, имеющих ранее полученные степени бакалавра (магистра) наук и доктора хиропрактики [6].

В 1993—1998 гг. эта программа была осуществлена, и первые в истории отечественного высшего медицинского образования 10 американских граждан, выполнив учебный план и сдав госэкзамены, получили российские дипломы врача (фото 2 выше). Несмотря на многие сложности и издержки, свойственные всякому трудному и новому делу, не укладывающемуся в привычные стандартные рамки рутинного функционирования, программа оставила добрый след. Высокий уровень преподавания, обеспеченный в ходе ее реализации профессорско-преподавательским составом СПбГПМА и СПбГМУ, неоднократно отмечался американскими врачами в их письменных и устных отзывах как «не имеющий аналогов во всем их предыдущем студенческом опыте». Сенат штата Нью-Йорк отметил это специальными почетными дипломами, которые федеральный сенатор Кеннет Лаваль вручил представителям вузов-организаторов

программы в знак официального признания ее высокого уровня. В настоящее время накопленный в ходе ее осуществления опыт, документы, кадровый потенциал используются вузами Петербурга в их англоязычных медицинских программах [18]. Данная пилотная программа уже стала историей. Но массового характера обучение американцев в России не приобрело. Наиболее острые проблемы, возникающие в ходе реализации этих программ, помимо отмеченных выше, сводятся к следующему. Англоязычная программа — это не только преподаватель, говорящий на языке Шекспира, но и англоязычная среда обучения. Однако вузовский административный и учебно-вспомогательный персонал — от библиотекаря, до коменданта общежития — за редким исключением, не владеет в нужной степени английским языком. В библиотеках российских вузов мало принятых в зарубежной практике англоязычных медицинских учебников. Типовые российские учебники для студентов-медиков в большинстве своем не переведены на английский язык, а те, что переводились и выпускались, давно распроданы. Российские издательства не сильно заинтересованы в публикации западных медицинских учебников или в переводе отечественных — из-за ограниченности платежеспособного спроса на них в нашем медицинском сообществе. Допустим, издательство решило дать российскому читателю учебник патологии Роббинса, Котрана и Кумара, по которому учатся в англоязычных странах. Книга сопоставимого объема и полиграфического качества будет в России стоить значительно более 3000 рублей без магазинных наценок, в свою очередь, близких к 100%. Многие ли российские медики — студенты и не студенты — при всем желании окажутся готовыми ее купить? В ходе осуществления программы преподаватели сами создают англоязычные и двуязычные учебные пособия (например, на Украине – [52]), но это не решает всех проблем. В настоящее время на материале подязыка терапии и патологии мы разработали с участием наших выпускников – носителей языка, закончивших первую в истории России English medium M.D. Programme и успешно практикующих в США и на Британских островах, аудио-текстовое руководство «Английский язык для медиков», которое вышло из печати в 2012 г и оказалось очень востребованным [53]. На этой базе в учебный план медфакультета СПбГУ введен с 2013/14 учебного года соответствующий электив.

Клинические занятия студента-медика проходят в больницах и поликлиниках, где студент должен обследовать русскоязычных пациентов и знакомиться с русскими историями болезни, вести медицинскую документацию, взаимо-

действовать со средним медперсоналом и сотрудниками лабораторий, которые, в большинстве своем, не говорят по-английски. Деятельность учреждений здравоохранения в РФ не подчинена наднациональным медицинским стандартам. Российский врач пока что меньше своего зарубежного коллеги оглядывается на стандарты доказательной медицины, работая в русле творческого следования авторитетным рекомендациям [54]. Даже номенклатура выставляемых диагнозов, как убедились специалисты СПбГУ, пытаюсь объединить клинические базы локальной электронной сетью для создания соответствующих архивов данных, на практике не унифицирована и не соответствует Международной классификации болезней, формально, признаваемой отечественной медицинской наукой. С нашей точки зрения, путь авторитетной шаблонизации действий врача, который иногда популяризуют как «последнее слово доказательной медицины» ведет в тупик. Он изгоняет из медицины авторство и превратил бы работу врача из профессионального умственного труда в служебно-сервисное исполнение – как, например, у почтовых работников. Он противоречит боткинскому принципу российской клинической школы: лечить не болезнь, а больного. Врач всегда будет погрешим, сделать его непогрешимым через доказательную медицину не получится. Получится иное: расширить знаменитое «Не повреди!» до пошлого «Не повреди... себе!», протащив во врачебную деятельность чуждую медицине категорию алиби [13, 44]. В последнее время, в угоду страховому медицинскому бизнесу в России ускоренно и зачастую формально внедряется то, что принято у нас на веру в качестве стандартов доказательной медицины. Один из результатов этого – обеспокоенность и даже возмущение в медицинской среде, среди врачей, которые не без оснований усматривают в получающемся постсоветско-американском гибриде покушение на творческую составляющую врачебного труда [см.: 55].

Образование – это еще и экзамены. В зарубежной медицинской школе наблюдается культ объективных методов оценки знаний, что вылилось в тенденцию устранить личность экзаменатора из процедуры контроля. Экзамен в нашем, российском виде как живое собеседование студента с профессором или комиссией преподавателей на темы билета с демонстрацией практических навыков повсеместно исключен из жизни американской медицинской школы и из практики многих европейских медвузов. Он заменен компьютерным или анкетным “multiple choice test”. Находясь в тисках юридического контроля и правового фетишизма, наши американские коллеги вынуждены были пойти на такую

сюрреалистическую экзотику, как экзамен на здоровых актерах, изображающих болезни. Классическая технология контроля знаний, принятая в медвузах нашей страны, непривычна для зарубежных студентов [4, 28]. В последнее время, не доверяя российским преподавателям, пользовавшимся доверием власти и в имперский, и в советский периоды, шаги в этом направлении делает и Минобрразования РФ: вспомним переход к ЕГЭ в средней школе и повсеместное внедрение письменных форм контроля и тестирований в высшей.

Автор уверен, что студенты-медики и в XXI веке (если им повезло с учителями) будут изучать медицину авторскую, а не шаблонную. Значит, роль изучения студентами-иностранцами языка страны обучения будет только нарастать. Несмотря на то, что все академические часы в программе англоязычного медицинского обучения преподаются на английском, на территории России по положениям Минздрава получить диплом врача и практиковать медицину может только медик, в достаточной степени владеющий русским языком. Стоит подумать и о модификации традиционной для наших вузов унаследованной от СССР системы, при которой у иностранных студентов свой деканат. Ничего подобного нет в зарубежных университетах, где деканат один на всех, независимо от гражданства. Этот вопрос тесно связан с необходимостью соблюдения визового законодательства. Россия относится к числу немногих европейских стран, сохраняющих визовый режим во взаимоотношениях с подавляющим большинством государств. И это обстоятельство (как и отсутствие у большинства наших, даже крупнейших, вузов своих постоянных представительств в странах дальнего зарубежья) работает против равноправной конкуренции отечественных университетов на международном рынке. Финские или шведские студенты, живущие на расстоянии 3 часов езды на автомобиле или 45 минут лета от Петербурга могли бы стать постоянным контингентом в наших вузах. Но это произойдет только тогда, когда они смогут без визовых формальностей ездить к родителям на уик-энд. А пока они выбирают вузы стран Европы — зачастую расположенные географически дальше от дома, но доступные без виз. Впрочем, на медицинском факультете СПбГУ уже были первые шведские выпускники. Будем надеяться, что практика соглашений о либерализации визового режима для студентов и преподавателей, заключенных Россией не так давно с Италией, Францией, Польшей, Германией и еще рядом стран, будет значительно расширена.

Дольше, чем кто-либо в нашей стране, в течение 20 лет имея дело с англ-

лоязычным медицинским обучением, автор этих строк, декан первой в России подобной программы, пришел к следующему реалистическому заключению: в современных условиях в российском медицинском вузе осуществление англоязычного обучения иностранцев малорентабельно, организационно весьма хлопотно и гораздо менее привлекательно, чем в 90-е годы. Намного проще (и материально не менее выгодно) учить чуть большую по размеру группу отечественных договорных студентов.

А вот создавать англоязычную среду, учебные возможности, предпосылки академической мобильности и мотивацию для освоения профессионального английского языка российскими студентами-медиками можно и необходимо, хотя бы так, как это делал царь-батюшка, выделявший значительные средства на стажировку лучших отечественных выпускников-медиков за границей. С годами именно деятельность блестяще владеющих иностранными языками отечественных врачей-патриотов приведет к росту престижа нашего медицинского образования и науки, как это уже произошло с российскими медиками XIX-XX веков – от Н.И. Пирогова до Л.Р. Перельмана [43, 46].

Не надо бояться утечки мозгов. Китайцы имеют огромную диаспору из патриотически настроенных «хуацяо», каждый из которых, занимая в Северной Америке и Европе мало-мальски значимую научно-образовательную должность, зовет к себе научную молодежь из КНР. В КНР очень широко и эффективно поставлено изучение научно-образовательными и медицинскими кадрами английского языка (и, кстати – русского тоже) [56-58]. Люди вырастают в язык и культуру, наработывают связи, оставаясь китайцами – и отсюда огромный прирост публикаций и цитируемости ученых КНР в англоязычной периодике. Для этого, как показывает опыт пост-маоистского Китая, достаточно 20-25 лет (при государственной поддержке процесса и при эмигрантах, благожелательных к своей Родине). А ведь китайцу сложнее освоить английский, чем русскому. Нам надо как-то учитывать этот опыт. До 80 000 отечественных ученых живут и работают вне России. На их работы приходится 90% ссылок на труды россиян в мировой литературе. Но данное явление – не зло, а потенциальное благо для страны. Из Великобритании в год уезжает почти полтора миллиона лиц с высшим образованием, из Германии – более 800 000. Наши 200 000 в год на этом фоне – немного. Но секрет в том, что британские и немецкие ученые и специалисты уезжают временно и остаются британцами, немцами – поддерживая научные или бизнес-связи и кооперацию со своей Родиной. Они ездят

«туда-сюда». Так в последние годы стало и в Китае. Это не утечка, а циркуляция мозгов. И она способствует интеграции национальной науки и медицины этих стран в мировую. В свое время Дэн Сяопин, который и начал после многолетней изоляции КНР посылать китайских студентов и специалистов за рубеж, говорил, что если и 1/10 вернется – задача программы будет выполнена. Сейчас вернувшийся из-за рубежа в КНР крупный ученый (а таких уже около 100) получает индивидуальный грант на 242 000 долларов в год на 3 года на создание лаборатории (при низкой стоимости рабочей силы и материалов в КНР). Если ему нужно оборудование стоимостью более 10 000 долларов – он не покупает его из гранта, а пишет правительству специальную заявку и получает его. Он свободен в подборе сотрудников и их увольнении и отчитывается публикациями и патентами раз в 4 года. Распределение грантов Национального фонда КНР ведут комиссии, в составе которых – зарубежные ученые-китайцы, чтобы поставить дополнительный барьер на пути субъективизма, когда, по выражению Плутарха «мнение царей побеждает».

Важно, чтобы миграция ученых и врачей не была процессом «в одну сторону» или чтобы уехавший не уходил при этом из науки, из медицины. Это будет только тогда, когда в стране будет массовым малый и средний наукоемкий бизнес, позволяющий ученому хорошо зарабатывать и быть востребованным, где бы он ни жил, когда возродятся врачебные «универсалы», то есть небольшие, хорошо оборудованные клиники частнопрактикующих докторов, которые в нашей стране были «обобществлены» во врачебные «совхозы» - поликлиники в 1930-32 гг [57]. Этого не будет, пока в РФ всего 1-3 крупных государственных или монопольных грантодателя: должно появиться много мелких и средних независимых грантодателей и работодателей для ученых и врачей. Научный бюджет Каролинского института в Швеции, одного из лучших научно-исследовательских учреждений и медуниверситетов в Европе, ученый совет которого присуждает Нобелевские премии по медицине и физиологии, в основном формируют не государство и не пресловутые «монополии медфармбизнеса», а совокупный приток от сотен мелких и средних грантодателей, которых «обаяли» отдельные конкретные ученые и проекты. Пока этого (и общественно-экономической среды для этого) нет в России, надо хотя бы максимально упростить, юридически и экономически облегчить инициацию и функционирование совместных научных и научно-внедренческих проектов с зарубежными партнерами. Надо щедро финансировать международное научное сотрудничество в

биомедицине, отправлять наших ученых и студентов за счет государства в длительные командировки-стажировки за рубеж, а не писать бесконечно страшилки об «утечке мозгов». Мозг, который думает по-русски, всегда останется частью отечественной ноосферы.

Заключение в историко-материалистическом ключе.

Суть Болонского процесса не в переименовании учебных предметов и степеней, не в перелицовке учебных планов. Всем этим нужно заниматься крайне осторожно и бережно, чтобы не «смахнуть со стола» уникальные организационно-методические достижения отечественной высшей медицинской школы, обеспечивавшие в течение долгого времени её беспрецедентную эффективность — то есть высокий уровень квалификации и отдачи медицинских кадров при крайне ограниченном их финансировании. Суть процесса в создании организационных, экономических и юридических предпосылок для свободного перемещения всех носителей академических ценностей — студентов, преподавателей, исследователей в пределах общего образовательного пространства. Российская медицинская школа того достойна. Высшей формой признания в науке служит не какая-либо премия (Г. Селье так и не стал Нобелевским лауреатом, несмотря на десятки номинаций) или избрание в некую академию (Д.И. Менделеева так и не избрали), а эпонимизация, когда закон, метод, теорию или объект науки называют по имени первооткрывателя, как синдром Селье или таблицу Менделеева. Работая над толковым словарем эпонимов в патологии [46], мы обнаружили в современном медицинском тезаурусе имена 395 американских, 302 германских, 202 британских, 185 французских и 179 отечественных ученых – что вполне сопоставимо.

На проблему миграции медицинских кадров и международного медицинского образования в наше время можно и нужно смотреть через призму глобальных социально-экономических процессов. Да простит читатель автору отвлечение от конкретики, ведь это следствие национальной типичности стиля умственной деятельности последнего. Чем бы ни занимался русский ум – он всегда создает мировоззрение. Глобализация, о медико-образовательных сторонах которой шла речь выше – всего лишь нейтрализаторский термин, эвфемизм, применяемый вместо термина «постимпериализм» теми социологами, которым по каким-либо причинам не хочется следовать системному историко-материалистическому подходу к рассмотрению явлений современного общественного бытия. А между тем, понятие «постимпериализм» широко обсуждается

в современной литературе [62-63]. Хотя автор не разделяет мнение тех пользователей этого термина, которые считают постимпериализм стадией победы капитала и краха марксистского понимания истории, но нельзя не признать, что именно постимпериализм – высшая стадия капитализма.

Империализм отчуждал, концентрировал и поляризовал богатство, то есть материальную собственность, при этом порождая ряд внешних для индивида противоречий между классами, нациями, странами, группами собственников.

Но постимпериализм идет глубже и дальше, переносит основное противоречие внутрь каждого индивида, посягает на отчуждение этнобиологической сути конкретного человека, его биосоциального уникального потенциала.

Он делает это через глобализацию и эрозию биологически обоснованных личностных ценностей – например, половой и семейной идентичности и ориентации, популяционно-биокультурных стереотипов поведения. В глобальной империи отчуждается уже не только труд и его результаты, но сама суть личности: индивид трактуется как телесная «корпорация», полезная, вредная, либо ненужная для бизнеса. А ведь еще гностики первых веков христианства поняли, что индивид – это микрокосм. Можно ли обкорнать суть человека более варварски, чем это происходит в постмодерне, превращающем нас в постчеловечество? Именно поэтому империя фетишизирует политкорректность, велит индивиду не быть самим собой, следуя авторитетному шаблону. Но это противоречит самой уникальной творческой сути человеческой личности. Пролетариат не стал могильщиком империализма, как предсказывал В.И. Ленин. О ключевой роли культуры, образования и креативности для выполнения миссии пролетариата в истории предупреждал еще автор понятия «техническая интеллигенция» протокибернетик и врач А.А. Богданов. Но крот истории все равно роет в прежнем направлении. Развитие производительных сил создало интернет-технологии, непосредственно обобществляющие результат творческого умственного труда индивида, даже в ущерб его интересам и авторским правам. Но те же достижения овеществовали ноосферу, воплотили ее во всемирной паутине, создав небывалую основу для творческого взаимодействия индивидов, их саморазвития. Эта реальная ноосфера Интернета, в отличие от идеальной, видевшейся В.И. Вернадскому, не возвышенна и не прекрасна, она создается не избранными высшими умами, а «в единичном и через единичное»: умственной деятельностью всех индивидов, в массе своей, мыслящих чрезвычайно несуверенно [2]. Тем не менее, именно благодаря ей на историческую арену вышел-

креатариат – класс, который творит, обеспечивает свое существование творческим умственным трудом, ряд форм которого индивидуализирован. Это класс с неколлективистской психологией. Но ценности и сама творческая энергия креатариата отчуждаются, как и ранее. Так, трудовая миграция врачей из постколониальных и бедных стран в богатые – оборотная сторона вывода материального производства из богатых стран в постколониальные и бедные. Миропорядку при таком развитии общества будут противостоять уже не только классы и группы, но каждый творящий индивид.

Ведь нельзя сделать творческий труд внеличным и шаблонным, хотя он и может быть на определенном технологическом витке индивидуальным. Поэтому именно на текущей ступени монополизации и глобализации постимпериализм и «обожжется», оказавшись последней стадией капитализма. Первые признаки этого мы видим уже сейчас: как восставших креатариев можно трактовать Сноудена и Ассанжа, равно как и авторов «Декларации независимости российских врачей» [55]. Противоречие творческого биосоциального потенциала личности и шаблона, навязываемого постимпериализмом становится основным для нашей эпохи. И врачи, то есть люди, профессиональный умственный труд которых сосредоточен как раз на биосоциальной индивидуальности человека, нешаблонном потенциале его организма не могут не быть важной частью международного креатариата. Они будут участниками грядущего преобразования мира. Автор верит, что это произойдет не в тех формах и не теми средствами, как в предимпериалистическую эпоху у доктора Марата и доктора Гильотена. Тем не менее, в истории именно креатариат окажется могильщиком постимпериализма.

«Философы лишь различным образом объясняли мир, но дело заключается в том...» [64]. А в чем действительно заключается дело сейчас? Думается, что, прежде всего, раньше объяснения мира и даже раньше изменения мира новую модель мира надо придумать.

И это должен быть мир здоровья, ведь здоровье – это свобода [65]. Это будет такой порядок жизни, при котором главная ценность – развитие биокультурного потенциала человеческих индивидов. Врачам там будет, чем заняться: ведь постимпериализм сделал мир больным.

Литература:

1. Дугин А.Г. Постчеловек и постчеловечество / Проблема постчеловека и постчеловечества. Мат-лы научн.-исслед. семинара, вып. 4. М.: Научн. эксперт,

2011. – с. 4 – 17. URL: http://rusrand.ru/doklad/Gum_nauka_vyp_04.pdf (дата доступа: 18.07.2013).
2. Тюкин В.П., Чурилов Л.П. Русский космизм и медицина / Наука и техника: вопросы теории и истории. Тез. XXXVII междунар. годичн. конф-и СПб отд-я Рос. нац. комитета по истории и философии науки и техники РАН (28 ноября-2 декабря 2011 г., С. Петербург). – 2011. – т.37. – с. 373–375.
 3. История 1-го МГМУ. URL: <http://www.mma.ru/mgmu/history/> (дата доступа: 18.07.2013).
 4. Чурилов Л.П., Балахонов А.В., Маевская В.А. и соавт. Российское и зарубежное медицинское образование: Болонский процесс и наш опыт // Аккредитация в образовании. – 2009. – N 30. – с. 26 – 35.
 5. Буккер И. Финское дело о «врачах-невредителях». ПРАВДА.РУ от 15 ноября 2011 г./ Интернет-ресурс, URL: http://www.pravda.ru/society/fashion/tendencies/15-11-2011/1098772-suomi_quasi_doctor-0/ (Дата доступа: 18.07.2013).
 6. Маевская В.А., Чурилов Л.П. О медицинском образовании в России и за рубежом. Ч.1 // Вестн. МАПО.— 2002.—т. 11.—№ 4.— С. 2.
 7. ВОЗ, Ун-т Копенгагена. «Каталоги Авиценны». Всемирный список образовательных учреждений сферы здравоохранения. Интернет-ресурс, URL: <http://avicenna.ku.dk/database/medicine> (Дата доступа: 18.07.2013).
 8. Illich I. Medical Nemesis: the expropriation of health. Pantheon books – Random house Publ.: N.Y., 2010. – 24 P.
 9. Rampell C. **How Much Do Doctors in Other Countries Make?** //New York Times, July 15/2009. URL:<http://economix.blogs.nytimes.com/2009/07/15/how-much-do-doctors-in-other-countries-make/> (Дата доступа: 18.07.2013).
 10. Rösling H. GAPMINDER: for a fact-base world view/ Интернет-ресурс, URL: <http://www.gapminder.org/> (Датадоступа: 18.07.2013).
 11. **International Average Salary Income Comparison.** Интернет-ресурс, URL: <http://www.worldsalaries.org/> (Дата доступа: 14.04.2013).
 12. Анреп, фон В.К., цит .по: Вересаев В.В. Записки врача. С/с в 5 т., т. 1.- М.: Правда, 1961.–с. 224–460.
 13. Зайчик А.Ш., Чурилов Л.П., Чурилов Р.Л. Быть здоровым или иметь здоровье? Сообщение II. Общественная медицина и её экономические основы // Актуальн. пробл. транспортн. медицины. – 2013. - № 2(32) – с. 21 - 30.

14. Центр новостей ООН. Бюллетень от 17.09.2010. У детей из Санкт-Петербурга шансы отпраздновать свое пятилетие такие же как у детей Австралии и Великобритании, а у детей из Туву — как у детей из Эквадора. Интернет-ресурс, URL: <http://www.un.org/russian/news/story.asp?NewsID=14219#.UehVXOUyv5I>(Дата доступа: 14.04.2013).
15. **Челондай Н. Ощутите разницу, или сколько зарабатывают врачи в разных странах// ЦДИ24 от 24 июля 2012 г. Интернет-ресурс, URL: <http://businesspskov.ru/rating/59545.html> (Дата доступа: 14.04.2013).**
16. Хафизьянова Р.Х., Бурькин И.М., Алеева Г.Н. Сравнительная оценка эффективности систем здравоохранения различных стран // Вестн. С.-Петерб. ун-та. Сер. 11. 2013. Вып. 2. С. 214–221.
17. Norcini J.J., Boulet J.R., Dauphinee W.D. et al. Evaluating the quality of care provided by graduates of international medical schools //Health Affairs (Project Hope). – 2010. – V. 29. - N 8. – Pp. 1461–1468. doi:10.1377/hlthaff.2009.0222
18. Петров С.В., Строев Ю.И., Фионик О.В., Чурилов Л.П. Болонский процесс и опыт англоязычных медицинских программ / Россия и Европа на пути интеграции в единое образовательное пространство: опыт международных образовательных программ. Сб. материалов межвузовского семинара (п/ред Демидовой И.Д., Мининой В.Н.), С.-Петербург, 5.11.2004.-СПб. : Борей-Арт, 2007. с. 106-123.
19. Medical School in the United States. Интернет –ресурс, URL: http://en.wikipedia.org/wiki/Medical_school_in_the_United_States (Дата доступа: 18.07.2013)
20. Pardes H. The Coming Shortage of Doctors// The Wall Street Journal (6 November 2009), Интернет –ресурс, URL: <http://online.wsj.com/article/SB10001424052748703574604574499423536935290.html> (Датадоступа: 18.07.2013)
21. Family Medicine Surges in 2008 Match Results. Интернет –ресурс, URL: <http://www.medicalnewstoday.com/releases/101481.php> (Дата доступа: 18.07.2013)
22. Giovanelli M. Foreign-Trained Doctors Kept Out of Practice in US// The PRI's World, 14 April 2011. Интернет –ресурс, URL: <http://www.theworld.org/2011/04/foreign-trained-doctors-kept-out-of-practice-in-us/> (Дата доступа: 18.07.2013)
23. Hope College. Can International Students Attend Medical School in the

- USA? Интернет –ресурс, URL: <http://hope.edu/admissions/apply/international-students/can-international-students-attend-medical-school-usa#sthash.GzN3Lph1.dpuf> (Дата доступа: 18.07.2013)
24. International medical graduate. Интернет –ресурс, URL: http://en.wikipedia.org/wiki/International_medical_graduate (Дата доступа: 18.07.2013)
25. Экспорт образовательных услуг в системе высшего образования Российской Федерации. Интернет-ресурс, URL: <http://www.russia.edu.ru/information/analit/statis/> (Дата доступа: 18.07.2013)
26. Статистика российского образования. Интернет-ресурс, URL: <http://stat.edu.ru/stat/urovni.shtml> (Дата доступа: 18.07.2013)
27. Origin by Country, American Medical Association. Интернет –ресурс, URL: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/about-ama/our-people/member-groups-sections/international-medical-graduates/imgs-in-united-states/imgs-country-origin.shtml> (Дата доступа: 18.07.2013)
28. Ханикатт С.Г. Американский врач с российским дипломом — личный опыт и некоторые сопоставления // Медицина XXI век. — 2008.— № 9 (10). — С. 112—114.
29. Sheppard M.C. Too many Canadians studying medicine overseas. More medical schools opening but no residency positions// CBC News. Health. February, 22, 2011. Интернет-ресурс, URL: <http://www.cbc.ca/news/health/story/2011/02/22/canadian-students-medicine-overseas.html> (Дата доступа: 19.07.2013)
30. Practice medicine in the USA with a green card. Archiveof 2005. Интернет-ресурс, URL: <http://www.usmleforum.com/archives/2005/4/35103.php> (Дата доступа: 19.07.2013)
31. Forum: Russian Medical Schools. Интернет-ресурс, URL: <http://www.valuemd.com/russian-medical-schools/> (Дата доступа: 19.07.2013)
32. The Medical Board of California. Интернет-ресурс, URL: http://www.mbc.ca.gov/applicant/schools_recognized.html (Дата доступа: 19.07.2013)
33. Федеральный закон "О высшем и послевузовском профессиональном образовании" от 22 августа 1996 г. N 125-ФЗ. Интернет-ресурс, URL: <http://www.consultant.ru/popular/education/> (Дата доступа: 19.07.2013)
34. Клейн Л. Липовые академии // Троицкий вариант. – 2010. - № 50. – с.

14. Интернет-ресурс, URL: <http://trv-science.ru/2010/03/30/lipovye-akademii/> (Дата доступа: 19.07.2013)
35. Штерн Б. От блицкрига – к обыкновенной войне // Троицкий вариант. – 2013. - № 133(14). – с. 1 - 2. Интернет-ресурс, URL: <http://trv-science.ru/133N.pdf> (Дата доступа: 19.07.2013)
36. Зайчик А.Ш., Чурилов Л.П. О некоторых семантических аспектах преподавания общей патологии // Матер. науч. конф., посвящ. 100-летию каф. патофизиологии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова 23—29 окт. 1998 г. — СПб.: СПбГМУ, 1998. — С. 60—64.
37. Heisenberg W. Uber das Verhaltnis der Humanitat, Naturwissenschaften und Aebdland / Heisenberg W. Das Naturbild der heutigen Physik. Rowohltsdeutsche Enzyklopadie, Bd. 8. Hamburg, 1955, S. 36-46. Рус. пер.: Гейзенберг В. О соотношении гуманитарного образования, естествознания и западной культуры / В. Гейзенберг. Шаги за горизонт. М., «Прогресс», 1987, с. 34 – 45.
38. Пуговкин, А. П. Сверхзадачи медицинского образования // Вестн. С.-Петербургск. ун-та. Сер. 11. Медицина. - 2012. - N 2. - С. 190-195.
39. Чурилов Л.П. Когда я поверю в научную гомеопатию? // Terra Medica. – 2011. №3–4. С.66 – 73. URL: <http://www.terramedica.spb.ru/all/public/pdf/terra/3-4-66-2011-f80.pdf>
40. Строев Ю.И. Как мы учили американцев // Медицина XXI век. — 2008.— № 9 (10). — С. 115—119.
41. Федеральный закон Российской Федерации от 10 ноября 2009 г. N 259-ФЗ "О Московском государственном университете имени М.В. Ломоносова и Санкт-Петербургском государственном университете", 2009. Интернет-ресурс, URL: <http://www.rg.ru/2009/11/13/university-dok.html> [дата дост.: 26 мая 2013 г.].
42. Санкт-Петербургский государственный университет. Медицинский факультет. Образовательные стандарты. Интернет-ресурс, URL: <http://med.spbu.ru/index3.htm> [дата дост.: 26 мая 2013 г.].
43. Балахонов А.В., Строев Ю.И., Утехин В.И., Чурилов Л.П. Николай Иванович Пирогов и две модели высшего медицинского образования// Актуальн. пробл. трансп. мед. - 2011.- №2.(24). – с. 144-148.
44. Чурилов Л.П., Строев Ю.И., Утехин В.И. Опыт междисциплинарной интеграции и применения инновационно-образовательных технологий // Медицина XXI век. — 2008.— № 9 (10). - С. 28-37.

45. Балахонов А.В., Мясников А.А., Строев Ю.И., Чурилов Л.П. Системное естественнонаучное знание и единый язык медицины – когнитивный фундамент высшего медицинского образования// Бюл. Х читань ім. В.В. Подсоцького, 26-27 травня 2011 року, Одеса, 2011. - с. 8–12.
46. Толковый словарь избранных медицинских терминов: эпонимы и образные выражения (п/ред. Л.П. Чурилова, А.В. Колобова, Ю.И. Строева). СПб.: ЭлБи-СПб, 2010. – 336 с. илл.
47. Свидинская Н.Т., Строев Ю.И., Чурилов Л.П. Межкультурная коммуникация в аспекте изучения языка специальности иностранными студентами // Вестн. С.-Петербургск. гос. ун-та технол. и диз. Сер. 2. Искусствовед. Филологич. науки. – 2010. – № 3. – С. 57-59.
48. Строев Ю.И., Утехин В.И., Цинзерлинг В.А., Чурилов Л.П. Российские традиции медицинского образования и болонский процесс: об интегрированном преподавании теоретических и клинических дисциплин / Тез. докл. междунар. конф-и — XII акад. чтения МАНВШ «Образ-е и наука» 22—23 мая 2006 г., Астана, Казахстан. — Астана, 2006. — С.148—150.
49. Федорина Т.А. Опыт модульного подхода к организации обучения на кафедре общей и клинической патологии // Вестн. С.-Петерб. ун-та. Сер. 11. 2013. Вып. 2. С. 211–213.
50. Чурилов Л.П., Строев Ю.И., Утехин В.И., Цинзерлинг В.А., Балахонов А.В., Молитвин М.Н., Ковач З. Как учить врача-патолога? Патофизиология преобразуется в системную патобиологию и служит введением в трансляционную медицину// Междисциплинарные аспекты молекулярной медицины. Сб. мат-лов I Междунар. форума «Молекулярная медицина – новая модель здравоохранения XXI века: технологии, экономика, образование», 26-27 июня 2013 г., СПбГЭУ, Санкт-Петербург, СПб.: Изд-во СПбГЭУ, 2013 – с. 324 – 339.
51. Сердюков Д. Даешь стажировку в Японии! или Читайте и планируйте /С.-Петербургск. ун-т. – 2008. - №12 (3779). – с. 36 – 38.
52. General and Clinical Pathophysiology (ed.: A.V. Kubyshkin). Vinnytsia: Nova Kniha Publ., 2011. – 656 Pp.
53. Churilov L.P., Stroeve Yu.I., Utekhin V.J., Konashenok I.M., Myasnikov A.A., Huneycutt S.G., Scoggins W.G. English for Medical Students (Английский язык для медиков. Руководство с электронным аудиодиском). ElBi-SPbPubl., 2012. – 312 Pp.
54. Панюшкин В. Как получить образование в России и не обанкротиться,

не сойти с ума, не остаться с носом//Новое время. – 2007-2008. - №22 (68). Интернет-ресурс, URL: <http://newtimes.ru/magazine/2008/issue068/doc-51205.html> (Дата доступа 14 декабря 2009 г.)

55. Осипов М., Охотин А. Декларация независимости российских врачей. Интернет-ресурс, URL: <http://www.rusmedic.org/cgi-bin/index.py/> (Дата доступа: 20 июля 2013 г.)

56. Чурилов Л.П. Мост через реку Сунгари. О развитии сотрудничества с Харбинским медицинским университетом // Медицина XXI век. - 2009.- N 1 (14). - с. 14 – 18.

57. Ларин А.В. Китай и зарубежные китайцы. М.: ИДВ РАН, 2008. - 78 с. URL: <http://polpred.com/upload/pdf/china.pdf> (дата доступа - 20 июля 2013 г.)

58. Федюкин И. Поездка к алма-матери // Коммерсантъ-Власть. – 2011. - №43(947) от 31.10.2011. URL: <http://kommersant.ru/doc/1802472>(дата доступа - 20 июля 2013 г.)

59. Плетинский В.М. Уроки прошлого нашей практической медицины на путях решения ее проблем // Вестник МАПО.—2003.—N4 (19).—с. 3.

60. Антипов П. Комментарий специалиста //Международное образование и языки. – 2013. - №4(10). – с. 21.

61. Хардт М., Негри А.Империя / Пер. с англ., под ред. Г. В. Каменской, М. С. Фетисова. — М.: Праксис, 2004— 440 с.

62. Магид М. Постимпериализм // Электронный журнал «Самиздат», 8 сентября 2008 г. Интернет-ресурс, URL: http://samlib.ru/m/magid_m_n/imperia.shtml (дата доступа - 13 августа 2013 г.)

63. Ленин В.И. Империализм как высшая стадия капитализма (популярный очерк). — ПСС, изд-е 5-е. - т.27. - с.387.

64. Маркс К. Тезисы о Фейербахе // К. Маркс, Ф. Энгельс, Сочинения, т. 3, М.: Госполитиздат, 1955. - с. 4.

65. Чурилов Л.П., Строев Ю.И. Здоровье как свобода// Здоровье основа человеческого потенциала. Проблемы и пути их решения. – 2007. – т. 2. – с. 228 – 235.

Ключевые слова: англоязычное обучение, глобализация, интеллектуальная миграция, иностранные студенты, медицинское образование, межкультурное общение, постмодернизм, циркуляция мозгов, постимпериализм, креатарият.

Key words: Cross-cultural communication, English-medium programmes, globaliza-

tion, intellectual migration, foreign students, medical education, postmodernism, brain circulation, postimperialism, creatariat.

УДК 37.013.42

¹ А.Х. Абу-Хаттаб, ¹ В.А. Долгополов, ² Е.П. Абу-Хаттаб

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ УЧАЩИХСЯ НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ ОБУЧЕНИЯ¹

¹ *Институт международных образовательных программ Санкт-Петербургского государственного политехнического университета, ahmd@mail.ru, ² Лицей № 70, Санкт-Петербург, aheral@mail.ru*

Начальный этап обучения (Юношеский возраст) – это не только период, в который закладываются формирования самосознания и собственного мировоззрения человека, это еще и период принятия ответственных решений, определяющих всю дальнейшую жизнь человека: выбор профессии и своего места в жизни, определение смысла жизни, выработка жизненной позиции.

Начальный этап обучения включает в себя обучение на первом курсе в высших и профессиональных учебных заведениях, а также на этапе довузовской подготовки абитуриентов.

Время на начальном этапе обучения совпадает со вторым периодом юности или первым периодом зрелости, который отличается сложностью становления личностных черт. В этом возрасте проявляется усиление сознательных мотивов поведения. Заметно укрепляются такие качества, как целеустремленность, решительность, настойчивость, самостоятельность, инициатива, умение управлять собой. Повышается интерес к нравственным проблемам: цели, образу жизни, долгу, любви, верности и т.д.

«Вчерашние школьники, определяясь в своей будущей профессиональной деятельности, стоят на пороге студенческой жизни. Слово «студент» – латинского происхождения, в переводе на русский язык означает «усердно работающий, занимающийся» [2]. Реализация потенциала, развитие профессиональных компетенций происходит только тогда, когда студент благополучно про-

¹ Abu-Hattab A.H., Dolgoplov V.A., Abu-Hattab E.P. Social and psychological adaptation of pupils at the initial stage of training.

шел процесс адаптации к новой для него образовательной и социальной среде, уверен в правильности своего выбора, испытывает внутреннюю потребность в развитии и готов к самореализации [3].

«Адаптация к условиям учебы, досуга связана с резким изменением социального положения личности. Мы понимаем под адаптацией не только процесс активного приспособления и волевой регуляции усвоенных норм и ценностей» [1], но и готовность к использованию различных ресурсов (информационных, коммуникативных, организационных и т.д.), способствующих профессиональному и личностному становлению.

Практика показывает, что мы сталкиваемся с двумя явлениями: профессиональной адаптацией и адаптацией к учебным заведениям как к системе получения знаний, развития способностей. Речь идет о том, что учеба в учебных заведениях включает в себя не только получение профессии, но и отношение к целому ряду элементов образовательного процесса: качество обучения, интерес к учебе как одному из видов деятельности, организация учебного процесса, навыки самостоятельной работы и т.п. Безусловно, одним из важных факторов, влияющих на профессиональную адаптацию, является профориентационная работа, проводимая еще в школе с учетом интересов и способностей личности, на основе знаний об индивидуальных особенностях школьника. Особая роль отводится формированию внутренней, познавательной потребности будущего учащегося учебного заведения. Замечательно, если выбор направления обучения – результат серьезных раздумий. Правильно выбранная профиль обучения (профессия) – неременное условие успешной адаптации учащихся. Если выбор профиля обучения неудачен, т.е. не соответствует ни способностям, ни притязаниям личности, адаптация не будет оптимальной, и в этом случае, психологическое сопровождение будет сведено к дополнительной профориентационной работе, помощи в профессиональном и личностном самоопределении (результатом которой, возможно, станет смена профиля обучения).

Нам хотелось бы подробнее остановиться на социальной и учебной адаптации, связанной именно с обучением в учебных заведениях. Трудности, с которыми приходится чаще всего сталкиваться учащимся в своей учебе [3]:

- неумение ориентироваться в расписании, аудиториях, корпусах;
- неумение хорошо планировать свое время;
- отсутствие навыков работы с учебной литературой;
- слабая подготовка по естественным дисциплинам, полученная в школе;

- несамостоятельность;
- неуверенность в себе;
- беспокойство и страх перед сдачей экзамена.

Одновременно происходит адаптация и в социально-психологическом плане. Социально-психологическая адаптация предполагает осознание социального статуса, ролевого поведения в системе межличностных отношений, формирования и реализации определенных ценностных ориентаций и групповых норм.

Основное содержание процесса адаптации учащихся на начальном этапе обучения определить как [3]:

- а) освоение новых учебных норм, оценок, способов и приемов самостоятельной работы и других требований;
- б) приспособление к новому типу учебного коллектива, его традициям;
- в) формирование нового отношения к профессии;
- г) приспособление к новым условиям быта в общежитии, новым образцам культуры учащихся в учебном заведении, новым формам использования свободного времени. Переход из закрытого учреждения в учреждение открытого типа.

Тогда, на протяжении всего курса обучения складывается формальный коллектив, формируются навыки и умения рациональной организации умственной деятельности, осознается призвание к избранной профессии, вырабатывается оптимальный режим труда, досуга и быта, устанавливается система работы по самообразованию и формированию профессионально значимых качеств личности.

Значительное влияние на успешность этого процесса, оказывает помощь и поддержка первокурсников со стороны взрослых людей (психологов, кураторов, мастеров), создающих условия, при которых происходит:

- адаптация учащихся к новому для них образовательному процессу;
- формирование готовности учащихся максимально раскрыть свои способности через осмысление собственного потенциала и возможностей его реализации.

При зачислении абитуриента в учебное заведение в основном учитываются лишь сведения о результатах обучения его на предыдущих этапах – уровень знаний, умений и навыков вчерашних школьников. Вне поля зрения остается информация об особенностях личности, их интересах, мотивах выбора

специальности. Именно отсутствие, игнорирование этой информации приводит к тому, что процесс приобщения учащихся к жизни в учебном заведении затягивается [3].

От куратора (мастера-преподавателя-воспитателя) ожидается организационно – направляющая работа в группе. В понимании учащихся куратор воспринимается как «нянька», готовая решать любые возникающие проблемы. Задачи психолого-образовательного сопровождения каждый из кураторов определяет для себя сам.

Нам бы хотелось обозначить цель деятельности куратора как создание условий для учебной и социальной адаптации учащихся. Степень участия куратора в процессе адаптации учащихся различна. Это зависит от уровня подготовленности выпускника средней школы, от его личностных характеристик, от сформированности мотивационной сферы, от его ожиданий и т.д. Кто-то нуждается в постоянной помощи и контроле, а кому-то достаточно лишь обозначить уровень требований, перспектив. Следовательно, куратору необходимо владеть приемами диагностики, прогнозирования, профилактики, что возможно только при тесном взаимодействии с психологической службой, готовой консультировать кураторов по различным проблемам адаптации, обучения и профессионального становления учащихся, проводить диагностические исследования проблем, совместно организовывать мероприятия, направленные на профилактику учебной и социальной дезадаптации [3].

Трудно не согласится со многими авторами в частности Щелин И.В., Глухова Е.С., что основными задачами психолого-образовательного сопровождения учащихся должны стать:

1. Сопровождение социальной и учебной адаптации первокурсников.

-задачи информирования: об условиях проживания, об учебных предметах, о режиме учебы, о преподавательском составе и о деятельности организаций, призванных помогать учащимся;

-коммуникативные задачи: наладить общение внутри группы, сформировать коллектив, устранить барьеры общения между преподавателями и учащимися;

-установление правил и норм взаимодействия взрослых и учащихся (в процессе обучения, во время подготовки и сдачи экзаменов);

-учебные задачи: помощь в овладении учебными навыками, навыками планирования времени, самоорганизации.

Показателями социальной адаптации являются:

На уровне группы: вхождение в группу; определенный социальный статус; принятие правил и норм корпоративной культуры.

На уровне учебного заведения: знание инфраструктуры (корпуса, общежития, библиотека, центр культуры, музеи и др.); знание руководства учебного заведения)

Показателями учебной адаптации являются:

- ориентация в учебном расписании, кабинетах, корпусах;
- умение пользоваться библиотекой, информационными образовательными ресурсами;
- наличие навыков самостоятельной работы, самоорганизации (подбор литературных источников, их анализ, умение планировать время и т.д.).

2. Сопровождение образовательного процесса (в узком смысле):

Задачи обучения:

- социально-психологическая поддержка в период сдачи первых экзаменов (тренинги, беседы, консультации);
- информирование о различных формах представления учащимися работ: реферат, отчет и т.д. (различия, где применяются, технология написания);
- помощь в выборе образовательного направления, специализации;
- анализ текущей успеваемости и посещаемости.

Воспитательные задачи:

- вовлечение учащихся в общественно-полезную деятельность;
- содействие самоуправлению;
- ознакомление с возможностями, которые предоставляет учебное заведение для физического и культурного развития (секции, кружки, клубы, музеи);
- организация и участие в различных мероприятиях, проводимых в группе, в учебном заведении, в районе, в городе;
- посещение общежития, изучение условий проживания учащихся;
- работа по профилактике конфликтов, правонарушений.

Показателями результативности реализации психолого-образовательного сопровождения учащихся должны стать следующие критерии:

На уровне группы:

- низкий процент отсева учащихся;
- академическая успеваемость;

- сформировавшийся коллектив; группа активна и мобильна;
- отсутствие конфликтов.

На уровне отдельного учащегося:

- участие в делах группы.
- овладение навыками самопрезентации
- готовность к осознанному и самостоятельному построению образовательной траектории.

Всестороннее решение проблем социальной и психологической адаптации учащихся на начальном этапе обучения способствует успешной и благотворной работе, как учебных заведений, так и учащихся.

Литература.

1. Гришанов Л.К., Цуркан В.Д. Социологические проблемы адаптации студентов младших курсов / Психолого-педагогические аспекты адаптации студентов к учебному процессу в вузе: Сб. научных трудов. – Кишинев, 1990.
2. Столяренко Л.Д. Основы психологии. 5-е изд., перераб. и доп. (серия «Учебники, учебные пособия»). – Ростов н/д: Феникс, 2002. – 672 с.
3. Щелин И.В., Глухова Е.С. Психологическое обеспечение работы кураторов по профилактике проблем учебной и социальной адаптации первокурсников // Вестн. Томск. гос. ун-та. 2007. №304. С.181-183.

Ключевые слова: Адаптация, психологическая адаптация, социальная адаптация.

Key words: adaptation, psychological adaptation, social adaptation.

УДК 796.04

А.Э. Болотин

ФАКТОРЫ, НЕГАТИВНО ВЛИЯЮЩИЕ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ¹

*Санкт-Петербургский государственный политехнический университет,
Санкт-Петербург, a_bolotin@inbox.ru*

Высокая «стоимость» профессиональной подготовки, повышенные тре-

¹Bolotin A.E. The factors which are negatively influencing the state of health of students of higher education institutions.

бования к профессиональному долголетию, а также наличие сопутствующих негативных социально-демографических факторов предъявляют повышенные требования к сохранению здоровья, образу жизни студентов вузов. Здоровье студентов в значительной степени определяется здоровьесберегающим поведением – некоторой обобщенной характеристикой взаимодействия их с окружающей средой и социумом. Выявление факторов, негативно влияющих на состояние здоровья студентов вузов, позволит наметить пути его улучшения.

Методы исследования. Проблема оздоровительной направленности физической культуры определяется прогрессивным ухудшением состояния здоровья не только студентов, но и всего населения России. В связи с этим назрела необходимость создания действенной системы сохранения физического и психического здоровья студентов методами организации физической культуры с оздоровительной направленностью и формирования у них навыков здоровьесберегающего поведения. Особое значение в этом плане приобретают мероприятия, базирующиеся на педагогических основах физической культуры – укреплении физического и психического здоровья, обеспечении здорового образа жизни и выявлении факторов, негативно влияющих на состояние здоровья студентов вузов [1-3].

Для решения этой задачи в ходе опроса специалистов были установлены факторы, негативно влияющие на состояние здоровья студентов вузов. К ним относятся: недостаточный уровень развития у студентов умений, навыков здоровьесберегающего поведения (ранговый показатель 17,1%); слабые знания особенностей здоровьесберегающего поведения (14,7%); низкий уровень индивидуальной физической подготовленности студентов (13,3%); невысокий уровень двигательной активности и мотивации студентов к занятиям физическими упражнениями (12,8%); инертность и неуравновешанность высшей нервной деятельности (12,2%); недостаточный уровень развития у студентов психических процессов памяти, внимания, сенсомоторики (11,7%); недостаточность индивидуального опыта организации профессиональной деятельности, учебы и самодисциплины (10,3%); невысокий уровень развития коммуникативных качеств (7,9%).

Вывод. Выявленные факторы позволили наметить пути улучшения состояния здоровья студентов вузов.

Литература:

1. Болотин, А.Э. Факторы, определяющие высокую эффективность организации

и проведения спортивной работы в Вооруженных силах Анголы / А.Э. Болотин, А.Ж.-А. Фернандеш // Научный рецензируемый журнал «Актуальные проблемы физической и специальной подготовки силовых структур». – 2010. - № 2 (6). – С. 18-21.

2. Болотин, А.Э. Модель процесса подготовки призывной молодежи к воинской службе / А.Э. Болотин, Р.А. Лайшев // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2012. – № 12 (94). – С. 27-31.

3. Болотин, А.Э. Структура и содержание педагогической концепции совершенствования многоуровневой системы физического воспитания в России / А.Э. Болотин, А.В. Чистяков // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2013. – № 3 (97). – С. 35-41.

Ключевые слова: факторы, здоровье, студенты, здоровьесберегающее поведение.

Keywords: factors, health, students, health saving behavior.

А.Э. Болотин, А.В. Токарева

**ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ
ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОГО ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТНЫХ КАЧЕСТВ
У СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ЗАЩИТЕ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ НА ЭТАПЕ
АДАПТАЦИИ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ВУЗЕ¹**

*Санкт-Петербургский государственный политехнический университет,
Санкт-Петербург, a_bolotin@inbox.ru*

Важным средством обеспечения защиты объектов в чрезвычайных ситуациях являются аварийно-спасательные подразделения МЧС России, высокая готовность которых зависит, прежде всего, от качества профессиональной подготовки выпускников вузов [1-3]. В соответствии с этим объективно возрастает потребность в высокопрофессиональных специалистах по защите в чрезвычайных ситуациях.

¹Bolotin A.E., Tokareva A.V. Organizational and pedagogical conditions necessary for effective formation of personal qualities at experts in protection in emergency situations at stage of adaptation to professional activity in higher education institution.

Методы исследования. Подготовка специалистов по защите в чрезвычайных ситуациях в вузах России дорогостоящий процесс и поэтому важно, чтобы каждый выпускник быстро вступил в строй, учился с максимальной эффективностью и отдачей. Это требует решения проблемы быстрой адаптации студентов к учебной, а затем после окончания вуза и к профессиональной деятельности. Для эффективной адаптации студентов необходимо создание соответствующих организационно-педагогических условий. С целью определения этих условий проводился опрос преподавательского состава факультета комплексной безопасности СПбГПУ.

В ходе этих исследований были обоснованы организационно-педагогические условия, необходимые для повышения эффективности адаптации специалистов по защите в чрезвычайных ситуациях к профессиональной деятельности в вузе. К ним относятся: включение в процесс профессиональной подготовки студентов отдельных планов, программ по формированию нервно-эмоциональной устойчивости к воздействию неблагоприятных факторов служебной деятельности в МЧС России (ранговый показатель 19,1%); применение физических упражнений для формирования навыков коллективного взаимодействия у студентов (17,2%); активное применение средств физической подготовки для развития физических и морально-волевых качеств у студентов (15,7%); постоянный поиск путей повышения уровня мотивации у студентов к занятиям (14,5%); формирование установки у студентов на физическое и профессиональное саморазвитие (10,5%); разработка комплекса мероприятий по контролю над уровнем развития личностных качеств у студентов (9,3%); выработка объективных критериев оценки развития личностных качеств у студентов (7,8%); разработка педагогических мер для повышения уровня методической подготовленности преподавателей по сокращению сроков адаптации студентов к профессиональной деятельности (5,9%).

Вывод. Выявленные организационно-педагогические условия, способствовали повышению эффективности адаптации будущих специалистов по защите в чрезвычайных ситуациях к профессиональной деятельности в вузе.

Литература:

1. Болотин, А.Э. Требования, предъявляемые к выпускникам вузов внутренних войск МВД России к эффективному выполнению служебно-боевых задач / А.Э. Болотин, А.Н. Сивак // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2012. – № 10(92). – С. 30-35.

2. Болотин, А.Э. Требования, предъявляемые к профессиональной подготовленности специалистов по защите в чрезвычайных ситуациях / А.Э. Болотин, В.С. Васильева // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2013. – № 6(100). – С. 15-21.
3. Болотин, А.Э. Педагогическая модель профессиональной подготовки специалистов по защите в чрезвычайных ситуациях в вузе, с использованием служебной деятельности в добровольных пожарных командах / А.Э. Болотин, В.С. Васильева // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2013. – № 2 (96). – С. 14-19.

Ключевые слова: организационно-педагогические условия, адаптация, специалисты по защите в чрезвычайных ситуациях, профессиональная деятельность.
Key words: organizational and pedagogical conditions, adaptation, specialists in protection in emergency situations, professional activity.

УДК 61.001.12.18

Е.Г. Брындин, И.Е. Брындина

ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У МОЛОДОГО ПОКОЛЕНИЯ¹

*Исследовательский центр “ЕСТЕСТВОИНФОРМАТИКА”, Новосибирск;
Технологическая платформа «МЕДИЦИНА БУДУЩЕГО», bryndin@ngs.ru*

Резюме. Всемирная Организация Здравоохранения считает, что продолжительность жизни человека и состояние его здоровья на 75% определяет его образ жизни и система питания, на 10% - наследственность, еще 10% - условия внешней среды, и лишь на 5% услуги здравоохранения. Здоровье человека больше всего зависит от образа жизни. Образ жизни, который постоянно сохраняет здоровье, является здоровым.

Resume . The World Health Organization considers that life expectancy of the person and a state of his health for 75% its way of life and a power supply system, for

¹ E.G. Bryndin, I.E. Bryndina. Formation of skills of the healthy lifestyle at young generation.

10% - heredity defines, another 10% - environmental conditions, and only for 5% of service of health care. Health of the person most of all depends on a way of life. The way of life which constantly keeps a healthy condition of the person, is healthy.

Современная социально-экономическая ситуация ставит благополучие человека в прямую зависимость от его психофизического здоровья. Плохое здоровье затрудняет получение хорошего образования, приводит к отрицательным социальным последствиям. Молодым людям, испытывающим проблемы со здоровьем, труднее учиться, независимо от наших усилий улучшить методы преподавания, стандарты или организационную структуру системы образования. В то же время, на современном этапе развития нашего общества, учитывая все большую открытость экономики страны и включения ее в мировую экономику, для развития и процветания страны, а также для собственного благосостояния молодым людям необходимо иметь более высокий уровень образования.

Медики и педагоги указывают на особую роль школы в формировании как непосредственно здоровья ребенка, так и его отношения к своему здоровью. Молодежи, не обладающей в целом физическими изъянами, всегда было свойственно легкомысленное отношение к здоровью. Сейчас молодое поколение ценит здоровье (видя насколько высокие требования предъявляет общество к успешному человеку), но не уверены в своих возможностях сохранить его, т.к. не получают достаточно квалифицированной помощи в формировании у них ответственного отношения к здоровью.

Сегодня школьное образование вынуждено изменяться. Всякий раз, когда развивающееся общество предъявляет новые требования к образованию оно должно на них отвечать. Однако реакция школьного образования всегда происходит с большей или меньшей задержкой. Школу нужно ориентировать на передачу знаний, умений и навыков здорового образа жизни. Перед образованием становятся новые цели. Приоритетной среди них является цель формирования, сохранения и развития здоровья ребенка. Для ее реализации требуется теория и практика формирования здорового образа жизни, как первостепенной задачи сегодняшнего дня [1-3].

Неотъемлемая часть процесса формирования культуры здоровья - обучение здоровому образу жизни. В процессе этого обучения должны быть сформированы:

- научное понимание сущности здоровья и здорового образа жизни;

- отношение к здоровью как к ценности;
- целостное представление о человеке;
- навыки управления своим здоровьем;
- знания в области профилактики вредных привычек и зависимостей,
- культура межличностных отношений;
- навыки безопасного (для здоровья личности) поведения в различных жизненных ситуациях;

Достичь этого, давая неполные знания в рамках некоторых школьных предметов (например, на биологии, природоведении, географии), не представляется возможным. Обучение здоровому образу жизни необходимо строить по комплексной программе [3].

Новосибирская некоммерческая организация «Исследовательский Центр ЕСТЕСВОИНФОРМАТИКА» по результатам фундаментальных исследований этапов перехода на здоровый образ жизни издал три книги [1-3]. Предложил программу, включающую теоретические, методические и практические основы. Цели программы «Основы здорового образа жизни»: формирование личности, способной реализовать себя максимально эффективно в современном мире, творчески относящейся к возникающим проблемам, владеющей навыками здорового образа жизни и безопасного поведения. Проект вошел в библиотеку лучшего Российского опыта по здоровому образу жизни. Получен сертификат от Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Современное, чаще всего употребляемое в контексте образовательных процессов, определение понятия «здоровье» впервые было сформулировано Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 1940 г. Было принято, что здоровье – это не просто отсутствие болезней, а состояние физического, психического и социального благополучия. При этом подразумевается гармоничное сочетание социального, физического, интеллектуального, эмоционального и духовного аспектов жизни. Осуществить такую деятельность способен только человек, обладающий здоровьем творческим мировоззрением, высоким уровнем развития личности, мотивацией, знаниями и умениями перехода на здоровый образ жизни. Осуществление здорового образа жизни предполагает формирование зрелой личности.

С развитием науки, техники и технологий появилась частотно – биорезонансная диагностика для определения состояния человека: здоровое, донозологическое (предболезни) или болезни. Здоровое состояние достигается перехо-

дом на здоровый образ жизни.

Чтобы перейти на здоровый образ жизни сначала нужно сформировать здоровое творческое мировоззрение и мотивацию к здоровому образу жизни. Переход на здоровый образ жизни осуществляется в четыре этапа: освоением щелочного стиля жизни, развитием оздоровительных способностей, приобретением навыков ежедневного здоровьесбережения, накоплением годового опыта здорового образа жизни в течение лета, осени, зимы и весны. Освоение щелочного стиля жизни, развитие оздоровительных способностей, приобретение навыков здоровьесбережения и накопление опыта здорового образа жизни осуществляется на духовном, энергетическом, физиологическом и анатомическом уровнях. Освоение щелочного стиля жизни нужно для восстановления и сохранения кислотно-щелочного баланса биологических сред организма. Развитие оздоровительных способностей на духовном, энергетическом, физиологическом и анатомическом уровнях нужно для достижения здорового состояния. Приобретение навыков здоровьесбережения нужно для сохранения здорового состояния. Накопление опыта здорового образа жизни навыками здоровьесбережения в различных домашних, социальных и природных сезонных условиях (весной, летом, осенью и зимой) нужно для здоровой жизнедеятельности и сохранения здорового состояния в течение года.

Освоение щелочного стиля жизни

Освоение щелочного стиля жизни нужно для восстановления и сохранения кислотно-щелочного баланса биологических сред организма. Поддержание кислотно-щелочного баланса биологических сред организма обеспечивает человеку нормальное самочувствие. Освоение щелочного стиля жизни включает:

1. Гигиенический практикум.
2. Нормализацию кислотно-щелочного баланса биологических сред организма в экологически чистой природе на энергетическом уровне.
3. Освоение щелочного питания: 80% щелочной пищи, на переваривание которой вырабатывается поджелудочный сок, и 20% кислой пищи, на переваривание которой вырабатывается желудочный сок. Щелочное питание поддерживает кислотно-щелочной баланс через обмен веществ на физиологическом уровне.
4. Сохранение кислотно-щелочного баланса чистой водой через водный обмен на физиологическом уровне.

5. Сохранение кислотно-щелочного баланса добрыми мыслями, намерениями и устремлениями, благоволениями и благодеяниями на ментально-духовном уровне.
6. Сохранение кислотно-щелочного баланса классической, священной, гармоничной музыкой на энергетическом генетико-волновом уровне.
7. Диагностику кислотно-щелочного баланса биологических сред организма.

Развитие оздоровительных способностей

Развитие оздоровительных способностей на духовном, энергетическом, физиологическом и анатомическом уровнях нужно для достижения здорового состояния. Оно включает:

1. Понятие, определение и частотно-резонансная диагностика здорового состояния человека.
2. Практикум развития способностей настройки жизненных систем организма и его целостного нормального функционирования.
3. Практикум по здоровому питанию (щелочное питание плюс правила здорового питания).
4. Практикум формирования ценностного внутреннего мира по закону совести праведными мирными добрыми мыслями, желаниями.
5. Практикум формирования и проявления духовно-нравственных качеств благоволениями и благодеяниями.
6. Практикум развития способностей избавления от пагубных пристрастий и вредных привычек приобретением полезных привычек.
7. Практикум развития способностей уравнивания психики в различных социальных условиях, семье и во внутреннем мире.
8. Комплексный практикум достижения здорового состояния из донозологического.

Приобретение навыков здоровьесбережения

Приобретение навыков здоровьесбережения нужно для сохранения здорового состояния. Оно включает:

1. Практикум по освоению правил ежедневного сохранения здорового состояния.
2. Практикум по сохранению уравновешенной психики в различных социальных условиях в течение дня.

3. Практикум по сохранению целостного здорового функционирования организма в течение дня.
4. Практикум по согласованию личной, семейной и социальной здоровой жизнедеятельности с суточным природным циклом.
5. Комплексный практикум ежедневного сохранения здорового состояния на духовном, энергетическом, физиологическом и анатомическом уровнях в различных домашних, природных и социальных условиях

Накопление опыта здорового образа жизни

Накопление опыта здорового образа жизни навыками здоровьесбережения в различных домашних, социальных и природных сезонных условиях (весной, летом, осенью и зимой) нужно для сохранения здорового состояния в течение года.

Накопление опыта здоровой жизнедеятельности в течение года и формирует здоровый образ жизни каждого человека в конкретных домашних, природных и социальных условиях. Оно включает:

1. Практикум сезонного сохранения целостного здорового функционирования организма и уравновешенной психики летом, осенью, зимой, весной.
2. Здоровое сезонное питание.
3. Сезонная одежда.
4. Периодическая диагностика состояния.
5. Комплексный практикум согласования социальной здоровой жизнедеятельности с годовым природным циклом.
6. Формирование семейной традиции здорового образа жизни.
7. Формирование культурной общественной традиции здорового образа жизни.

Литература:

1. Брындин Е.Г., Брындина И.Е. Основы здорового человека и общества. Науч.-метод. изд. Новосибирск: ИЦЕ, Томск: ТПУ; 2011. - 302 с.
2. Евгений Брындин, Ирина Брындина. Основы здорового долголетия. Germany: LAP LAMBERT Academic Publishing. 2012. 225 с.
3. Брындин Е.Г., Брындина И.Е. Как перейти на здоровый образ жизни. /Новосибирск: ИЦЕ, Томск: ТПУ. 2013. 288 с.
4. Брындин, Е.Г., Брындина, И.Е. Образовательно-оздоровительный подход к здоровому долголетию. // Современные подходы в организации работы по со-

хранению и укреплению здоровья студентов, профилактике табакокурения: материалы межд. науч.-практ. конф. Минск: РИВШ. 2011. С. 39-40.

5. Брындин Е.Г. Развитие оздоровительных способностей студентов. /Физическая культура и спорт на современном этапе: проблемы, поиски, решения: Материалы межрегиональной научно–практической конференции – Томск: ТПУ, 2011. С. 76-80.

6. Брындин Е.Г. Здоровое воспитание и долголетие. /Межрегион. Науч.-практ. Конф. «ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И СПОРТ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ: ПРОБЛЕМЫ, ПОИСКИ, РЕШЕНИЯ» Томск: ТПУ. 2010. С. 105-109.

7. Брындин Е.Г. Экологическое не медикаментозное здравоохранение. /М: Межд. Конг. «Прогресс в фундаментальных и прикладных науках для здоровья человека». 2004. С. 81-82.

8. Брындин, Е.Г., Брындина, И.Е. Программа по обучению школьников здоровому образу жизни. /Создание интегрированного образовательного пространства для развития детской одаренности: детский сад – школа – университет: материалы II Всероссийской научно – практической конференции, Часть I: Педагогика одаренности. Томск: Томский ЦНТИ. 2012. С. 182-187

9. Брындин, Е.Г. Оздоровительная часть студенческого кампуса. /Физическая культура и спорт на современном этапе: проблемы, поиски, решения: Материалы межрегиональной научно–практической конференции – Томск: ТПУ, 2012. С. 369- 375

10. Е.Г. Брындин, И.Е. Брындина Мониторинг динамики повышения показателей здоровья обучающихся / Современные аспекты реализации ФГОС и ФГТ. Вузовская педагогика: матер. конф. Красноярск: КрасГМУ, 2013. С. 500-504.

11. М.Ю. Михайлина. Образование и здоровье: возрастно-психологический подход / Материалы конференции. Саратов 2004.

12. Моделирование процесса обучения здоровому образу жизни: Материалы к конференции / Авт.-сост. Н.П. Абаскалова. – Новосибирск: НИПКИПРО, 2003.

13. Основы здорового образа жизни: Программа и методические рекомендации в 4 ч. / Под ред. Н.П. Смирновой. – Саратов: изд-во «Научная книга», 2000.

14. М.А. Павлова, И.И. Колисник. Мониторинг эффективности программы «Основы здорового образа жизни» / Материалы конференции. Саратов 2004.

Ключевые слова: здоровье творческое мировоззрение, щелочной стиль жизни, оздоровительные способности, навыки ежедневного здоровьесбережения, здо-

ровый образ жизни.

Keywords: health creative outlook, alkaline lifestyle, healthy abilities, skills daily savings health, healthy lifestyle.

УДК 37.018.46

Е.А. Вацкель

**ВОПРОС СООТНОШЕНИЯ ДИСТАНЦИОННОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО
И АУДИТОРНОГО КОМПОНЕНТОВ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ПРОГРАММЫ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ ПО АУДИОТЕРАПИИ¹**

*Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, vatskel@mail.ru*

Введение. Совершенствование медицинского образования – залог эффективности системы здравоохранения. Поскольку в медицинской сфере происходит постоянное увеличение объема информации и новых технологий, для профессиональной деятельности врача необходимо постоянное освоение новых компетенций, которое обеспечивается благодаря системе последипломного образования. Однако, возникает вопрос совмещения профессиональной деятельности и обучения: последипломное образование отрывает специалиста от непосредственной лечебно-реабилитационной деятельности, более того, оно может быть связано с командировками, существенными временными и финансовыми затратами. В связи с этим, возникает вопрос оптимизации учебного процесса в рамках последипломного медицинского образования. Одним из способов оптимизации программ последипломного образования и повышения квалификации является использование дистанционных образовательных технологий.

Эффективность использования дистанционных образовательных технологий описана рядом практиков организации последипломного медицинского образования (Агранович Н.В., Ходжаян А.Б 2012; А. Белозерова, Б.В. Кристальный с соавт. 2007; Горшунова Н.К 2009; Дмитриева, О.В. с соавт. 2012; И.Н. Денисов, М.В. Холопов 2007; И.Н. Куприянова, С.А. Чемизов 2010; Д.В. Пивень с соавт. 2009; Г.Н. Шляхова с соавт. 2011 и др.).

Основными особенностями подобной модели организации последипломного

¹ Е.А. Vatskel. The matter of distance educational component and classwork component proportion while planing audiototherapy post-graduate program.

образования являются гибкость, параллельность, асинхронность, модульность, массовость, экономическая эффективность [1], возможности саморегуляции учебной деятельности по времени и объему [2]. Также важно отметить изменение роли преподавателя (который выступает в роли наставника [1] и роли обучающегося [3] (выступающего активным мотивированным участником учебного процесса, а не пассивным реципиентом информации). Таким образом, использование дистанционных образовательных технологий соответствует требованиям педагогики. Дистанционные образовательные технологии могут быть использованы при всех формах получения образования [4] и использоваться в разной степени в заочной, очно-заочной и очной моделях организации учебного процесса [5]. Все это делает дистанционное образование перспективной формой реализации программ последипломного образования врачей.

Важным также является вопрос организации практической части программ последипломной подготовки. В ряде программ не требуется очное участие обучающегося, достаточно иллюстраций, симуляционных тренажеров и т.д. Однако, поскольку, обучение в рамках последипломного медицинского образования касается системы «человек-человек», в ряде случаев просто необходимо, чтобы обучающиеся получали непосредственные компетенции, касающиеся работы с пациентом. В настоящее время, в последипломном медицинском образовании получили распространение и используются активные формы и методы (интерактивные семинары, тренинги, деловые игры, ролевые игры, круглые столы и т.д.) Данные методы позволяют актуализировать полученные знания и являются для практикующих специалистов более эффективными, чем традиционные академические занятия. Преимуществом использования активных методов в очных занятиях является включенность обучающегося и активная позиция, что также соответствует требованиям к образованию взрослых.

Цель данной работы – проанализировать возможности соотношения дистанционного и аудиторного компонентов в программе последипломного обучения врачей по аудиотерапии с учетом современного опыта построения программ последипломного медицинского образования

Методы. Анализ содержания программы подготовки врачей по аудиотерапии с целью распределения времени обучения на дистанционную и очную фазы, педагогическое проектирование.

Результаты. В ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова разрабатывается программа подготовки врачей отделения гемодиализа, работающих с пациентами с ХБП V

стадии по применению аудиотерапии (способу психологической коррекции пациентов с помощью прослушивания музыки и звуков природы). При разработке программы подготовки врачей по применению аудиотерапии, необходимо учитывать ряд факторов. Прежде всего, подготовка по аудиотерапии требует изучения теоретического материала и осуществления контроля знаний после прохождения каждого модуля. Необходимо изучение психологических особенностей пациентов с ХБП V стадии, возможностей аудиотерапии (музыкальной терапии и прослушивания звуков природы), психофизиологических основ воздействия звуков и музыки, восприятие музыки и воздействие музыки на ЦНС, психологических механизмов воздействия музыки на личность человека, видов и методов музыкальной терапии. Данная часть подготовки по аудиотерапии была вынесена в модуль с использованием дистанционных образовательных технологий, что позволит врачам работать в удобном для них графике без отрыва от непосредственной лечебной работы. В процессе проектирования была принята во внимание специфика деятельности по психологической коррекции, где важен контакт с пациентом, даже учитывая факт опосредованности психокоррекционного воздействия через аудиоматериалы (специально разработанные для данной группы пациентов плейлисты, включающие музыкальные произведения и звуки природы, позволяющие снижать уровень тревоги и депрессии). В связи с этим, в программе подготовки врачей по аудиотерапии был выделен очный компонент, в который было заложено: обучение технологии аудиотерапии, методам работы с пациентами и методам оценки эффективности проводимой работы, изучение специфики работы с пациентами и т.д.

Таким образом, благодаря введению дистанционных образовательных технологий у обучающихся появляется возможность изучения во внеаудиторное время лекционного материала, презентаций, ситуационных задач, тестовых заданий для контроля качества усвоения материала. Такая стратегия совмещения дистанционного и аудиторного обучения дает возможность производить начальный контроль знаний, промежуточный модульный контроль по каждой изученной теме (обучающийся не может перейти к новой теме, пока полностью не закончит модуль), итоговый контроль в дистанционном режиме. Аудиторный этап обучения включает все формы занятий «человек-человек», в том числе, защиту курсового проекта. В очную часть выносятся семинарские и практические занятия с использованием методов и форм активного обучения.

Заключение. Таким образом, при разработке программы обучения врачей по

применению аудиотерапии, эффективным было сочетание дистанционных образовательных технологий и очных занятий с использованием методов и форм активного обучения. Составленная таким образом программа наиболее эффективна с точки зрения соответствия цели обучения, временным затратам и соответствует принципам андрагогики.

Литература:

1. Макарова В.И., Макаров А.И., Меньшикова Л.И. Возможности дистанционного обучения в профессиональном медицинском образовании // Международный журнал фундаментальных и прикладных исследований. 2011. № 10. С. 107-108
2. Артюхов И.П., Ковалева Г.В., Россиев Д.А., Пац Ю.С. Новые парадигмы высшего медицинского образования: Дистанционные технологии обучения // Сибирское медицинское обозрение. 2005. Т. 37, № 14. С. 54-55.
3. Куприянова И.Н., Чемезов С.А. Дистанционное обучение, как средство развития высшего последиplomного медицинского образования // Медицина и образование в Сибири. 2010. № 2. С. 5.
4. О внесении изменений в Закон Российской Федерации «Об образовании» в части применения электронного обучения, дистанционных образовательных технологий: федер. Закон Рос. Федерации от 28 февраля 2012 № 11 ФЗ: принят Гос. Думой Федер. Собрания Рос. Федерации 14 фев. 2012.: Одобрен Советом Федерации Федер. Собр. Рос. Федерации 22 фев. 2012 // <http://base.garant.ru/70143486/> (дата обращения 05.09.2013).
5. Алферова М.А., Голубчикова М.Г. Сопровождение преподавателей в процессе использования современных образовательных технологий // Сибирский Медицинский Журнал. 2011. Т. 105, № 6. С. 289-292.

Ключевые слова: непрерывное медицинское образование, последиplomное образование врачей, дистанционное образование, активные методы обучения, аудиотерапия.

Key words: continuous medical education, post-graduate medical education, virtual education, active educational methods, audiototherapy.

**РИСК РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ
В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ¹**

*СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» им.С.С. Мнухина,
elena1079@list.ru*

Инклюзивное образование является новой для России формой организации образовательного процесса. Его преимущества широко известны как специалистам, так и родителям детей с особыми потребностями. Многие из них с восторгом приняли идею совместного обучения с «обычными» детьми. В этой статье нам хотелось бы сказать о сложностях, с которыми могут столкнуться дети в инклюзивной образовательной среде.

Риски и опасности инклюзивного обучения обсуждаются в образовательной среде, а также среди врачей, психологов и других специалистов, которые работают с детьми с нарушениями зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, психического развития. Родителями же рекомендации выбрать для ребенка обучение в специализированной школе часто воспринимается как попытка ограничить их ребенка, «отобрать» у него шанс на «нормальное» развитие.

Мы неоднократно сталкивались с родителями детей с особыми потребностями, которые настойчиво требовали обучения своих детей в массовой школе, ссылаясь на новый закон об образовании. Дети имели самые разные сложности, но чаще всего к обучению в массовой школе стремились родители детей с интеллектуальными нарушениями разной степени. Некоторые из родителей добились этого еще раньше, оформив «надомное» обучение. В итоге ребенок исключался из общения со сверстниками, не усваивал программу. Трудовые навыки, которые дети могли получить в коррекционной школе, были абсолютно не сформированы, что значительно снижало шансы этих детей на профессиональную адаптацию в дальнейшей жизни.

Дети с патологией сенсорных систем также требуют особого подхода при подаче материала, специальных учебников, щадящей среды, опоры на сохраненные органы чувств и специальное развитие ослабленных, чего они не могут по-

¹ Grosheva E.V. The risk of development of children's school exclusion in conditions of inclusive education.

лучить в массовой школе. Дети с патологией опорно-двигательного аппарата при сохранном интеллекте легко могли бы обучаться в обычной школе, но при условии создания для них действительно доступной среды с сохранением возможностей школы шестого вида: специальная лечебная физкультура, массажи.

Родители отказываются принять факт болезни своего ребенка, настаивают на его «обычности», предъявляют к нему повышенные требования. Это приводит к неуспешности ребенка, который теряет интерес к обучению. В дальнейшем существует несколько основных неблагоприятных сценариев:

- невротизация, рост тревоги, попытки соответствовать требованиям;
- «уход в болезнь», развитие психосоматических заболеваний;
- формирование поведенческих нарушений: прогулы школы, риск попадания в асоциальную компанию, риск развития аддиктивного поведения.

В школах на сегодняшний момент нет специалистов, которые могли бы заниматься сопровождением таких детей: психологов, логопедов, дефектологов, специалистов по ЛФК. Не введены даже такие штатные единицы. Рекомендации по обучению в массовой школе для детей с особыми потребностями даются с учетом «сопровождения» и «коррекции особенностей», хотя очевидно, что исполнить рекомендации не представляется возможным. Система же коррекционного обучения будет неизбежно разрушаться, сокращаться число мест в специальных учебных учреждениях.

Таким образом, нам представляется очень важным информировать родителей не только о плюсах совместного обучения, но и о его рисках, о возможностях, даваемых специальными школами. Необходимо и сохранить от разрушения систему коррекционного обучения, дать родителям возможность осознанно, спокойно выбрать образовательный маршрут для своего ребенка с учетом его возможностей и потребностей, а не страхов и амбиций родителей.

Ключевые слова: инклюзивное образование, школьная дезадаптация, патология развития.

Key words: inclusive education, school exclusion, pathology of development.

**ПРЯМЫЕ И КОСВЕННЫЕ ЭФФЕКТЫ МОНИТОРИНГА
ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ¹**

Кафедра физической культуры и адаптации (КФКА) Санкт-Петербургского государственного политехнического университета, piskun@itop.ru

В процессе проведения непрерывного мониторинга психофизического состояния студентов, оценивается их психическое и физическое состояние. На основании полученных данных разрабатываются соответствующие программы коррекции, которые внедряются в учебный процесс по физическому воспитанию. Цель этой работы – повысить адаптационные возможности организма студентов к условиям обучения в ВУЗе. Это и является прямым эффектом мониторинга.

При проведении скрининга студентов возникли неизбежные трудности материального, организационного и технического характера, связанные со сбором, хранением и использованием полученной информации для решения проблем здоровьесбережения. Чрезвычайно важны систематизация, обобщение и динамический анализ полученных первичных данных.

Для обеспечения массового обследования студентов на кафедре физической культуры и адаптации СПбГПУ была создана специализированная лаборатория, состоящая из двух блоков:

блок для проведения психологического тестирования, представляющий собой оборудованный компьютерный класс с 6 компьютерами, объединенными в локальную вычислительную сеть с необходимым программным обеспечением, позволяющим производить сбор, обработку и хранение автоматизированных психологических заключений тестирования на каждого обследуемого;

блок для оценки физического развития – специальное помещение, оснащенное необходимым инструментарием для проведения антропометрических измерений, динамометрии, ЖЕЛ, АД и ЧСС.

Это позволило значительно сократить время обследования и обработки полученных материалов, увеличить число обследованных студентов и повыси-

¹V.A.Dolgoplov,O.E. Piskun, V.O. Piskun. Direct and indirect effects of tht monitoring of students psychophysical state.

ло эффективность проведения исследовательской работы.

Для более эффективного анализа полученных результатов и разработки программ коррекции на кафедре была создана методическая комиссия.

Создание лаборатории по мониторингу психофизического состояния студентов и методической комиссии, позволило разработать более эффективную систему мониторинга психофизического состояния студентов, которая обусловила:

- развитие материальной базы;
- сжатые сроки проведения мониторинга ;
- наиболее эффективное перераспределение обязанностей между сотрудниками кафедры;
- систематическое проведение повышения квалификации преподавателей в области теории и методики физической культуры, психологии, информатики, современных компьютерных и образовательных технологий.

Все это примеры косвенных эффектов мониторинга психофизического состояния студентов, так как они являются следствием процесса его организации, и в то же время, это главные факторы, влияющие на основной показатель работы кафедры физического воспитания - повышение качества учебного процесса по физической культуре.

Таким образом, мы проследили цепочку причинно-следственных связей между процессом организации мониторинга и качеством учебного процесса.

Ключевые слова: адаптация к обучению, материальная база, повышение квалификации, управление кадрами, качество учебного процесса;

Key words: adaptation to education, material base, mid-career education, personal administration, quality of the academic activity.

**ВВЕДЕНИЕ БАЛЛЬНО - РЕЙТИНГОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПРЕПОДАВАНИИ
СТУДЕНТАМ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ В СПбГУ¹**

*Санкт-Петербургский государственный университет,
Медицинский факультет, кафедра патологии, zaraf_home@mail.ru*

Введение. Здоровье каждого человека и нации в целом зависит, наряду с другими факторами, от качества подготовки будущих врачей. В связи с интеграцией в общеевропейскую систему образования, в СПбГУ, в частности на Медицинском факультете и факультете Стоматологии и медицинских технологий, возникла необходимость введения балльно - рейтинговой системы (БРС) оценки знаний (в том числе и по судебной медицине).

Материалы. Образовательные стандарты (ФГОС ВПО) III поколения, положения Болонской декларации, учебно-методические комплексы, рабочие программы, интернет-ресурс [1] и др. Общая трудоемкость судебной медицины по специальности «лечебное дело» составляет 3 зачетные единицы (108 часов), «стоматологии» - 2 (72 часа).

Результаты. Целями изучения судебной медицины являются подготовка врача любой специальности к выполнению функции врача - эксперта; формирование основ экспертного мышления; понимание правовой регламентации и организации судебно-медицинской экспертизы; вопросов ответственности врачей за вред, причиненный здоровью человека, за профессиональные и профессионально-должностные правонарушения.

Принимая во внимание эти особенности судебной медицины, было разработано «Положение о БРС оценки деятельности студентов в процессе обучения на курсе судебной медицины кафедры патологии». Максимальное количество баллов за весь модуль по судебной медицине составляет - 100. Из них максимальная сумма за текущую успеваемость - 60 баллов, минимальная – 35, на экзаменах (зачетах) соответственно 40 и 20 баллов. С учетом количества лекций,

¹ Zarafiants G.N., Krut M.I. Introduction of the score - rating system at teaching to students of forensic medicine in St.Petersburg state university.

практических занятий, часов, выделенных на самостоятельную работу, разработаны критерии и уровни оценки всех видов деятельности студентов. Так, например, по специальности «лечебное дело» теоретическая подготовка составляет 20 баллов, практические навыки и умения - 21 балл, самостоятельная подготовка - 7 баллов и дисциплина - 12 баллов. Предусмотрены также поощрительные и штрафные баллы. Итоговая оценка, выставляемая в зачетную книжку, складывается из суммы баллов, «заработанных» в течение семестра и на экзаменах (зачетах). Это лишает возможности отдельных студентов, имеющих слабые знания и практические навыки, не активных, не набравших в течение семестра необходимого количества баллов надеяться «на удачу» на экзамене (зачете). Одним из главных условий успешного внедрения БРС является мотивация студентов к набору как можно большего количества баллов. Для преподавателей судебной медицины переход обучения на БРС является дополнительным стимулом более широкого внедрения интерактивных методов обучения на лекциях, практических занятиях, а также для организации и контроля внеаудиторной самостоятельной работы студентов.

Заключение. 1. Введение БРС по судебной медицине и внедрение интерактивных методов обучения способствуют подготовке квалифицированного, ответственного, самостоятельного специалиста.

2. Студент становится не только участником своей образовательной деятельности, но и ее организатором, «зарабатывая» в течение семестра и на экзаменах (зачетах) определенное количество баллов.

3. БРС - является объективной оценкой учебной (практической, теоретической, самостоятельной), исследовательской, научной и общественной деятельности студента, его компетенции.

4. В приложении к диплому о ВПО, наряду с традиционными российскими оценками («отлично», «хорошо», «удовлетворительно»), введено итоговое количество баллов, полученных по БРС, в том числе по – судебной медицине, что способствует переводу учебного курса вуза на общеевропейскую систему кредитования (ECTS).

Литература

1. Васильева Н.А. Квалиметрические основы рейтинговой системы контроля знаний студентов [Электронный ресурс]: диссертационная работа/Н.А. Васильева.- Режим доступа www.lib.ua-ru.net/diss/vved/105824.html

Ключевые слова: балльно - рейтинговая система, вуз, судебная медицина, врачебное дело, стоматология, студент.

Key words: score - rating system (point-rating system), high school, forensic medicine, medical business, stomatology, a student.

УДК 316.6

Н.Н. Киреева, А.И. Анисимов

НОВЫЙ ПОДХОД К ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ¹

*Санкт-Петербургский государственный университет,
Nikaren1@yandex.ru; Санкт-Петербургский государственный
институт психологии и социальной работы, aai101@mail.ru*

Высшее образование нацелено на подготовку профессионалов высокого уровня, способных решать всё более сложные задачи, возникающие в современном мире. Достижение высокого профессионализма требует высокого уровня социального здоровья студента, т.е. способности устанавливать и поддерживать гармоничные отношения с социальным окружением при высокой степени социальной зрелости. Задача укрепления социального здоровья должна реализовываться уже на этапе профессиональной подготовки, на протяжении всех лет обучения в вузе.

Поддержание социального здоровья, на наш взгляд, предполагает учет функционирования не только сознательной, но и бессознательной сферы психики, в частности, используемых человеком психологических защит. В процессе социализации защитные механизмы возникают, изменяются, перестраиваются под влиянием социальных воздействий, участвуя в росте и развитии личности, в становлении её социальной зрелости.

Психологические защиты являются важным фактором, направленным на сохранение и поддержание здоровья человека. Степень актуализации тех или иных видов психологических защит, уровень их сложности могут служить в том числе и показателем состояния социального здоровья человека.

¹Kireeva N.N., Anisimov A.I. New approach to differentiation of the individual social health of students.

В ряде современных исследований психологических защит с использованием методики «Индекс жизненного стиля» (Р. Плутчика и др.) обращено внимание на такой показатель, как «степень напряженности защиты» [1]. Этот показатель представляет собой сумму "сырых" баллов по всем шкалам. Суммарная оценка шкальных оценок отражает уровень выраженности актуализированных психологических защит человека в различных жизненных ситуациях.

Гипотеза нашего исследования заключается в том, что степень напряженности психологических защит может выступать индикатором уровня социального здоровья.

На основе концепции ВОЗ и проведенного анализа существующих понятий «здоровье» и «социальное здоровье» нами предложено определение социального здоровья: социальное здоровье человека – это состояние гармоничности отношений личности с социальным окружением, которое обеспечивается соответствием социальной зрелости личности требованиям социума [2]. Сущностными моментами этого определения являются и гармоничность отношений, и социальная зрелость личности.

Для проверки гипотезы было проведено эмпирическое исследование социального здоровья студентов, включившее сравнительный анализ особенностей психологических защит студентов полярных групп по уровню социального здоровья.

В исследовании приняли участие 35 студентов 1 курса очного отделения РГПУ им. А.И. Герцена и 37 студентов 1-3 курсов очного и очно-заочного отделений СПбГИПСР.

На основе результатов сравнительного анализа установлены статически значимые различия между студентами с разным уровнем социального здоровья по показателю «степень напряженности защит».

Показатель «степень напряженности защит» позволяет дифференцировать студентов с различным уровнем индивидуального социального здоровья. Возможности такой дифференциации способствует реализации индивидуального подхода при организации профилактической и оздоровительной работы.

Но наряду с этим следует отметить, что при организации профилактической и воспитательной работы с учащейся молодежью серьезным препятствием может служить информационная закрытость к восприятию новых знаний о необходимости здорового образа жизни.

Одним из важных следствий проведенного исследования является то обстоятельство, что показатель степени напряженности психологических защит может выступать в качестве дополнительного индикатора как степени социальной зрелости, так и уровня социального здоровья личности.

Вторым следствием данного исследования является то, что психологические защиты могут выступать и в качестве барьеров, препятствующих формированию и развитию социального здоровья личности.

Проведенное исследование подтверждает необходимость работы по организации психологического обеспечения социального здоровья студентов, включающего его изучение и оценку, сохранение и укрепление.

Литература:

1. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: Метод. пособие для врачей и психологов / Под ред. Л.И. Вассермана. – СПб.: Изд-во НИПНИ, 1998. – 34 с.
2. Анисимов А.И. Психологическое обеспечение социального здоровья учителей / А.И. Анисимов, Н.Н. Киреева // Психология обучения. – 2012, №4. – С. 100-114.

Ключевые слова: социальное здоровье, психологические защиты, взаимосвязь психологических защит и социального здоровья у студентов, степень напряженности психологических защит, индикатор социального здоровья.

Key words: social health, psychological protection, interrelation of psychological protection and social health at students, degree of intensity of psychological protection, indicator of social health.

**ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТА ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ
В ВЫСШЕЙ ШКОЛЕ¹**

*Астраханский государственный университет,
кафедра социальной педагогики и психологии,
Астрахань, Россия, vakislakov@mail.ru*

Создание современной системы подготовки кадров социальных работников может быть достигнуто при наличии научно обоснованных государственных требований к уровню подготовки специалистов в сфере социальной работы и тщательно разработанной модели специалиста. Проблема создания модели специалиста является основной для формирования содержания учебных планов программ. Существуют основные направления подготовки социальных работников: 1. Социальная работа с семьей; 2. Социальная работа в здравоохранении; 3. Социальная работа в образовании; 4. Социальная работа в службах труда и занятости; 5. Социальная работа в экстремальных ситуациях и с группами риска; 6. Организация социальной работы.

Формируется новая концепция социально-педагогической деятельности и социальной работы. Для построения профессиограммы социального работника как субъекта профессиональной деятельности необходимо выделить три момента: личностное соответствие социального работника; компетентность социального работника; умение устанавливать адекватные межличностные и конвенциональные отношения в различных ситуациях общения. Квалификационная характеристика специалиста по социальной работе определена ГОСТ – ом. Сферами профессиональной деятельности является государственные и негосударственные социальные службы, организации и учреждения системы социальной защиты населения, образования, здравоохранения, армии, правоохранительных органов и т. п. Объектами профессиональной деятельности специалиста в области социальной работы является отдельные лица, семьи, группы населения и общности, нуждающиеся в социальной поддержке, помощи, защите и обслуживании.

¹ Kislyakov V.A. Preparation of the expert on social work in the higher school.

Дифференцированный подход должен стать обязательным в социальной работе людьми как с личностями, членами общества, семьи, жильцами коммунальной квартиры, дома для престарелых и т. д. Для социальных работников важна в первую очередь, исчерпывающая информация о контингенте людей, которых они обслуживают. Таким образом, если современная система социальной помощи и социальной работы отвечает потребностям определенного контингента лиц и такие службы сейчас используются в максимальной степени, то в будущем данная система может оказаться неадекватной новым условиям, если не запланировать ее расширения в соответствии с ростом численности данной группы населения. Если исходить из обобщенной системы принципиальных положений о содержании деятельности социального работника, то оказывается возможным и определение круга основных задач, возлагаемых на работников социальной сферы, в процессе непосредственного общения с людьми. Это, прежде всего: оказывать помощь индивидам и группам, осознавать и устранять затруднения личного, социального, экологического и духовного характера, неблагоприятно влияющие на них; помогать справиться с этими затруднениями путем поддерживающего, реабилитирующего, защитного или корректирующего воздействия; защищать беспомощных в соответствии с законом, прибегая к использованию власти; способствовать более широкому использованию каждым клиентом собственных возможностей для социальной самозащиты; использовать все средства и источники для социальной защиты нуждающихся в этом людей и др.

Рассматриваемый круг задач со всей определенностью показывает, что они включают в себя широчайший диапазон тех навыков и умений, которые потребуются социальным работникам для их выполнения. Если рассмотреть в контексте с задачами социальной работы, круг основных обязанностей, которые должен выполнять социальный работник как профессионал, то в основном это выглядит следующим образом: создавать и поддерживать рабочую обстановку и атмосферу; выявлять и преодолевать негативные чувства, которые влияют на людей и на него самого; опознавать и преодолевать в отношениях с людьми агрессию и враждебность; содействовать предоставлению физической заботы нуждающимся и престарелым; наблюдать, понимать и интерпретировать поведение и отношения между людьми; общаться вербально и письменно; организовывать и вести беседу в различных обстоятельствах; вести переговоры, выступать по радио и т.д.

Социальный работник сегодня не только человек, оказывающий помощь определенным неблагополучным людям и семьям, но и в определенной степени — политик и общественный деятель, участвующий в реформировании социальной политики и законов, направленных на достижение благосостояния всего общества. Для выполнения этой многоплановой деятельности социальный работник должен быть готов выступать в разных качествах, играть множество ролей. Следует также проводить оценку работы персонала социальных служб. У западных социальных работников существует этический кодекс. К главным его положениям относятся: быть образцом личного поведения, в работе руководствоваться в первую очередь интересами клиентов; делать все, чтобы способствовать максимальной самостоятельности клиентов; уважать частную жизнь клиента и держать в тайне всю информацию, полученную в ходе работы с ним; в отношении с коллегами быть доброжелательным, уважительным; в процессе работы действовать.

В заключении необходимо отметить, что подготовка специалиста по социальной работе в России в современных социально-экономических, политических условиях имеет свои специфические особенности, что должно учитываться при подготовке в системе высшего образования.

Литература:

1. Основы социальной медицины: Учебно-методическое пособие /Под ред. А.В. Мартыненко. - М.: Социум, 1998. - 87 с.
2. Теория и практика медико-социальной работы: учеб. пособие / А.В. Мартыненко.- М.: Гардарики, 2007.-159 с.

Ключевые слова: специалист, социальная работа, программа обучения.

Keywords: expert, social work, training program.

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ШКОЛЬНИКОВ

*Санкт-Петербургский государственный экономический университет,
Санкт-Петербург, worldlucy@mail.ru*

The introduction of innovative health and fitness and sports training technologies in all educational institutions provides a natural biological need of children in motion and improves the functional reserves of the organism.

Забота о будущих поколениях, охрана здоровья детей являются приоритетным направлением государственной политики Российской Федерации. В связи с этим, в Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-17 г.г., определяются основные направления и задачи государственной политики в интересах детей и ключевые механизмы ее реализации. При реализации данной стратегии к основным направлениям отнесено здравоохранение, дружественное к детям, и здоровый образ жизни.

Эффективно формировать здоровый образ жизни детей и подростков можно, опираясь на знание реального образа жизни детей определенного пола, возраста, для чего необходимо постоянно мониторить состояние здоровья, уровень физического развития, распространенность среди детей факторов риска развития заболеваний, травматизма и т.п.

Проведенные специалистами подобные исследования показали, что происходит ухудшение состояния здоровья школьников в процессе обучения от 1 до 9 класса. Причем, объективные данные подтверждаются и субъективной оценкой подростками своего здоровья как «удовлетворительное»: в течение последних лет этот показатель тоже снизился - в 2001-2002 гг он составлял у юношей в РФ – 27%, в 2005-2006 гг – 25%, в 2009-2010 – 19%; у девушек соответственно – 44%, 34%, 29% [2].

В структуре функциональных отклонений пять первых ранговых мест принадлежит функциональным нарушениям сердечно-сосудистой, костно-мышечной, пищеварительной систем, нервной системы и психической сферы, функциональным расстройствам зрения.

Основными факторами риска социально-значимых заболеваний у детей специалистами названы: гиподинамия (у 70-75%); нерациональное питание более, чем у 50%; табакокурение. Более чем 80% детей являются пассивными курильщиками [1].

Проблема гипокинезии и длительных статических нагрузок в положении сидя стоит особо остро и ее решение требует постоянного поиска новых форм организации двигательной активности детей в школе.

Эффективным решением данной проблемы является распространение и внедрение здоровьесберегающих, инновационных оздоровительных и физкультурно-спортивных технологий обучения во всех образовательных учреждениях. Одним из направлений модернизации образования является спортизация школ - «Модель спортивно-ориентированного физического воспитания школьников». Вторая модель – «Модель интеграции основного и дополнительного образования спортивно-оздоровительной направленности». Третья модель представлена школьными проектами «Двигательная активность детей в школе» [3]. А также множество других инновационных проектов и авторских программ.

Внедрение подобных моделей, новых программ, видов отдыха и досуга, обеспечивающих здоровый и активный досуг; доступность физкультурно-спортивной, туристической инфраструктуры для всех детей и подростков, обеспечивающих естественную биологическую потребность детей в движении, способствует повышению функциональных резервов их организма и профилактики многих заболеваний.

Литература:

1. Колесникова, М.А., Роль центров здоровья для детей в формировании здорового образа жизни// Дети, молодежь и окружающая среда: здоровье, образование, экология: матер. второй междун. науч.- пр. конференции, Барнаул, 5-10 июля 2013 г./ М.А. Колесникова, И.И. Мироненко.- Барнаул : АлтГПА, 2013. - С. 20-21.
2. Кучма В.Р., Соколова С.Б. Формирование здорового образа жизни учащихся в РФ // Дети, молодежь и окружающая среда: здоровье, образование, экология : матер. второй междун. науч.- пр. конференции, Барнаул, 5-10 июля 2013 г. / В.Р. Кучма, С.Б. Соколова.- Барнаул: АлтГПА, 2013. - С. 24-25.
3. Храмцов П.И., Баканов И.М. Гигиеническая оценка организации двигательной активности учащихся начальных классов школ полного дня / П.И. Храмцов, И.М. Баканов// Гигиена и санитария, 2009.- N 2. - С. 66-70.

**ПРОБЛЕМЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭЛЕКТРОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ
РЕСУРСОВ В АСПЕКТЕ ОГРАНИЧЕНИЯ РАЗВИТИЯ ТВОРЧЕСКОЙ
АКТИВНОСТИ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ¹**

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, medved-contact@yandex.ru

Введение. Современные информационные технологии с готовностью восприняты молодым поколением нашего общества, которое уже не представляет себе коммуникационное взаимодействие без использования различных электронных устройств, их приложений и средств информационно-компьютерных технологий, поэтому новые педагогические технологии однозначно должны учитывать современную специфику взаимодействия молодежи. Преподаватели и учителя являются ключевыми фигурами для осуществления перемен в системе образования, но на данном этапе они сами нуждаются в психологической поддержке, чтобы понять и, что самое сложное - принять новые способы взаимодействия с учащимися в своей практике.

Содержание и методики эксперимента.

В результате диагностической работы, проведенной автором в ряде школ и гимназий Санкт-Петербурга, было выявлено, что существует детерминированная связь между личностными чертами и возможностью развития творческой активности преподавателей. На протяжении 2009–2013 гг. в школах Санкт-Петербурга автором проводилась работа по развитию творческой активности преподавателей средствами тренингов креативности и предложением использовать в своей практике электронные образовательные ресурсы с целью выполнения задач ФГОС. В начале исследования и по его окончании проводилась диагностика уровней креативности преподавателей по методике ТТСТ (TorranceTestsofCreativeThinking), т. е. тестов креативности Е. Торренса и диагностика степени толерантности к неопределенности по методике Т.В. Корниловой. В результате исследования выявлено, что специально созданные условия

¹Medved P. Problems of using e-learning resources in the aspect of restricting the development of creative activity of teachers of educational institutions.

педагогической практики с использованием электронных образовательных ресурсов, которые обогащают предметно-информационное поле деятельности, ведут к повышению уровня творческого потенциала преподавателя. Однако, следует отметить, что условия среды, обеспечившие повышение креативности преподавателей, могут оказывать и дестабилизирующее воздействие на эмоциональный фон их жизнедеятельности. Нерегламентированность поведения и множественность выборов актуализируют субъективное восприятие такой характеристики среды, как неопределенность. Фактор неопределенности, препятствуя образованию стереотипов, повышает эмоциональный дискомфорт. Затрудненность выбора при наличии требования принятия конкретного решения в условиях неопределенности создает предпосылки для невротизации личности с низким показателем степени толерантности к неопределенности. Эффективным выходом из сложившейся ситуации автор считает необходимость предварительной диагностики преподавателей по показателям уровня креативности и толерантности к неопределенности для создания рабочей группы с целью апробации и реализации новых инновационных технологий в образовательной практике.

Выводы. Требование к обязательному использованию новых инновационных и информационно-компьютерных технологий всему педагогическому сообществу является неэффективным, так как не учитывает мотивационно-личностные качества самого исполнителя образовательных услуг и проводника этих инноваций, т.е. преподавателя. На основании проведенных исследований автор утверждает, что необходима серьезная предварительная подготовка преподавателей к введению инноваций в образовательной практике. Целью предварительной психологической подготовки преподавателей образовательных учреждений является повышение показателей креативности и толерантности к неопределенности для обеспечения ведения эффективной образовательной деятельности в условиях современной высокоизменчивой информационной среды. В случае невозможности внедрения инновационного метода обучения в силу устоявшихся личностных особенностей преподавателя (крайне низкой степени толерантности к неопределенности) следует прекратить тренинг во избежание негативных психоэмоциональных последствий (стресс, переходящий в дистресс). Следует также понимать, что инновационно-креативное обучение несовместимо с жесткой регламентацией деятельности преподавателя, поскольку креативный процесс не предполагает контроля и оценивания.

Ключевые слова: Электронные образовательные ресурсы, креативность, толерантность к неопределенности, невротизация личности, психологическая готовность.

Key words: Electronic educational resources, creativity, uncertainty avoidance, neuroticism personality, psychological readiness.

УДК 681.3.069

И.Л. Миронов, В.Г. Иванов

О КОРРЕКТНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВОСТОЧНЫХ ПСИХОФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СИСТЕМЕ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ¹

Санкт-Петербургский университет МВД России, Санкт-Петербургский государственный политехнический университет, valeriy.2504@yandex.ru

В последние десятилетия в отечественную систему физического воспитания, лечебно-оздоровительную практику активно внедряются элементы восточных психофизических систем. Указанные методы в своей структуре содержат наряду с технологическими элементами (физическими упражнениями) приёмы медитации (дыхательно-медитативные упражнения).

Элементы йоговской медитации и дыхательных упражнений распространены сегодня в сфере физической культуры в модифицированных вариантах.

Однако, на наш взгляд, увлечение специалистов физического воспитания, медицинских работников восточными психофизическими практиками поспешно и основано, скорее, на эмоциях, моде, чем на строгом научном подходе.

Настороженность относительно внедрения в отечественную систему физического воспитания нетрадиционных психофизических методов обусловлена следующими положениями.

Во-первых, йога базируется на восточных религиозно-философских учениях, основные положения которых находятся в противоречии с современной научной концепцией. Именно оккультный генезис йоги ставит её за рамки со-

¹Mironov I.L., Ivanov V.G. About correctness of the eastern psycho-physical methods in the national system of physical education.

временной отечественной системы физкультурно-оздоровительной практики, основанной на строго научном методе.

Во-вторых, европейцы и народы Юго-Восточной Азии принципиально различаются по психологическому складу. Данное положение основано на учении известного швейцарского психолога К.Г. Юнга.

По мысли Юнга, европеец может лишь имитировать методы йоги, взращенные в совершенно иных психических условиях, он может заучивать идеи и термины, но всё равно не сможет выражать свой психический и духовный опыт непосредственно в терминах индийской традиции: «Мы, европейцы, попросту не так устроены, чтобы правильно употреблять эти методы» [1].

И, наконец, третий серьёзный аргумент лежит в духовной плоскости. Сегодня, в условиях духовного плюрализма в нашей стране возможно увлечение подростков и молодых людей на базе занятий йогой её религиозно-мировоззренческими основами. А это не будет способствовать физическому и, особенно, психическому здоровью человека.

Сегодня в психиатрии введено понятие «культурной травмы», под которой понимается комплекс воздействий, используемый в деструктивных культах и направленный на изменение сознания индивида.

По данным Singer M.T. [2] после воздействия культурной травмы отмечались инфаркты миокарда, бронхиальная астма, язвенная болезнь, а также несколько случаев внезапной смерти.

Таким образом, приведённые аргументы позволяют скептически относиться к попыткам внедрения восточных психофизических методов в отечественную систему физического воспитания к числу фундаментальных принципов.

Литература:

1. Юнг К.Г. Йога и запад. // О психологии восточных религий и философий. – М.: «Медиум», 1994. – с.33 – 46.
2. Singer M.T., Ofshe R. Thought reform programs and the Production of Psychiatric Casualties // *Psychiatric Annals* 20, 4 April 1990, - с. 191 – 193.

Ключевые слова: восточные психофизические методы, медитация, система физического воспитания.

Key words: eastern psychophysical methods, meditation, the system of physical education.

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩАЯ ФУНКЦИЯ ТЬЮТОРСТВА¹

*Санкт-Петербургская академия постдипломного педагогического образования,
catherinem80@mail.ru*

Введение. В современном российском школьном образовании набирает силу процесс становления тьюторства как особой профессиональной позиции педагога, ориентированной на индивидуальный подход к учащемуся, на понимание его уникальности, на помощь в реализации личностного начала. Трудно не согласиться с тем, что такая организация педагогического сопровождения школьника может благоприятно отразиться на его психическом и физическом здоровье. Поэтому можно утверждать, что тьюторство – это своего рода образовательная здоровьесберегающая технология.

Материалы и методы. В широком понимании тьюторское сопровождение рассматривается как деятельность педагога, направленная на обеспечение индивидуальных образовательных программ учащихся и сопровождающая процесс индивидуального образования в школе, вузе, в системах дополнительного и непрерывного образования [1]. Несмотря на то, что тьюторство – явление сравнительно новое в отечественном образовании, существует классификация его типов, среди которых социальное, дистантное, антропологическое тьюторство, последнее «... работает непосредственно с человеком: понимание потенциала, на который можно опереться, перевод этого потенциала в ресурс, далее в образовательную программу» [2]. С точки зрения разных методологических подходов содержание здоровьесберегающей функции тьюторства может рассматриваться двояко. Так, индивидуальный подход к тьюторству предполагает компенсаторную направленность деятельности педагога, цель которой – решение проблем учащегося, связанных с успеваемостью, дисциплиной, внеурочной деятельностью и т.п. Тьютор помогает компенсировать дисбаланс между уровнем успеваемости ученика и его учебной деятельности, который устанавливается учебными программами и другими нормативными документами, и реальными возможностями школьника. Другой подход – антропологический – ори-

¹ Morozova E.P. Health-supporting function of the mentoring.

ентирован на решение проблем личностного развития учащегося в образовательной деятельности вне требований программ и стандартов. Тьютор поддерживает учащегося на пути его личностного становления, в данном случае «... реализуются ценности индивидуализации, свободы, самоопределения, осмысленного отношения человека к собственной жизни, своему будущему, перспективам, возрастному движению» [3]. В современной образовательной практике имеется богатый арсенал педагогических технологий, применение которых усилит здоровьесберегающий вектор тьюторства. Среди них прежде всего следует выделить те, которые направлены на развитие навыков саморегуляции и самоорганизации с учетом возрастных и индивидуальных особенностей школьников.

Результаты. По данным опроса учащихся, проведенного в рамках нашего исследования проблемы тьюторского сопровождения, от тьютора школьники ожидают прежде всего справедливости, отзывчивости, толерантности и т.п. Им нужен старший товарищ, наставник, который смог бы не только помочь в освоении учебного материала, но и в разрешении личностно важных для подростка проблем, в поиске ответов на жизненно важные вопросы растущего человека. Тем не менее остается актуальной проблема подготовки самих тьюторов к данной роли, что требует выявления специфики тьюторской работы, понимания ее значимости в плане морального и психического здоровья учащихся.

Заключение. В целом, для реализации здоровьесберегающей функции тьюторства важен высокий уровень психолого-педагогической компетентности педагога, а для организации тьюторского сопровождения необходима разработка этой проблемы, как на теоретическом, так и на практическом уровнях.

Литература:

1. Ковалева Т.М. Сборник АПК и ППРО / Т.М. Ковалева, Л.М. Долгова и др. – Москва. 2009. URL: <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%8C%D1%8E%D1%82%D0%BE%D1%80> (дата обращения 02.10. 2013).
2. Ковалева Т.М. Интервью для журнала «Эксперт» от 18.12. 2008. URL: <http://www.thetutor.ru/history/article05.html> (дата обращения 02.10. 2013).
3. Ковалева Т.М., Долгова Л.М. Концепция школы «Эврика - развитие» как школы индивидуально-ориентированного образования // Управление школой индивидуального образования. — Томск, 2002. с. 15-19.

Ключевые слова: школьное образование, тьюторство, индивидуальный подход, педагогическое сопровождение.

Key words: school education, mentoring, individual approach, pedagogical support.

Обрешков Н. Н.¹, Джамбазов В. С.²

СПЕЦИФИКА ВИРТУАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ СРЕДСТВАМИ ВЕДУЩЕЙ ЭЛЕКТРОННОЙ СИСТЕМЫ С ОТКРЫТЫМ КОДОМ MOODLE

*Институт исследования обществ и знания Болгарской Академии Наук²;
факультет Дистанционного, электронного и продолжающегося обучения
Нового Болгарского Университета, София, Болгария*

Аннотация

Здесь обсуждается процесс внедрения, адаптации и использования электронной системы Мудл - Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment (Модульная объектно-ориентированная система динамического обучения) в специфической среде крупнейшего частного университета Болгарии.

Приводятся ее базовые характеристики, конкретное позиционирование, функционирование и эффективность в процессе обучения.

Основной целью является раскрыть на конкретном примере все те особенности актуальной информационной среды, каковой является среда взаимодействия преподавателей и студентов данного ВУЗа. Эта среда предъявляет нам совершенно новые вызовы, как в чисто научном, так и в методологическом, методическом, и социальном аспектах. Рассматриваются перспективные возможности управления виртуальной средой, основанные на более глубоких социологических и философских предпосылках логической и технической работы системы.

Тезисы доклада приближены максимально к адаптивному применению виртуальной системы в специфической познавательной, социо-культурной и ресурсной среде:

- неравенство, обнаруженное как в плане взаимодействия между преподавателями и студентами, так и в возрастном разрезе необходимо преодолевать опять же обучением, которое должно включать и стимулы, и определен-

ного типа принуждения /квалификационного, финансового/, так же и в привлечении новых, более удобных, подходящих информационных ресурсов;

- необходимо уделить специальное внимание формированию положительной мотивации в среде преподавателей, которые затрудняются в использовании системы. Это касается не только устойчивого применения технических умений, но, прежде всего в создании динамического стереотипа осмысления актуальных проблем и перспектив работы в виртуальной среде – образовательных, социальных, мировоззренческих;

- необходимо выстраивание четкой ценностно ориентированной системы интерпретации использования виртуальной среды. В ней следует определить ясно место преподавателя как основного носителя знаний, умений и мировоззренческих установок, и место обучаемого, как субъекта творческого их осмысления, предполагая добавление дополнительных функций и модулей, что подразумевает включение максимального количества людей в развитие самой системы.

- Особое внимание надо уделять обогащению ролевой дифференциации в рамках системы. Это позволит включение новых знаниевых и ценностных контекстов.

- Исключение плагиата и неправомерных заимствований любого рода.

- Эффективное решение проблемы с авторскими правами публикуемых в системе материалов.

- Повышение уровня доверия и желания кооперативных действий в обучении и исследовательской практике. Это прямой путь к гармонизации отношений как внутри системы, так и в контексте всей информационной среды.

Ключевые слова: виртуальная система, информационная среда, обучение, взаимодействие, кооперативность, социальная значимость.

**ПРИМЕНЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
ПРИ ИЗУЧЕНИИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ДИСЦИПЛИН В МЕДИЦИНСКИХ
УЧИЛИЩАХ И КОЛЛЕДЖАХ¹**

Одесское областное базовое медицинское училище; Научно - исследовательский институт медицины транспорта МЗ Украины, Одесса

Создание условий подготовки младших медицинских специалистов на уровне мировых стандартов предусматривает реформирование медицинского образования, что не может осуществляться механически, поскольку этот процесс не только модернизирует отрасль, но и дает возможность представить систему среднего специального образования, сохраняя лучшие традиции и методы преподавания.

Развитие высшего образования предусматривает выполнение системы мероприятий, направленных на повышение качества подготовки специалистов, интеграцию медицинского образования и науки, решение кадровых проблем в отрасли, обеспечение конкурентоспособности выпускников на отечественном и международном рынках труда.

Реформирование в области здравоохранения предусматривает, прежде всего качественную подготовку младших специалистов, способных обеспечивать высококвалифицированную помощь.

Основная цель организации учебного процесса – выполнение требований программ, согласно Государственных стандартов, достижение высокого уровня практических навыков, формирование профессиональных умений.

Процесс подготовки младших медицинских специалистов характеризуется особенностями на различных этапах.

Студент первого курса встречается с трудностями, связанными с новыми условиями и методами обучения. Высокие требования к учебному процессу на фоне ознакомительных знаний и недостаточной подготовленности к самостоятельной работе становятся для него особенно трудными, что обуславливает

¹Yu.F. Pedanov, A.P. Slavuta, A.I. Gozhenko. Use of informational and communicative technologies in learning of morphofunctional disciplines at medical schools and colleges.

сравнительно низкую успеваемость тех, кто не смог быстро адаптироваться к новым условиям.

Необходимо выделить несколько аспектов адаптации:

Первый – дидактический, которому принадлежит важнейшая роль в процессе адаптации к новым условиям обучения. Первокурсники по возрасту, психологически, мировоззрением и жизненным опытом остаются учениками старших классов средней школы. Поэтому их необходимо учить учиться, особенно методами самостоятельной работы.

Второй – профессиональный аспект, предусматривающий формирование любви к избранной специальности, получению умений и навыков. Решение этой проблемы желательно начинать с первого курса, когда необходимо обращать внимание на фундаментальные положения теоретической медицины. Их разрабатывали авторы, труды которых в различные эпохи сыграли первенствующую роль в медицинском образовании: Гиппократ и его школа (460–377 гг. до н. э.), К. Гален (130–201 гг. н. э.), А. Везалий (1514–1564), В. Гарвей (1578–1657), Н.М. Максимович - Амбодик (1744-1812), М.Х. Пекен (1755-1819) Е.О. Мухин (1766—1850), Н. И. Пирогов (1810–1881), А.П. Вальтер (1817-1889), И.М. Сеченов (1829–1905), И.П. Павлов (1849–1936) и многие другие отечественные и зарубежные ученые [1-12].

Необходимо заметить, что мировоззрение медработников формируется на протяжении всей жизни, этот процесс продолжается на старших курсах при изучении клинических дисциплин и после окончания учебного заведения. В университетах морфофункциональные дисциплины изучаются углубленно, в большем объеме, а в медицинских училищах и колледжах, в связи с недостатком времени, более целесообразно осваивать интегрированную дисциплину “Анатомия и физиология человека” и “Патология”, как это рекомендуется и происходит за рубежом. В связи с этим мы предложили для обеспечения учебного процесса «Практическое пособие по анатомии и физиологии человека» (2008) и «Практическое пособие по патологии» (2009), на которое получено свидетельство об авторском праве (Педанов Ю.Ф., Гоженко А.И. 2008) [13, 14].

Для желающих совершенствовать свои знания пособия переведены на английский язык.

В них представлены новые оригинальные технологии, позволяющие модернизировать, модифицировать существовавшие ранее традиционные. Инновации касаются всех сторон учебного процесса, организации и проведения раз-

личных видов занятий - лекций, практических, самостоятельных, семинарских, зачетов и экзаменов. Более того, они предусматривают, в части анатомии - проектное обучение через создание учебной материальной базы - изготовление и сохранение анатомических препаратов, создание анатомического музея. Необходимы новые формы, методы обучения и контроля знаний, при налаживании тесной связи со смежными теоретическими и клиническими дисциплинами.

Другая составляющая двуединой дисциплины - физиология предусматривает овладение базовыми знаниями о регуляторных процессах в организме человека; что позволяет научить студентов физиологическому мышлению, как предшественнику клинического осмысления естественных процессов контроля функций и дисрегуляции в условиях патологии. Поэтому, такое образование должно быть тесно связано с содержанием практикума, где рассматриваются не только теоретические аспекты, но и осваивается функциональная (диагностическая) техника, с помощью которой можно получать, перерабатывать и использовать новую клинико-патофизиологическую информацию.

Физиология, вначале многим студентам представляется предметом о физических и химических основах деятельности живых систем разного уровня сложности, с которыми они знакомы. Она объединяет субклеточные и клеточные процессы в единую систему - целостный организм. Базис его нормальной деятельности - принцип "устойчивой неравновесности", гомеореза, поэтому норма в понимании медиков относительна, она представляет собой функциональный и ситуативный оптимум [15].

Только физиология устанавливает гомеостатические, регуляторные взаимодействия в системе "организм - окружающая среда", будучи неотрывна от системного подхода в мышлении. Усваивая новый учебный предмет, накапливая знания, студенты получают классическое представление об управлении функциями организма человека и вырабатывают системный подход и физиологическое мышление как основу клинического.

При этом создаются максимальные условия овладения фундаментальными положениями теоретической медицины с учетом следующих основных принципов:

- Организм – единое целое (саморегуляция, сохранение функций, устойчивость);
- Единство организма и среды (адаптация, изменчивость, приспособляе-

мость);

- Нервизм (рефлексы безусловные и условные);
- Гомеостаз (относительно постоянный состав внутренней среды – биологические константы, саморегуляция, приспособительный характер);
- Нейроиммуноэндокринная регуляция функций организма;
- Взаимообусловленность структуры и функции.

Основные современные условия деятельности высшей школы - ограниченное время обучения, большие объемы информации и четкие требования к знаниям, умениям и навыкам студентов, компетентностный подход. Эти высокие запросы невозможно реализовать, основываясь только на традиционных методах и технологиях.

В образовательном процессе медицинских учебных заведений, в основном, преобладают традиционные методы обучения. В связи со стремительным развитием информационных технологий возникает потребность в совершенно новой методологии обучения.

Необходимы новые подходы и организации обучения, которые поддерживаются прогрессивными информационно-коммуникационными технологиями (ИКТ), в частности, мультимедийными и интерактивными.

Применение таких технологий помогает оперативно и продуктивно обучать студентов, контролировать их знания, стимулирует подготовку студентов, является важнейшим путем оптимизации учебного процесса.

ИКТ имеют ряд преимуществ: быстрый поиск, нахождение и использование информации, возможности ее обновления (по сравнению с полиграфией). Наш опыт позволяет отнести ИКТ к наиболее эффективным педагогическим методикам.

Лекции, построенные с применением компьютерных технологий, имеют особое свойство, так как рассчитаны на работу нескольких органов чувств, усиливающих восприятие и запоминание материала: наглядность сопровождается визуальным запоминанием, пояснения лектора воздействуют на слуховой анализатор, а при нацеливании студентов преподавателем на запись увиденного приводит в работу тактильную чувствительность.

Более того, этот же лекционный материал впоследствии доступен студентам для поледующей работы. Демонстрация материала на практических занятиях повышает интерес учащихся к изучению, помогает по-новому взглянуть на темы занятий, способствует лучшему информированию студентов.

Использование интерактивных обучающих систем делает изучение материала наиболее доступным и наглядным, в связи с чем самые прогрессивные методики все чаще используют компьютерные технологии.

Процесс быстрого цифрового поиска - очень актуальная мировая проблема. Все чаще выбор делается в пользу новых методов записи информации, которую студент получает на семинарах. Становится больше порталов, где студенты обмениваются своими работами: созданными презентациями, уникальными гистологическими макро - и микропрепаратами, цифровыми лабораторными журналами.

В XXI веке преподавание в медицинском учебном заведении характеризуется широким использованием наукоёмких технологий. Применение современных автоматизированных систем диагностики заболеваний, использование достижений молекулярной биологии, комплексных лечебных и реабилитационных фармакологических технологий требует постоянной работы по эффективному объединению классических форм обучения с новыми подходами к обучению будущих младших медицинских специалистов различного профиля.

Выводы:

1. Основа мировоззрения будущих младших медицинских специалистов закладывается на первом курсе при изучении морфофункциональных дисциплин.
2. В отличие от университетов, где этот процесс происходит на специализированных кафедрах, в медицинских училищах и колледжах более эффективно изучение интегрированных дисциплин – «Анатомия и физиология человека» и «Патология».
3. Применение ИКТ позволяет значительно расширить объем изучаемого материала, разнообразить формы и способы его восприятия.
4. ИКТ вызывают повышенный интерес у студентов при изучении базовых дисциплин и позволяют раскрыть творческие способности, повысить качество подготовки будущих специалистов.

Литература:

1. Гиппократ «Избранные книги» пер. с греч. проф. В.И.Реднева ред. вступ. статья, примеч. проф. В.П.Карпова. М. - JL, ГИЗ биол. и мед. лит., 1936, - 736 с.
2. Галлен К. «О назначении частей человеческого тела»/пер. С.П.Кондратьева, под ред. и с примеч. В.Н.Терновского, вступ. ст. В.Н.Терновского и Б.Т.Петрова. М. Медицина. 1971. - 555 с.
3. Везалий А. «Эпителие» пер с лат и прим. Н.Соколова вступ. ст. и ред. тек-

ста акад. АМН и действ. члена Междунар. акад. истории медицины В.Н. Терновского М., Медицина, 1974. - 103 с.

4. Гарвей В. «Анатомические исследования по движению сердца и крови у животных». Пер. К.М.Быкова, с пред. И.П.Павлова М.-Л., изд. АН СССР, 1948.- 234 с.

5. Максимович-Амбодик Н.М. «Анатомико-физиологический словарь» СПб, Тип.морского шляхетского кадетского корпуса, 1783,-374 с.

6. Пекен М.Х. «Физиология или наука о естестве человеческом» Печатается по указу государственной медицинской коллегии. СПб [тип.Вильковского и Галченкова], 1788,-377 с.

7. Мухин Е. Курс анатомии, исправленный и умноженный: в 8 частях/ Е.Мухин.-М., 1818.-963с.

8. Филомафитский А.М. «Физиология, изданная для руководства своих слушателей». М., Универс. тип., 1836, -468 с.

9. Пирогов Н.И. Собрание сочинений. В 8-ми т. М; Медгиз. 1962. т. 8.-435 с.

10. Вальтер А.П. «Анатомия человеческого тела». Киев., универс. типогр., 1853, - 550 с.

11. Сеченов И.М. «Лекции по физиологии». М.Медицина, 1974, -232 с.

12. Павлов И.П.; «Лекции по физиологии», М.-Л., АН СССР, 1952, -491 с.

13. Педанов Ю.Ф. «Практическое пособие по анатомии и физиологии человека»/Ю.Ф.Педанов, под ред. А.И.Гоженко-Одесса: Астропринт, 2008.-52 с.

14. Педанов Ю.Ф. «Практическое пособие по патологии»/Ю.Ф.Педанов; под ред. А.И.Гоженко. Одесса: Астропринт, 2009. - 36 с.

15. Зайчик А.Ш., Чурилов Л.П. Общая патофизиология с основами иммунопатологии. Изд-е 4-е. СПб.: ЭлБи-СПб, 2008. – 656 с. илл.

Ключевые слова: информационно - коммуникационные технологии, анатомия и физиология человека, патология.

Key words: informational and communicative technology, human anatomy and physiology, pathology, medical nursing education.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТУДЕНТАМИ, НА ПРАКТИЧЕСКИХ ВНЕУРОЧНЫХ
ЗАНЯТИЯХ СО ШКОЛЬНИКАМИ, ИННОВАЦИОННЫХ
ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ¹**

Санкт-Петербургский государственный университет -
колледж физической культуры и спорта, экономики и технологии,
collegt@palmira.net

В последние годы наблюдается снижение показателей физического и функционального состояния населения в России. Особую тревогу вызывает состояние здоровья школьников. Падает их иммунитет, снижается физическая и умственная работоспособность, психический тонус, нарушается липидный обмен. Поэтому требуются профилактические, диагностические и оздоровительные мероприятия, а так же формирование здорового образа жизни.[1].

Однако, несмотря на свободу выбора содержания, характера и форм занятий физическими упражнениями, положительный эффект можно получить лишь благодаря грамотной и умелой организации занятий преподавателями и тренерами. Так как именно они должны помочь занимающимся детям укрепить, восстановить и сохранить здоровье, воспитать желание регулярно заниматься физическими упражнениями самостоятельно, пропагандировать здоровый образ жизни.

Поэтому в нашем колледже с 2012 года введен курс занятий, по дисциплине – Рекреация «Инновационные оздоровительные технологии», которая направлена на овладение студентами по специальности 050140 «Физическая культура» современными образовательными и оздоровительными технологиями, формирование у них профессиональных компетенций и мышления, умения и навыков, которые позволят использовать инновационные технологии физической культуры и оздоровления в дальнейшей трудовой деятельности.

Материал и методы.

Дополнительные занятия по физической культуре в школе, спортивные

¹Porubova A.T. The use of innovative health technologies by students on extracurricular physical education in school.

школы, спортивные секции могут решить проблему с гиподинамией практически здоровых детей, а для ослабленных детей или детей – инвалидов такие средства не совсем подходят. Для таких детей нужны упражнения физической рекреации, где выбор двигательной активности определяется физическим состоянием детей, удовлетворением потребности в общении, внутренними мотивами, которые направлены на самореализацию индивидуальности и укрепление здоровья. Основными средствами рекреационной физической культуры являются физические упражнения (лучше игрового характера), которые строго соответствуют возможностям детского организма (физическим, психологическим).

Значительное место в физической рекреации должно уделяться инновационным технологиям физической культуры. К ним можно отнести движение «ДРОЗД» (Дети России Здоровы и Образованы), Спартианские игры, которые содействуют не только физическому, но и духовному оздоровлению подрастающего поколения [2,3].

В 2013 году были выполнены и защищены в колледже 3 выпускные квалификационные работы, в практической части которых использовались инновационные оздоровительные технологии (Спартианские игры). В выполняемых работах студенты использовали знания, полученные на занятиях по курсу «Инновационные оздоровительные технологии» в школе.

Выводы.

1. Внедрение дисциплин, направленных на изучение инновационных оздоровительных технологий в физической культуре помогает воспитывать студентов с правильным, грамотным отношением к здоровью, умеющих пропагандировать здоровый образ жизни.
2. Овладение студентами информацией, относящейся к инновационным технологиям физической культуры, обеспечивает возможность применения усвоенных технологий в практической деятельности.

Литература:

1. Столяров В.И., Бальсевич В.К., Моченов В.П., Лубышев Л.И. Модернизация физического воспитания в общеобразовательной школе. - М.: ТПФК, 2009. - 320 с.
2. Столяров В.И. Инновационная Спартианская технология духовного и физического оздоровления детей и молодежи. – М.: Центр развития спартианской культуры, изд-во «Советский спорт», 2003, - 336 с.

3. Лубышев Л.И., Магин В.А. Инновационные технологии в профессиональной подготовке спортивного педагога: учебное пособие .-М.: ТПФК, 2005, - 191 с.

Ключевые слова: рекреация, технология, инновация, метод, средства.

Key words: physical recreation, technology, innovation, method, facilities.

УДК 316.4

Р.Х. Салахутдинова

К ПРОБЛЕМЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И МОЛОДЕЖИ В КОНТЕКСТЕ ОБРАЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ¹

Санкт-Петербургский государственный университет

rezeda_soc@mail.ru

В 1990 г. в международном лексиконе и терминологии социальных работников появилось новое понятие — «индекс развития человеческого потенциала» (ИРЧП), которое, наряду с уровнем реального внутреннего валового продукта на душу населения и уровнем образования, включает показатель здоровья и продолжительность жизни. Наряду с этим, социальные антропологи ввели понятия «потенциал человека» и «индекс социального развития этноса» [1.263].

Тема здоровья преимущественно исследуется в медицине и социологии медицины. Поэтому данному понятию, как правило, придают медико-биологическое значение и определяют его, исходя из здоровья человека. Однако и в медицинской литературе нет однозначного толкования слова «здоровья». За основу берется определение, данное в уставе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), принятом в 1948 г., где здоровье определяется как «состояние полного 1. физического (биологического), 2. душевного (психического) и 3. социального благополучия» [2.4]. Актуальность темы здоровья подрастающего поколения определяется более глубокими аспектами, чем кажется на первый взгляд. И она связана с постановкой проблемы будущего государства, страны, народа, их статусом в мировом сообществе. Общеизвестно, что чем сильнее го-

¹Salakhutdinova R.H. To a problem of health of children and youth in a context.

сударство, здоровее его население, обеспеченнее народ, тем менее оно уязвимо, более способно обеспечить безопасность, сохранить себя как жизнеспособная, независимая целостность. Благополучие народа, страны — это своего рода иммунитет государства, одно из основных условий сохранения и отстаивания своих приоритетов, особенно в практике международного сотрудничества, актуальной для современной России. Особую роль в контексте этого положения играет проблема состояния здоровья подрастающего поколения, которое будет воспроизводить, скорее всего, сегодняшние качественные свои характеристики.

Данные предварительного итога всеобщей диспансеризации населения Минздрава России весьма не утешительны. «В стране чуть больше 30% относительно здорового населения. Из почти 17 миллионов жителей страны, осмотренных на начало октября, полностью здоровыми себя может считать только треть. 78 % осмотренных – это люди работоспособного возраста».[3]

Не менее утешительные данные по состоянию здоровья детей, подростков и молодежи. Так, например, по данным Санкт – Петербурга около пяти миллионов человек, проживающих в городе, более полумиллиона несовершеннолетних. По данным аналитического материала, особенно в последнее десятилетие, детское население неуклонно снижается в численности, на этом фоне ежегодно возрастает количество пожилых, примерно на десять тысяч. Это, как отмечают врачи, приводит к демографическому разрыву между группами населения: пожилыми, стареющими и детскими [4]. Государственный комитет прогнозирует, что «к 2016 году ухудшение здоровья детей и молодежи в Санкт-Петербурге приведет к тому, что численность населения, которое старше возраста трудовой способности по сравнению с началом двадцать первого века увеличится на 9%, что доведет показатель до 29% в структуре петербургского населения в общем. Вместе с этим, численность детей, не достигших трудоспособного возраста (15 лет) снизится до 14%». Врачи констатируют наблюдающийся рост заболеваемости среди детей разных возрастов. При этом «первичная заболеваемость за десятилетие возросла на половину, а показатель молодежной заболеваемости вырос на 92%. В тоже время заболеваемость возросла на 34%.

В Санкт-Петербурге здоровье молодежи не превышает 11%, а хроническая заболеваемость равна 30%. Пограничное состояние отмечается у 60% молодежи. Медики отмечают рост патологии, выявленной при медосмотрах перед поступлением в школу и перед окончанием школы: а именно понижение остроты зрения, сколиоз, нарушение осанки. По отметкам врачей наиболее значитель-

ный рост выявляемой патологии отмечается при переходе ребёнка к предметному обучению. Если доля детей с нарушением осанки и сколиозом составляет 31,8% в данной возрастной группе, то к моменту окончания школы доля детей с указанной патологией увеличивается до 34,2% за счет увеличения доли детей со сколиозом до 8,7% при незначительном снижении доли детей с нарушением осанки. Самая значительная доля детей с понижением остроты зрения (25,65%) отмечена в группе перед окончанием школы (16-17 лет включительно)».

Еще в 2004 году обращали внимание на то, «что за последние пять лет на 20% увеличится частота психических расстройств у детей и подростков, у каждого ребенка имеются проблемы с психикой, регистрируется слабоумие. Каждый второй ребенок в возрасте от 15-17 лет, состоящий на учете у психиатра, страдает умственной отсталостью» [5]. Так, по сведениям о контингентах психических больных за 2012 год в ранговой структуре заболеваний, обусловивших формирование детской инвалидности в Санкт-Петербурге, являются: психические расстройства и расстройства поведения – 30,8%; болезни нервной системы – 22,1%. Численность несовершеннолетних на диспансерном наблюдении с 2009 г. по 2012 г. увеличилась среди подростков на 413 человек (с 2295 до 2608), среди детей - на 2467 (с 9148 до 11615) [6].

Анализ данных за 2010 и 2012 годы свидетельствуют об устойчивости иерархии факторов, приводящие к психологическим проблемам и к динамике их роста. Обнаруживается группа факторов, соответственно, и проблем, в основе которых лежит образовательный аспект: школьная неуспеваемость с 513 (2010 г.) возрос до 619 (2012 г.), конфликты с педагогами с 130 до 177 соответственно рассматриваемым годам. Не следует исключать, что «острые семейные конфликты», увеличившиеся с 99 (2010 г.) до 174 (2012 г.), «агрессивное поведение» с 110 до 180 и «конфликты со сверстниками» с 228 до 264, «суицидные попытки» с 24 до 30, «систематические прогулы школы» с 43 до 55, - взаимосвязаны с образовательным фактором, являясь следствием сложившейся неблагоприятной (неблагополучной) обстановки в учебном заведении в системе отношений школа – преподаватель – ученик. Относительную роль на рост психических проблем школьников может оказать «игровая зависимость, компьютерная, интернет-зависимость», увеличившаяся с 81(2010 г.) до 104 (2012 г.). Вместе с тем наблюдаются и незначительные положительные изменения в психологических проблемах, с которыми обращались пациенты. Так, например, по причине хронических семейных конфликтов обращения сократились с 616 (2010

г.) до 505 (2012 г.), нарушения мотивации школьной деятельности с 391 до 257, развода родителей с 204 до 145, острой психотравмы с 146 (2010 г.) до 128 в 2012 году.

Анализ динамики причин обращения в Кризисное отделение с 2010 г. по 2012 г. в контексте их иерархического расположения образовательный фактор является наиболее частым. Более того, школьная неуспеваемость с 2 позиции (513 пациентов) в 2010 году поднимается в 2012 году на первую (619 обращений); нарушение мотивации школьной деятельности с третьей позиции опустилось на 4 позицию, при этом количество обращений с 391 (2010 г.) сократилось до 257 (2012 г.). Наблюдаются изменения в иерархии расположения и следующих факторов. Так, конфликт с педагогами с 10 места поднялся на 6, увеличилось количество обращений по данной причине с 130 (2010 г.) до 177 в 2012 году. Такая же ситуация наблюдается и по факторам «конфликты со сверстниками» с пятой позиции в 2010 г. поднялся на 3 на фоне увеличения количества обращений: с 228 до 264 в 2012 г.; «систематические прогулы школы» 14 место в 2010 поднялся на 12 в 2012 г. (с 43 выросло до 55 обращений); агрессивное поведение - с 10 позиции на 5; со 110 количество обращений выросло до 180. Врачи отмечают, что количество обращений на детский телефон доверия в 2012 году увеличилось более чем в 2 раза и составило 39954 обращения (в 2011 г. – 19242), в том числе звонков по острым проблемам – 18132 (или 45% от общего числа звонков). Основными инициаторами обращений являлись мальчики и девочки в возрасте до 18 лет (соответственно 37,3% и 25,7% от числа звонивших).

Данные показатели позволяют предположить о приобретенном характере заболеваний как результата нездоровой социально - психологической, социокультурной среды жизнедеятельности ребенка. Данный тезис ставит под сомнение эффективность и целесообразность профилактической работы по предупреждению заболеваний, прежде всего болезней, связанных с психическими проблемами. Необходимость исследования соотношения здоровья и образования обусловлено тем, что именно в образовательных учреждениях дети проводят большую часть времени. Образование охватывают одновременно огромное количество детей на протяжении самого ответственного периода жизни: формирования его духовности, интеллектуальных, физических данных, того потенциала, который в будущем становится основой состояния государства, общества, нации. Отсюда и возрастающая роль образования в сохранении и формиро-

вании здорового поколения. Однако – это в идеале.

В реальности же рыночно ориентированное образование, каким преимущественно оно является сегодня, исключает, а тем самым нарушает объективные социо - биологические, психологические законы формирования, этапы и возрастные особенности становления личности ребенка. В сегодняшней программе обучения выхолощен фактор обучаемого, фактор образовательного целеполагания в контексте личности, стратегии государства. Отсутствие концепции развития ребенка в образовании с одной стороны, с другой - переход к ЕГЭ, формализовало систему образования. Современное образование напоминает конвейерную систему, где овладение навыками и умениями для сдачи ЕГЭ на протяжении всех лет обучения является стержневым, начиная с младшего школьного возраста. Где живая беседа, общение с учителями, демонстрация своих знаний, умений, формирование коммуникативных навыков, возможности своевременной помощи преподавателя, - вытеснили тесты. Подмена творческой атмосферы формализацией процесса обучения привели к игнорированию человеческого фактора в учебе: а именно учета физиологических, психологических возможностей природы ребенка выдерживать соответствующие нагрузки и индивидуальные особенности (способности) успешно выполнять требования (заполнять тесты).

В условиях глобализации образования и постепенного включения в европейское образовательное пространство происходит вымывание национально ориентированного характера образования. В этих условиях весьма проблематичным оказывается реализация собственно своих задач, в том числе и по формированию здорового поколения.

В современной России философия «здоровья», как междисциплинарное понятие, подменена политикой реформирования здравоохранения, ориентированной не на решение широких задач, в том числе профилактику и исключение из повседневности факторов, приводящих к разного рода заболеваниям, а на решение узких проблем. Ограниченность реформы проявляется и в том, что вне поля внимания остаются факторы, являющиеся и причиной соответствующих указанных показателей, в том числе и фактор социокультурной среды (благоприятной / неблагоприятной), оценка состояния жизненного пространства детей, подростков, молодежи. Не уделяется внимание также соотношению субъективных факторов (уровень индивида) и объективных условий, обуславливающих здоровье всех возрастных групп подрастающего поколения.

Еще Сократ мыслил здоровье на основе глубокого понимания сущности и природы человека. Ему принадлежат слова: «Человек, познай себя». Современная философия здоровья в России должна формироваться с учетом всех переменных, определяющих как здоровье отдельного человека, так и здоровье нации и общества в целом.

Литература:

1. Салахутдинова Р. Х. Социальное здоровье как объект социологического исследования: вопросы методологии // Вестник СПбГУ. Сер. 12. 2011. Вып. 3. С.263-271.
2. Канке В. А., Кузьмин Г. Г. Философия здоровья: учеб. пособие по курсу «Философия». Обнинск: Изд-во Обнинск. ин-та атомн. энерг., 2000. С. 4.
3. Гомзикова С. Больная на две трети нация // Свободная пресса. 5 октября 2013 года. <http://svpressa.ru/society/article/75264/?vkb> (Дата обращения 08.10.2013)
4. Аналитические материалы о Положении Детей в Санкт-Петербурге. 2012 год. Санкт-Петербург. Комитет по социальной политике Санкт-Петербурга, 2013. <http://www.homekid.ru/kidinspb2012/index.htm> (Дата обращения 18.09.2013)
5. Яновская Н.Б. Личностно-индивидуальный подход: альтернатива - выбор – проблема // Высшее образование сегодня. 2004. №7. С.47.
6. Аналитические материалы о Положении Детей в Санкт-Петербурге. 2012 год. Санкт-Петербург. Комитет по социальной политике Санкт-Петербурга, 2013. <http://www.homekid.ru/kidinspb2012/index.htm> (Дата обращения 18.09.2013)7.

Ключевые слова: здоровье, образование, реформа, дети, молодежь, образ жизни, программа обучения.

Key words: health, education, reform, children, youth, way of life, training program.

Статья подготовлена в рамках проекта 13-03-00419а при финансовой поддержке РФНФ.

**ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ФОРМИРОВАНИЯ НАВЫКОВ
ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У СТУДЕНТОВ ВУЗОВ¹**

*Санкт-Петербургский государственный политехнический университет,
Санкт-Петербург, a_bolotin@inbox.ru*

Важная роль в сохранении здоровья студентов отводится здоровьесберегающему поведению. Здоровьесберегающее поведение используется как одна из основных научных категорий для построения системы оздоровительной физической культуры. В связи с этим назрела необходимость формирования у студентов навыков здоровьесберегающего поведения [1-3]. Для этого необходимо обоснование педагогической технологии формирования навыков здоровьесберегающего поведения у студентов вузов.

Методы исследования. Здоровье - величайшая человеческая ценность. Очевидно, хорошее здоровье - основное условие для выполнения студентом его биологических и социальных функций. Анализ студенческой жизни показывает, что, многие из них не обладают навыками здоровьесберегающего поведения. Большинство студентов утрачивается понимание того, что саморазвитие, обладание навыками здоровьесберегающего поведения - это помощь не только себе, но и окружающим. Особое значение в этом плане приобретают мероприятия, базирующиеся на педагогических основах физической культуры, направленные на обеспечение здорового образа жизни и оптимального физического состояния студентов. Двигательная активность с оздоровительной направленностью рассматривается в настоящее время как главный, а подчас и единственный способ формирования и поддержания здоровья. Между тем, недооценка ее роли в сохранении здоровья приводит к негативным последствиям. Основываясь на глубоком литературном анализе и опросе специалистов, нами была разработана педагогическая технология формирования навыков здоровьесберегающего поведения у студентов вузов, состоящая из трех этапов.

На первом этапе осуществляется воздействие на интеллектуальный компонент, в результате чего формируются знания у студентов о здоровом образе

¹ Sushchenko V.P., Bolotin A.E. Pedagogical technology of formation of skills of health saving behaviour at students of higher education institutions.

жизни.

На втором этапе – осуществляется воздействие на потребностно-мотивационный компонент с целью воспитания данной сферы личности студента в здоровьесберегающем поведении на основе знаний о нем.

На третьем этапе – формируется ценностный компонент, в ходе которого происходит трансформация знаний студентов о здоровом образе жизни в убеждения о ценности здоровья и необходимости приобретения навыков здоровьесберегающего поведения.

Вывод. Проведенное исследование показало, что трансформация знаний студентов о здоровом образе жизни в убеждения о ценности здоровья приводит их к необходимости приобретения навыков здоровьесберегающего поведения.

Литература:

- 1.Болотин, А.Э. Факторы, определяющие высокую эффективность организации и проведения спортивной работы в Вооруженных силах Анголы / А.Э. Болотин, А.Ж.-А. Фернандеш // Научный рецензируемый журнал «Актуальные проблемы физической и специальной подготовки силовых структур». – 2010. - № 2 (6). – С. 18-21.
- 2.Болотин, А.Э. Модель процесса подготовки призывной молодежи к воинской службе / А.Э. Болотин, Р.А. Лайшев // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2012. – № 12 (94). – С. 27-31.
- 3.Болотин, А.Э. Структура и содержание педагогической концепции совершенствования многоуровневой системы физического воспитания в России / А.Э. Болотин, А.В. Чистяков // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2013. – № 3 (97). – С. 35-41.

Ключевые слова: педагогическая технология, здоровьесберегающее поведение, студенты вузов, интеллект, ценности.

Keywords: pedagogical technology, health saving behavior, students of higher education institutions, intelligence, values.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИХ
КАДРОВ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**

*Военно-медицинский факультет в УО «Белорусский государственный
медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь,
vmedf_bgmu95@mail.ru*

В соответствии с Кодексом об образовании Республики Беларусь от 17.01.2011 г. № 2/1795 под дополнительным образованием взрослых понимается вид дополнительного образования, направленный на профессиональное развитие слушателя, стажера и удовлетворение их познавательных потребностей.

Дополнительное образование в процессе подготовки военно-медицинских специалистов является одним из основных ресурсов реализации кадровой политики медицинской службы Вооруженных Сил Республики Беларусь.

Особую актуальность дополнительное образование для военно-медицинских кадров приобретает в связи с появлением современных информационных, образовательных и медицинских технологий, стремительным ростом технического оснащения здравоохранения, использованием высокотехнологичных способов лечения и реабилитации на основе передовых достижений науки.

В последней редакции Положения о военно-медицинском факультете в учреждении образования «Белорусский государственный медицинский университет» (Постановление Министерства обороны и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1.02.2012 г. № 8/5) к основным задачам факультета относятся не только осуществление обучения по образовательным программам высшего образования I и II ступени, послевузовского образования, но и дополнительного образования медицинских работников для Вооруженных Сил Республики Беларусь, других войск и воинских формирований Республики Беларусь.

Согласно п. 21 главы 3 «Положения о непрерывном профессиональном образовании руководящих работников и специалистов», утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 15.07.2011 г. № 954 «Об отдельных вопросах дополнительного образования взрослых» образовательные

программы переподготовки руководящих работников и специалистов могут реализовываться в учреждении образования «Белорусский государственный медицинский университет» на военно-медицинском факультете - для руководящих работников и специалистов Вооруженных Сил Республики Беларусь, других войск и воинских формирований, имеющих высшее и (или) среднее специальное образование.

В соответствии со специальным разрешением (лицензией) №883 от 30.11.2012 г. на образовательную деятельность УО «Белорусский государственный медицинский университет» может осуществлять переподготовку кадров с высшим образованием по специальностям: «Терапия», «Хирургия», «Общая гигиена» и переподготовку кадров со средним специальным образованием по специальности «Медицинское обеспечение воинской деятельности», а также повышение квалификации кадров со средним специальным и высшим образованием по профилю (направлениям) образования «Здравоохранение», направлению образования «Профилактика, диагностика, лечение, реабилитация и организация здравоохранения».

После проведения Государственной аккредитации Департаментом контроля качества образования Министерства образования Республики Беларусь получены Сертификаты о государственной аккредитации учреждения образования по вышеуказанным специальностям и организовано обучение.

К основным направлениям совершенствования дополнительного образования военно-медицинских кадров относятся:

1. Совершенствование нормативно-правовой базы дополнительного военно-медицинского образования.

2. Привлечение к преподаванию не только ППС военно-медицинского факультета, но и наиболее подготовленных специалистов медицинской службы Вооруженных Сил.

3. Своевременная (не реже одного раза в 5 лет) переработка планов и программ дополнительного образования, учитывающих развитие современной медицинской науки.

4. Совершенствование организации образовательного процесса на основе современных образовательных технологий.

5. Организация учебных циклов переподготовки и повышения квалификации в необходимом количестве для всех категорий медицинского состава Вооруженных Сил страны.

6. Улучшение качества планирования переподготовки и повышения квалификации руководителями военного здравоохранения на всех уровнях.

7. Обеспечение достоверности оценки профессионального уровня военно-медицинских кадров на основе проведения аттестаций.

8. Совершенствование последиplomного мониторинга выпускников военно-медицинского факультета.

9. Проведение государственной аккредитации новых специальностей переподготовки.

10. Развитие учебно-материальной и клинической баз дополнительного военно-медицинского образования.

Л.А. Ясюкова, В.А Долгополов, О.Е. Пискун

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СТУДЕНТОВ СПбГПУ

¹Санкт-Петербургский государственный университет, социологический факультет; ²Институт международных образовательных программ Санкт – Петербургского государственного политехнического университета, кафедра физической культуры и адаптации, piskun@imop.ru

В настоящее время руководством нашей страны много внимания уделяется разработке мероприятий, направленных на развитие отечественной промышленности. Одна из существенных проблем, которая тормозит реализацию планов – это недостаток в инженерных кадрах. Для решения кадровой проблемы, согласно постановлениям Министерства Образования, происходит реструктуризация системы вузовского образования: сокращение приема по гуманитарным направлениям, а в качестве приоритетной задачи выдвигается подготовка инженерно-технических кадров. Планируется увеличение приема в технические вузы. Как нам представляется, подобными, только организационными решениями оптимизировать подготовку квалифицированных инженерных кадров вряд ли удастся. Качество подготовки специалистов зависит от интеллектуального потенциала молодежи, поступающей и обучающейся в технических вузах. Наши диагностические обследования старшеклассников и студентов технических вузов, проводимые со второй половины 80-х годов прошлого века по настоящее время свидетельствуют о значительном снижении уровня интеллекта современной молодежи, поступающей в вузы, по сравнению с уровнем, типич-

ным для студентов 90-х – начала 2000-х годов.

Современные выпускники школ выбирают гуманитарные вузы не потому, что им более интересны соответствующие профессии, а потому, что они не обладают интеллектуальными способностями, необходимыми для полноценного овладения математикой и физикой, сдачи ЕГЭ по этим предметам на таком уровне, чтобы быть принятыми в технический вуз. Но даже значительная часть тех, кто на необходимом уровне сдает ЕГЭ по математике и физике, поступает в технический вуз, как показывают наши обследования, не обладает интеллектуальными способностями, необходимыми для качественного овладения вузовскими программами.

Получить информацию об интеллектуальных способностях студентов и составить прогноз относительно их возможностей обучения в вузе можно достаточно надежно на основе тестирования. Проводимые нами в 1990-2000 годах экспериментальные исследования интеллекта старшеклассников и студентов технических вузов с применением теста Амтхауэра, позволили выявить зависимость общей способности к обучению от 3 субтеста теста Амтхауэра (или логического компонента понятийного мышления) [Ясюкова, 2002, 2003, 2005]. На основе этих исследований были разработаны нормативы, сравнение с которыми результатов обследования индивида, позволяют сделать надежные выводы о возможностях получения им высшего или среднего технического образования. Как было установлено нами ранее [Ясюкова, 2002], только при хорошем уровне развития логического компонента понятийного мышления (11 баллов и выше) становится возможным понимание сути правил, формул, законов, системы доказательств, формируются адекватные научные представления, обеспечивается полноценное освоение программ высшей школы.

В рамках мониторингового исследования адаптированности студентов к обучению СПбГТУ, которое проводится с 2008 года, мы решили исследовать и их интеллектуальные способности. С этой целью, в дополнение к анкетному опросу и личностным методикам, мы использовали 3 субтеста IST Амтхауэра. В мае 2009 г. было обследовано 136 первокурсников, в мае 2010 г. – 66 первокурсников, в 2011 г. – 83 первокурсника, в октябре 2011 г. – 159 первокурсников, в сентябре 2012 г. – 210 первокурсников и 109 второкурсников, в мае 2013 г. – 144 первокурсника и 52 студента II и III курсов. Основные результаты представлены в таблицах.

Таблица 1. Сравнительная характеристика интеллектуального развития студентов 1-х курсов СПбГПУ (в баллах, 3 субтест теста Амтхауэра)

Время обследования	2009, май	2010, май	2011, май	2011, октябрь	2012, сентябрь	2013, май
Логическое мышление	12,7	11,1	9,5	9,4	9,3	8,9

Таблица 2. Сравнительная характеристика интеллектуального развития студентов 1-х и 2-3-х курсов СПбГПУ, а также юношей и девушек (в баллах, 3 субтест теста Амтхауэра, май 2013 год)

Группы	I курс	II-III курсы	юноши	девушки
Логическое мышление	8,9	9,6	8,6	9,3

Данные, приведенные в табл. 1, свидетельствуют о значительно более низких интеллектуальных способностях студентов, поступивших в СПбГТУ в 2010-2012 годах, по сравнению с набором 2008 года, более того, совершенно очевидно происходящее последовательное снижение интеллекта студентов, поступающих и обучающихся в СПбГПУ. Ориентируясь на средние значения, характеризующие понятийное мышление студентов, можно заключить, что большинство из поступивших в 2008 и 2009 годах обладают достаточным уровнем интеллектуальных способностей, чтобы освоить программы технического вуза. Интеллектуальные способности абсолютного большинства студентов наборов следующих годов достаточны для получения только среднего, но не высшего, технического образования.

Данные табл. 2 свидетельствуют о том, что по мере обучения в вузе студентов с низким интеллектом остается меньше. Если средние значения при тестировании первокурсников были 8,9 баллов, то средние значения уровня интеллекта студентов II-III курсов составляют уже 9,6 балла. Некоторое повышение среднего интеллектуального уровня студентов происходит за счет отсева молодых людей, совершенно неспособных к обучению в техническом вузе: не смогли сдать зимнюю и весеннюю сессию, и были отчислены. Однако, учитывая

значение стандартного отклонения (3,73), можно с уверенностью сказать, что и две трети студентов II-III курсов, обучающихся в вузе и кое-как сдающие сессии, не смогут качественно осваивать программы по техническим дисциплинам. Для получения полноценного высшего технического образования необходим уровень логического компонента понятийного мышления выше 11 баллов.

Сравнительный анализ гендерных различий показывает, что в техническом вузе более строгие критерии отбора применяются по отношению к девушкам, нежели к юношам. В результате девушек с низким интеллектом оказывается значительно меньше, чем юношей. Следовательно, качество образования, профессиональная подготовка значительного числа юношей будет ниже, нежели девушек. Инженеры-женщины, окончившие Политехнический университет, будут профессионально эффективнее, нежели инженеры-мужчины.

В целом исследования, проводимые в СПбГТУ, показывают, что современную проблему инженерных кадров не решить теми административными мерами, которые использует Министерство Образования. Серьезным препятствием на пути качественной подготовки инженерных кадров является недостаточный для этого уровень интеллектуального развития студентов, низкий уровень логического компонента понятийного мышления. Как нам представляется, усугубление ситуации связано с изменением системы приема в вуз. До введения ЕГЭ у преподавателей вуза была возможность в процессе вступительных экзаменов в беседе выяснить, понимает ли абитуриент содержание вопроса или излагает заученную информацию, т.е. косвенно оценить его интеллектуальные способности. Экзаменационная оценка снижалась, если абитуриент не мог, ответить на дополнительные вопросы, он не набирал проходной балл и не поступал в вуз. При сдаче ЕГЭ в большей степени проверяется информированность, но не уровень понимания, не выявляется способность к дальнейшему обучению, в итоге, как показывают наши исследования, в технический вуз стали поступать студенты, интеллектуальные способности которых недостаточны для успешного обучения. По окончании вуза такие «инженеры» не могут работать по специальности. Многие из них и не пытаются это делать, находят себе место в торговле, управлении, преподавании, административной деятельности.

**ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПСИХИЧЕСКУЮ АДАПТАЦИЮ
К ОБУЧЕНИЮ У СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА¹**

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург, Россия,
igor_ulyukin@mail.ru*

Цель исследования. Одной из важнейших педагогических задач любого вуза является работа со студентами первого курса, направленная на более быструю и успешную их адаптацию к новой системе обучения, к новой системе социальных отношений, к освоению ими новой роли - студентов. Важную роль в процессе адаптации играет самоотношение, которое понимается в контексте представлений личности о смысле "Я", как обобщенное чувство в адрес собственного "Я". Однако этот вопрос в настоящее время изучен недостаточно, что и послужило причиной проведения настоящего исследования.

Материал и методы. Для изучения самоотношения нами было опрошено 50 практически здоровых студентов 1 курса педагогического университета (М / Ж = 1 / 1, средний возраст группы 17,88±0,64 лет, М / Ж = 17,88±0,64 / 17,88±0,63 лет) по методике В.В. Столина - С.Р. Пантिलеева. Опросник включает следующее шкалы: шкала S – измеряет интегральное чувство "за" или "против" собственно "Я" испытуемого; шкала I – самоуважение; шкала II – ауто-симпатия; шкала III – ожидаемое отношение от других; шкала IV – самоинтерес. Опросник содержит также семь шкал направленных на измерение выраженности установки на те или иные внутренние действия в адрес "Я" испытуемого: шкала 1 – самоуверенность; шкала 2 – отношение других; шкала 3 – самопринятие; шкала 4 – саморуководство, самопоследовательность; шкала 5 – самообвинение; шкала 6 – самоинтерес; шкала 7 – самопонимание. Значение показателя: накопленные частоты меньше 50% – признак не выражен; 50-74% – признак выражен; больше 74% – признак ярко выражен. Исследование проводилось групповым методом при его длительности в 40 минут. У всех респон-

¹I.M. Ulyukin*, I.N. Ostroumov. Factors affecting mental adaptation to training of first-year students.

дентов было получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Результаты. При исследовании глобального самоотношения (Шкала S) как внутреннего недифференцированного чувства "за" и "против" самого себя показано, что признак является выраженным (М / Ж = 74,65% / 75,46%).

Самоуважение (Шкала I) – это тот аспект самоотношения, который эмоционально и содержательно объединяет веру в свои силы, способности, энергию, самостоятельность, оценку своих возможностей, контролировать собственную жизнь и быть самопоследовательным, понимание самого себя. Установлено, что у женщин он несколько выше (М / Ж = 61,2% / 67,78%).

Аутосимпатия (Шкала II) отражает дружественность-враждебность к собственному "Я". В содержательном плане шкала на позитивном полюсе объединяет одобрение себя в целом и в существенных частностях, доверие к себе и позитивную самооценку, на негативном полюсе, – видение в себе по преимуществу недостатков, низкую самооценку, готовность к самообвинению, что свидетельствует, в том числе, о стигматизации / самостигматизации. Показатели здесь примерно одинаковы (М / Ж = 60,33% / 59,4%).

В то же время Шкала самопринятия (3) имеет более высокие показатели (М / Ж = 71,43% / 71,43%). Самопонимание (Шкала 7) одинаково выражено в обеих группах (М / Ж = 68,67% / 68,97%).

Ожидаемое отношение от других (Шкала III) отражает предположение позитивного или негативного отношения к себе окружающих. Этот признак выраженным не является (М / Ж = 42,87% / 48,73%), но вместе с тем он более низок у мужчин. К этому пункту вплотную примыкает шкала 2 «Отношения других», (М / Ж = 38,18% / 45,92%)

Шкала самоинтересов (IV) отражает меру близости к самому себе, в частности интерес к собственным мыслям и чувствам, готовность общаться с собой "на равных", уверенность в своей интересности для других, и он выше у мужчин (М / Ж = 76,37% / 72,17%). Вместе с тем, данные шкалы 6 «Самоинтерес» свидетельствуют об обратном (М / Ж = 64,8% / 74,93%)

Вероятно, неопределенность и неоднозначность проблемы самоинтереса приводят к средним показателям самоуверенности (Шкала 1) - (М / Ж = 59,19% / 58,47%), хотя самопоследовательность / саморуководство (Шкала 4) является выраженным признаком, (М / Ж = 61,1% / 66,52%). На этом фоне самообвинение (Шкала 5) в группах сходно и значимо не выражено (М / Ж = 55,12% /

53,73%).

Выводы. Полученные данные позволяют оценить динамику самоотношения как вида человеческих отношений в периоде адаптации, отразить характер проблемных переживаний и проследить особенности проявления модальности самоотношения в зависимости от гендерного типа переживания значимых проблем, что, в свою очередь, необходимо учитывать в психопрофилактических и психотерапевтических мероприятиях у респондентов, испытывающих проблемную нагруженность в разных жизненных областях. Однако в связи с малым количеством респондентов в группах необходимо дальнейшее проведение исследования, в том числе для выявления причин подобного самоотношения в группах.

Ключевые слова: психическая адаптация, обучение, студенты первого курса

Key words: mental adaptation, training, first-year students

Глава III

ТРУДНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСТВА И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

УДК 316.752.4

Г.М. Цинченко

ЮВЕНАЛЬНАЯ ЮСТИЦИЯ КАК АЛЬТЕРНАТИВА СЕМЕЙНОЙ ИДЕОЛОГИИ

*Северо-Западный институт управления РАНХиГС при Президенте
Российской Федерации, Санкт-Петербург, galina_ts55@mail.ru*

Прочность социальных связей в России пропорциональна здоровью и полноте российских семей. В мировой и российской практике известны случаи, когда из семей изымаются дети, используя такие размытые критерии как «материальные трудности», «ненадлежащее воспитание» и т.д. Разрушаются семьи, детям наносятся тяжелые психологические травмы, которые будут проявляться всю жизнь.

Нередко чиновники грубо вмешиваются в процесс воспитания, не позволяя родителям определять меру соблюдения бытовой дисциплины, религиозных обычаев, приучать детей к труду, ограждать их от опасных поступков. Подчас представители государственных служб, ювенальные суды вынуждают детей клеветать на родителей, при помощи воздействия на неокрепшую психику ребенка.

«Нам видится опасными любые меры, которые бы позволили чиновникам вмешиваться во внутреннюю жизнь семьи, в ее мировоззрение и образ жизни, в кровную связь родителей и детей. Ребенок счастлив только тогда, когда живет вместе со своими отцом и матерью,- говорится в Заявлении президиума Межрелигиозного совета России по вопросам защиты прав семьи и ребенка. – Нормы внутрисемейных отношений заложены Творцом в природу человека, и разрушение их принесет несчастье человеку и народу. Вмешиваться в внутреннюю жизнь семьи следует лишь в крайнем случае, когда жизни или здоровью человека угрожает опасность» [1].

Сегодня необходимо вести защиту детей по всем направлениям с учетом возможных факторов риска, при этом уровень риска в семье (даже в неполной или проблемной) сегодня ниже, чем в других пространствах жизни детей. Счастье ребенка немислимо без взаимной любви с родителями, без тесной связи и постоянного общения с ними.

Ювенальная юстиция – это и суды для рассмотрения уголовных дел в отношении несовершеннолетних, находящихся в конфликте с законом, но и целая армия чиновников, включая сотрудников органов опеки попечительства, социальных работников, помощников «ювенальных» судей, это и система мер, связанных с узаконенным (часто чрезмерным) вмешательством во внутренние дела семьи.

Проблема ювенальной юстиции не является более актуальной для современной России, чем проблема укрепления института семьи и восстановления традиционных российских семейных ценностей. С помощью ювенальной юстиции невозможно решить проблему сокращения детской беспризорности и правонарушений несовершеннолетних, так как ювенальная юстиция имеет дело не с причинами этих явлений, а с их преодолением.

В современных условиях на фоне падения нравов, разрушения института семьи, нужно быть против ювенальной юстиции. Поддерживать и развивать ювенальную юстицию равносильно строительству дома на «гнилом» фундаменте [2].

Ювенальная юстиция тесно связана с институтами семьи и брака. Ювенальная юстиция – это не просто институт, это идеология, основанная на подмене семьи и ее социальных функций по воспитанию детей деятельностью государственных и иных органов, и в этом смысле пропагандирующая идеологию антисемьи, внесемейного воспитания.

Ювенальная юстиция, основанная на конфликте детей с родителями, на подмене семьи другими институтами, противоречит традиционным российским семейным ценностям, основанным на уважении детей к родителям, послушании им, распределении обязанностей, взаимопомощи и любви к друг другу.

Политике ювенальной юстиции нужно противопоставить политику укрепления института семьи, продвижения семейных ценностей в российское семейное законодательство, в том числе введение мер, стимулирующих заключения брака; принятия комплекса мер поддержки семей, имеющих детей и оказавшихся в трудных жизненных обстоятельствах, без изъятия ребенка из семьи; устранения

из законодательства положений, создающих основу для злоупотреблений со стороны государственных и муниципальных органов по отношению родителям.

Необходимо понять, что проблемы детей не в отсутствии ювенальной юстиции, а в разрушении семьи и семейных ценностей. Решение проблем подрастающего поколения кроме как возрождения института семьи в России нет.

Литература:

1. Заявление президиума Межрелигиозного совета России по вопросам защиты прав семьи и ребенка. 22 апреля 2010 года. [Электронный ресурс] <http://www.patriarchia.ru/db/text/1144016.html> (дата обращения 07.10.2013 г.)
2. Мизулина Е. Ювенальная юстиция - идеология антисемьи. [Электронный ресурс] http://www.spravedlivie.ru/news/one_1939.htm (дата обращения 07.10.2013 г.)

УДК 616-01

З.Е. Агранович

ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ¹

*СПб ГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия»»
им.С.С. Мнухина, Санкт-Петербург, barsik1966@mail.ru*

В условиях современной действительности в связи с увеличением количества детей с проблемами в психическом и физическом развитии, а также существенной модернизацией систем здравоохранения и образования России, все большее внимание уделяется мультидисциплинарному подходу в вопросах диагностики, коррекции и профилактики различных вариантов дизонтогенеза у детей и подростков.

Логопедическая реабилитация является составной частью комплексной медико-психолого-педагогической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья. В последние годы заметно расширился контингент детей и подростков, которые попадают в поле зрения логопеда. Наряду с лицами, имеющими «традиционную» речевую патологию, к логопедам за консультативной

¹Agranovich Z.E. Speech therapy care in the modern conditions.

и коррекционной помощью стали значительно чаще обращаться родители детей раннего возраста, которым необходимо логопедическое вмешательство в рамках программы абилитационных мероприятий. Значимость превентивной логопедии подтверждается тем, что сензитивный период предречевого и речевого развития непродолжителен и несвоевременно оказанная помощь приводит к грубой и стойкой речевой патологии. Отдельную группу, обратившихся к логопеду, составляют дети после кохlearной имплантации и находящиеся на разных этапах медицинской и психолого-педагогической реабилитации. Кохlearная имплантация в настоящее время является одним из наиболее перспективных направлений высокотехнологичной помощи детям с врожденной глухотой и потерей слуха в первый год жизни. В случаях раннего оперативного вмешательства и своевременной всесторонней реабилитационной помощи дети с первичной патологией слуха могут посещать массовые дошкольные и школьные учреждения с логопедической поддержкой. В связи с популяризацией идеи инклюзивного дошкольного и школьного образования, нередко к логопеду обращаются дети-инвалиды со сложной структурой дефекта, у которых тяжелая речевая патология сочетается с сенсорными, двигательными или интеллектуальными нарушениями. В данном случае логокоррекция имеет дифференцированную направленность, которая определяется ведущим нарушением, вторично связанными с ним отклонениями в развитии, наличием сохраненных функций, компенсаторных возможностей и индивидуальных особенностей пациента. Миграционные процессы, происходящие в России последние 10 лет, привели к появлению в русскоязычных детских садах и школах детей мигрантов. Это- дети-инофоны и дети-билингвы. Логопедическая диагностика их достаточно сложна. Специалисту необходимо выяснить: проблемы в общении, обучении или поведении ребенка, связь с отставанием в психо-речевом развитии или с неовладением русским языком. Можно выделить еще одну группу лиц, нуждающихся в логопедической помощи. Это дети, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации. Речевая патология в данном случае часто осложняется выраженной социально-педагогической запущенностью. Логопедическая реабилитация осуществляется, как правило, в условиях центров временного пребывания в ограниченный период времени и не поддерживается со стороны родителей (лиц их заменяющих), что создает определенные сложности в работе специалиста. В связи с произошедшими за последние годы изменениями в системе образования (введение ЕГЭ), за консультацией к логопеду стали все чаще об-

рашаться подростки, имеющие специфические нарушения письменной речи (дисграфию, дизорфографию и дислексию).

Таким образом, специфика и сложность логопедической работы на современном этапе обусловлены оказанием диагностической, консультативной и коррекционной помощи пациентам самых разных возрастов и социальных слоев, многообразием речевой патологии и причин их возникновения, наличием сочетанной патологии, приводящей к сложной структуре дефекта, а также изменениями, происходящими в стране.

Ключевые слова: дети, логопед, логопедическая реабилитация.

Key words: children, speech therapist, speech therapy rehabilitation.

УДК 616-084:616-053.2

Г.А. Александрова

СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ¹

*Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого,
Великий Новгород, alex-galina@mail.ru*

Ретроспективный анализ показателей общей заболеваемости детского населения Новгородской области показывает [1], что за последние двадцать пять лет отмечается значительный рост как всех заболеваний, так и по отдельным классам болезней. Показатели заболеваемости болезнями системы кровообращения, эндокринной системы, пищеварения, болезнями органов дыхания детского населения региона [2] превышают соответствующие показатели по Северо-западному федеральному округу (СЗФО) и по Российской Федерации (табл. 1).

На состояние здоровья детей школьного возраста значительное влияние оказывает образовательная среда. Несмотря на проводимую работу по оптимизации учебного процесса и условий обучения, в школах, колледжах, гимназиях имеют место нарушения в организации учебной среды [3], которые оказывают негативное влияние на состояние здоровья обучающихся: интенсификация учебного процесса; учебная нагрузка в течение недели и дня превышает уста-

¹Alexandrova G.A. Social and medical aspects of preventive measures of child population's diseases.

новленные нормативы. Школьный день удлинен до 6-8 часов за счет дополнительных уроков, в том числе за счет введения платных услуг; объем домашних заданий завышается. Продолжительность больших и малых перемен во многих школах сокращена.

Таблица 1

Общая заболеваемость детского населения (0-14 лет)
Новгородской области (на 1000 населения)

Показатели	Новгородская область		СЗФО 2011 г.	РФ 2011 г.
	1988	2011 год		
Всего болезней	1637,9	2842,8	2890,4	2387,9
Болезни органов дыхания	1223,0	1649,3	1571,9	1273,9
Болезни органов пищеварения	27,1	164,9	156,9	143,3
Болезни системы кровообращения	8,0	31,0	21,7	22,4
Болезни костно-мышечной системы	18,5	70,0	101,3	80,9

Для детей с хронической патологией не организованы занятия по физической культуре в специальных медицинских группах. Для 8% учащихся первых классов, которые посещают группы продленного дня, не организован дневной сон. В образовательных учреждениях Новгородской области отмечается недостаточная искусственная освещенность, учебная мебель не соответствует росту детей. Охват школьников горячим питанием в регионе высокий: среди школьников начальных классов — 93,7%, среди обучающихся 5-11 классов — 81,9%. Но в питании детей и подростков имеет место невыполнение норм питания, в меню недостаточно включаются рыба, творог, молоко, сыр, свежие фрукты.

Данные опросов показывают, что дома дети всех возрастных групп не досыпают, в свободное время преобладает статическая деятельность, дети дошкольного возраста (начиная с двух лет) ежедневно смотрят телевизор по два-три часа. Школьники до трех-четырех часов проводят у компьютера.

В организации профилактических и оздоровительных мероприятий значительное место занимает медицинское обслуживание детей и подростков. Но проблемы в медицинском обслуживании детского организованного населения

остаются. В большинстве районов области не укомплектованы должности узких специалистов. Только в 64% школ оборудованы медицинские кабинеты, треть которых недостаточно оснащены. Также отмечено [3], что «оздоровление детей в образовательных школах и учреждениях начального профессионального образования практически не проводятся в связи с отсутствием условий и финансовых возможностей. В течение пяти лет (с 2007 по 2012 года) число оздоровительных учреждений уменьшилось на 124».

Остается недостаточным охват детей и подростков диспансерным наблюдением по заболеваниям, которые являются ведущими в регионе: с болезнями органов кровообращения находились на диспансерном учете в 2012 году (ф.12) 62,8% детей (до 14 лет включительно), а подростков (15-17 лет) — только 38,2%, с болезнями органов дыхания 3,0% и 4,4% соответственно, с болезнями органов пищеварения — 17,5% и 29,2%, с болезнями костно-мышечной системы — соответственно 55,0% и 52,5%.

Полагаем, что улучшение организации медицинского обслуживания детского населения может способствовать снижению заболеваемости данными болезнями взрослого населения. Следует отметить, что среди взрослого населения болезни системы кровообращения стоят на первом месте в структуре первичной инвалидности (28,0%, а в 2005 году — 46,4%) и причин смертности (62,4%, в 2005 году — 56,1%).

Вывод: в организации профилактики заболеваний детского населения Новгородской области остаются актуальными социальные и медицинские вопросы обеспечения комплекса лечебных и оздоровительных мероприятий, а также работа по оптимизации образовательной среды и условий жизнедеятельности.

Литература:

1. Александрова Г.А. Научное обоснование региональной системы управления здоровьем детского населения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2005. 48 с.
2. Заболеваемость населения России в 2011 году. Статистические материалы, Москва, 2012.
3. Государственный доклад «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Новгородской области в 2012 году». Великий Новгород, 2013. 405 с.

Ключевые слова: здоровье, профилактика, заболеваемость, дети, подростки, население, окружающая среда, социальные факторы.

Key words: health, preventive measures, morbidity, children, teenagers, population, environment, social factors.

УДК 159.972

А.М. Алексеева, О.Ю. Щелкова, Е.А. Бурина

КОГНИТИВНЫЕ И АДАПТИВНЫЕ СПОСОБНОСТИ ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ¹²

*Санкт-Петербургский государственный университет,
med@psy.spbu.ru*

Современное общество обеспокоено наблюдающимся в последнее время ростом психических расстройств в детском и подростковом возрасте со значительными нарушениями адаптации. Проблема совершенствования научно-теоретического аппарата комплексного психологического обследования ребенка с психическими нарушениями, направленного на диагностику особенностей социальной адаптации, с целью создания индивидуализированных коррекционных программ, обеспечивающих полноценное развитие личности такого ребёнка, остра и своевременна. В связи с этим представляется актуальным выявление взаимосвязи между когнитивными способностями и уровнем социально-психологической адаптации детей и подростков различных нозологических групп. Цель исследования: выявление особенностей интеллектуального развития и социально-психологической адаптации детей различных клинических групп с помощью комплекса психодиагностических методов, а также предварительная апробация новой зарубежной шкалы адаптивного поведения для оценки уровня социализации в важнейших сферах жизнедеятельности ребенка.

Материал исследования. Исследование проведено на базе СПбГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С. С. Мнухина. Всего обследовано 100 детей и подростков с психическими расстройствами в возрасте от 8 до 14 лет, находящихся на лечении в стационаре (из них 50% — младший школьный возраст, от 8 до 10

¹Исследование проведено при поддержке фонда РГНФ. Рег.№ 11-06-01096 от 01.01.2011

²Alekseeva A. M., Schelkova O. Y., Burina E. A. Cognitive and adaptive abilities of children with mental disabilities.

лет и 50% — подростковый возраст, от 11 до 14 лет). В группе обследованных детей значительно преобладали мальчики — 90%. По характеру нозологической принадлежности все обследованные были разделены на две группы: 1 группа (53% детей) - расстройства, характеризующиеся преимущественным нарушением познавательных (когнитивных) функций (умственная отсталость, атипичный аутизм с умственной отсталостью, слабоумие вследствие эпилепсии), 2 группа (47% детей) - преимущественно личностные (характерологические) и поведенческие расстройства, обусловленные органическим поражением головного мозга.

Методы исследования. Клинико-психологический метод реализовался с помощью изучения медицинской документации и составления на каждого ребенка медико-психолого-социального анамнеза по специально разработанной схеме, для психометрической оценки уровня и структуры интеллекта использовалась «Шкала Векслера для исследования интеллекта детей» (WISC) [1], для психометрической оценки уровня социально-психологической адаптации изученных детей, а также с целью апробации в русскоязычной среде была использована новая шкала адаптивного поведения «Vineland Adaptive Behavior Scale» (VABS), разработанная специально для исследования лиц с психическими расстройствами [2]. Математико-статистическая обработка данных осуществлена с помощью SPSS-20.

Результаты исследования. Обнаружено значительное снижение основных показателей уровня развития интеллекта, а также низкие результаты по всем субтестам методики WISC в первой экспериментальной группе. Полученные результаты являются психометрическим подтверждением соответствия нозологической квалификации, осуществляемой клинически врачами-психиатрами.

Было выявлено снижение показателей специализированных шкал методики VABS, идентифицирующих развитие коммуникативных возможностей, навыков самообслуживания, межличностного взаимодействия и преодоления фрустрирующих ситуаций, развитость психомоторики, а так же преобладание признаков дезадаптивного поведения в группе детей с нарушениями интеллекта, что позволило сделать вывод о том, что интеллектуальная недостаточность является определяющим фактором нарушения социально-психологической адаптации.

Таким образом, выявленная взаимосвязь когнитивных и адаптивных способностей у детей и подростков со сниженными интеллектуальными функциями

ми позволяет прогнозировать успешность использования «Шкалы адаптивного поведения» (VABS) для получения качественной и многомерной картины адаптивных возможностей детей с нарушениями интеллекта.

Литература:

1. Ильина М. Н. Психологическая оценка интеллекта у детей. СПб.: Питер, 2006. 368 с.
2. Sparrow S. S., Cicchetti D. V., David A., Balla D. A. Vineland-II, Vineland Adaptive Behavior Scales: Survey Forms Manual. Bloomington: NCS Pearson, Incorporated, 2005. 330 p.

Ключевые слова: адаптация, когнитивные способности, интеллект.

Key word: cognitive abilities, intelligence, adaptation.

УДК 614.212.

Т.М. Алексеева, М.Г. Соколова

ПЕДИАТРИЧЕСКАЯ ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ¹

*Северо-западный государственный медицинский университет
имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, sokolova.m08@mail.ru*

Введение. В основе паллиативной помощи лежит междисциплинарный подход, в процесс вовлекаются пациент, его близкие и общественность. Главная задача - предупреждение и облегчение страданий пациента благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и купированию тягостных физических симптомов, а также оказание психосоциальной и духовной поддержки пациенту и его близким [1, 2]. Паллиативная помощь детям — это область медицины, предполагающая комплексный: физический, эмоциональный, медицинский, социальный и духовный подход к больному ребенку, имеющему ограниченный срок жизни вследствие наличия неизлечимого заболевания, когда возможности специализированного лечения ограничены или исчерпаны [3]. Паллиативная педиатрия должна обеспечить наилучшее качество жизни ребенка с терминальным состоянием, оказывать поддержку семье в процессе ухода за боль-

¹Alekseeva T.M., Sokolova M.G. Pediatric palliative help.

ным ребенком и в период переживания утраты независимо от места нахождения пациента [4]. Паллиативная помощь детям отличается рядом особенностей - дети умирают реже, чем взрослые, однако спектр заболеваний, требующих паллиативной помощи относятся к более тяжелым, неизлечимым состояниям, это генетически обусловленные, редкие болезни, приводящие к тяжелым нарушениям в физическом и интеллектуальном развитии ребенка.

Материал и методы. С 2010 по 2012 год в круглосуточный стационар хосписа для детей в г. Санкт-Петербурге было госпитализировано 705 детей, возраст детей от 2,5 месяцев до 17 лет включительно, в среднем составил 8,5 лет из них 16 детей до года. Структуру заболеваемости составляли болезни нервной системы (63,1%), врожденные аномалии и хромосомные нарушения (15,6%), злокачественные новообразования (12,2%), последствия травм (5,5%), болезни эндокринной системы (1,4%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (1,3%), болезни системы кровообращения (0,9%). Используются следующие методы обследования: клинико-неврологический осмотр, лабораторно-клинические исследования, социально-психологическая оценка.

Обсуждение. Необходимость реализовать право инкурабельных детей на получение гарантированного объема медико-социальной помощи и улучшение качества жизни в терминальной стадии заболевания обусловила создание в 2003 году в Санкт-Петербурге детского хосписа. Хоспис начал свою работу как выездная служба, состоящая из врачей, медицинских сестер, социальных педагогов и психологов. В июне 2010 года был открыт стационар детского хосписа на территории парка Куракина Дача. В данный момент в структуру детского хосписа входит круглосуточный стационар на 18 коек, из них 6 коек относятся к палате интенсивной терапии, стационар дневного пребывания на 12 коек, выездная (амбулаторная) служба и социально-психологическая служба. Курс пребывания в стационаре составляет 21 день, больные, находящиеся на терминальной стадии заболевания не ограничены каким-либо сроком госпитализации. Основной задачей паллиативной помощи является улучшение качества жизни неизлечимо больного ребенка, следовательно, существенно возрастает роль социально-психологической и духовной помощи семье. Мы не можем вылечить ребенка, но мы можем сделать его жизнь настолько это возможно полноценной, насыщенной и радостной. В состав сотрудников СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)» входят врачи, психологи, социальные педагоги, воспитатели, учитель-дефектолог, специалист по социальной работе, которые разрабатывают для ка-

ждого ребенка индивидуальную программу сопровождения. Программа строится на базе клинико-неврологического осмотра, оценки психоэмоционального состояния ребенка с учетом семейной ситуации и социально-бытовых условий жизни. Программа включает следующие разделы: лечебно-корректирующая помощь, психологическая диагностика, индивидуальные коррекционно-развивающие занятия, консультирование родителей по вопросам развития и воспитания тяжелобольного ребенка, психотерапевтическая помощь, организация развлекательных и познавательных мероприятий, организация различных видов социально ценной деятельности, участие в исполнении заветной мечты ребенка (проект «Мечты сбываются»), организация работы волонтерской службы, сопровождение семьи после утраты ребенка в течение 14 месяцев.

Выводы. При работе с семьей, в которой живет неизлечимо больной ребенок, необходима адекватная и своевременная помощь целой команды специалистов: врачей, медицинских сестер, психологов, дефектолога, социальных работников, педагогов, психотерапевтов. Совместная работа врачей и социально-педагогического персонала способствует организации более полной и всесторонней помощи инкурабельному ребенку и его семье. Кроме того, это является хорошим методом профилактики эмоционального выгорания сотрудников.

Литература:

1. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 7 октября 2005 N 627 «Об утверждении Единой номенклатуры государственных и муниципальных учреждений здравоохранения».
2. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 3 декабря 2009 N 944н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи онкологическим больным».
3. Приказ Минздрава России №1071н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций оказывающих паллиативную помощь» от 19 декабря 2012 г.
4. Becker, R. Working principles of palliative care/R. Becker [et al.] // European Journal of Palliative Care. 2010. Vol. 16. – P.94–97.

Ключевые слова: паллиативная педиатрическая помощь, инкурабельный ребенок, медико-социальный подход.

Keywords: pediatric palliative assistance of a seriously ill child, medico-social approach.

СЛОЖНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ С ДЕТЬМИ, И МОЛОДЫХ РОДИТЕЛЕЙ ВО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯХ С ДЕТЬМИ НА ТЕМЫ ПОЛОВОГО ВОСПИТАНИЯ: ОБУЧАЮЩИЙ ТРЕНИНГ КАК ОДИН ИЗ ПУТЕЙ РЕШЕНИЯ¹

Санкт-Петербургский государственный университет
sofia.barkova@gmail.com, irin.yd@mail.ru

За последние три десятилетия в России и мире отношение общества к половой жизни значительно изменилось. Атмосфера последних лет перенасыщена сексуальными стимулами, тогда, как, еще в начале 90-х гг., в нашей стране сексуальность замалчивалась, была запретна и недоступна для обсуждения. Произошла либерализация половой морали, ослабление полоролевых норм. Дети, как и взрослые, ежедневно сталкиваются с откровенно сексуальными стимулами в СМИ. Эротические образы широко эксплуатируют в рекламе, порнография доступна через Интернет и современные мобильные телефоны. В последнее столетие наблюдается ускорение физиологического развития детей, акселерация, на фоне психологической незрелости. Увеличивается число ранних беременностей, возрастают показатели заболеваемости среди детей и подростков ВИЧ/СПИД и другими заболеваниями, передающимися половым путем [4]. Еще ни одно поколение в России не росло в такой сексуально-насыщенной и опасной для здоровья и психики атмосфере.

В этой ситуации особенно важна роль взрослых, которые могли бы помочь ребенку с раннего возраста выработать здоровое отношение к сексуальности. Родители и специалисты, работающие с детьми, сталкиваются сегодня со значительными трудностями в том, что касается сферы полового воспитания. Выросшие во времена запрета на разговоры о половой жизни, большинство из них не имели в детстве возможности задать своим родителям волнующие вопросы о сексуальной жизни или рождении детей. Отсутствие такого опыта может значительно сужать понимание того, как осуществлять половое воспитание. Кроме того, у таких молодых родителей обостряются закономерная тревога, беспокой-

¹Barkova S.M., Katunina I.S. Complications experienced by specialists working with children and young parents in relation to interaction with children about sexual education and related topics: educational training as a mean of facilitation.

ство и стыд при столкновении с естественными проявлениями полового развития ребенка [1]. Специалисты разного профиля, работающие с детьми, нуждаются в умении адекватно отвечать на сексуальное поведение и вопросы детей не меньше, чем родители. Не имея специальной подготовки, они могут отвечать на сексуально окрашенное поведение детей крайними реакциями – игнорированием или чрезмерным вниманием, вплоть до наказаний. Обе эти реакции могут сказываться негативно на развитии ребенка.

Важность полового воспитания трудно переоценить. Согласно данным отечественной гинекологии, отрицательный опыт осмысления девочками своей сексуальности, конфликт вокруг женской роли, искаженный образ тела зачастую ведут к бесплодию и другим расстройствам репродуктивной функции в юношеском возрасте. Девочкам свойственно перенимать отношение матерей к своей сексуальности, а необходимым требованием для здорового развития является открытость семейной атмосферы для сексуальных тем и интеграции «телесности» в семье [2].

Согласно данным зарубежных исследований, родители чаще проводили воспитательные беседы о сексе с ребенком постарше и своего пола. Однако то же исследование указывало на то, что раннее начало полового воспитания значительно облегчало возможность общения с ребенком на темы, связанные с сексом, в дальнейшем. В осуществлении полового воспитания родителям помогает чувство уверенности в себе, своих знаниях; способность без стыда и неловкости говорить о сексе; реалистичность ожидаемых от воспитательной беседы результатов [3]. Также исследования выявили противоречие, заключающееся в том, что родители считали необходимым осуществлять половое воспитание своих детей, но многие не делали этого. Основными препятствиями были названы представление родителя о том, что ребенок еще слишком мал, а также незнание, как говорить с детьми на эту тему. В то же время выявлено, что половое воспитание тем легче дается родителям, чем раньше они его начинают [5]. Российские ученые высказываются за раннее начало полового воспитания, понимаемого междисциплинарно [1].

В данный момент на базе факультета психологии Санкт-Петербургского Государственного Университета и Института психотерапии и консультирования Гармония разрабатывается программа тренинга для родителей и специалистов помогающих профессий. Тренинг посвящен обучению воспитательному взаимодействию с детьми на темы полового воспитания и смежные с ними, а

также обучению родителей навыкам защиты детей от вредного воздействия СМИ. Тренинг также направлен на проработку чувств неловкости и стыда, осложняющих беседы для воспитателя, а также на укрепление чувства уверенности. Разрабатываемый трехдневный тренинг поможет родителям и специалистам, работающим с детьми, осознать свои установки и сформировать собственную стратегию полового воспитания. Тренинг планируется завершить и апробировать к концу весны 2014 года.

Литература:

1. Исаев Д.Н., Каган В.Е. Половое воспитание детей: Медико-психологические аспекты. – Л.: Медицина, 1988.
2. О.А. Пересада Репродуктивное здоровье женщины: рук-во для врачей. М., 2009.
3. Pluhar EI, DiIorio SK, McCarty F. Correlates of sexuality communication among mothers and 6-12-year-old children // Child Care Health Dev. 2008May;34(3):283-90
4. Standards for Sexuality Education in Europe: A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists. WHO Regional Office for Europe and BZgA Federal Centre for Health Education, BZgA Cologne 2010
5. Wilson E.K., Dalberth B.T., Koo H.P., Gard J.C. Parents' Perspectives on Talking to Preteenage Children About Sex // Perspectives on Sexual and Reproductive Health. Volume 42, Number 1, March 2010.

Ключевые слова: воспитание детей, половое воспитание, репродуктивное здоровье, родительство.

Key words: sexual education, parenting, upbringing children, reproductive health.

**УПРАВЛЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ УРОВНЕМ ДЕТЕЙ
ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА¹**

*ГБОУ Гимназия №227, ИМЧ РАН, Санкт-Петербург, Россия,
dodonova.sb@yandex.ru*

Введение. Детство – это период становления личности, формирование основ самосознания и индивидуальных особенностей ребенка, и поэтому одной из основных задач дошкольного и школьного воспитания является создание тех потенциальных условий, которые раскрывали его возрастные возможности и способности, укрепляли соматическое и психоневрологическое здоровье [1]. Однако при наличии речевой патологии сокращается пространство потенциальных возможностей для формирования личности. Это связано с медицинскими, психологическими, педагогическими, социальными факторами [2]. Согласно данным Всероссийской диспансеризации детей от 2002г. число дошкольников и школьников, имеющих речевые дефекты, варьируется от 30,7% до 92,6%. Учитывая этот факт, создание такого механизма, формирующего пути корректирующего воздействия, который позволял бы достичь потенциально возможного уровня, актуально. Для положительного результата в коррекционной работе требуется выстроенная система взаимодействия между специалистами, которая отрабатывается на основе выявленной речевой и неречевой симптоматики [3]. Таким механизмом является индивидуальное сопровождение развития ребенка, которое выстраивается на основе единой цели, связывающей комплексную согласованную коррекционную работу специалистов и поиск эффективных путей решения.

Цель: оценить результаты совместной работы логопеда и невролога в комплексной коррекции образовательного потенциала детей дошкольного и младшего школьного возраста.

Материал и методы: изучен анамнез 30 детей в возрасте от 6 до 13 лет, наблюдавшихся неврологом с возраста 1-5 лет по поводу неврологической патологии

¹Dodonova S.B., Odintsova G.V. Complications experienced by specialists working with children and young parents in relation to interaction with children about sexual education and related topics: educational training as a mean of facilitation.

и прошедших полное логопедо-педагогическое обследование. Неврологический диагноз подтверждался необходимыми диагностическими обследованиями: магнитно – резонансная томография, нейросонография, электроэнцефалография, психологическое консультирование. Логопедом использовались методики обследования детей: с общим недоразвитием речи, с задержкой психического развития, психолого-педагогического обследования детей 5-7 лет, с фонетико-фонематическими нарушениями, нарушениями письма и чтения, с дизорфографией. Дети разделены на 2 группы: 1 группа – прошедшие комплексную диагностику без регулярного наблюдения и логопедической коррекции, 2 группа – регулярно получающие неврологическое лечение и логопедическую помощь. Качественная пилотная оценка проводилась по уровню посещаемого образовательного учреждения и успеваемости.

Результаты и обсуждение: Распределение по группам: 1 группа- 10 детей (33%), 2 группа - 20 детей (67%). В 1 группу вошли 10 детей, из которых 1 наблюдался с моторной алалией, 2 – с дизартрией, 3 – с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, 1- эпилепсия, 2- задержка психоречевого развития, 1- смешанная гидроцефалия. Логопедическая патология представлена моторной алалией (4), общим недоразвитием речи (2), смешанной дисграфией, дислексией (4). Вторую группу составили 20 детей, в анамнезе (по ведущему диагнозу) у 4 – моторная алалия, у 5 -гидроцефалия внутренняя и/или наружная, задержка психического развития – 1, синдром дефицита внимания с гиперактивностью – 6, дизартрия – 3, мозжечковая недостаточность- 1 ребенок. Логопедическая патология представлена моторной алалией (6), общим недоразвитием речи (4), фонетико-фонематическим недоразвитием речи (5), дисграфией (5). В 1 группе – 8 детей посещали массовую школу (80%), 1- спортивную (10%), 1- речевую школу (1%), все дети в среднем успевали на 3 балла. Во 2 группе – в гимназии учились 5 детей (25%), в школе с углубленным изучением предметов – 9 (45%), спортивной -1 (5%), массовой – 5 (25%).

С учетом полученных качественных показателей планируется увеличение выборки с проведением количественного статистического анализа.

Заключение: комплексная логопедо-неврологическая коррекция способствует снижению неврологического дефицита и повышению образовательного потенциала детей дошкольного и младшего школьного возраста, укреплению здоровья, физическому и интеллектуальному развитию, развитию эмоционально-волевой сферы, что в итоге обеспечивает радость познания.

Литература:

1. Выготский Л.С. «Проблема обучения и умственного развития в школьном возрасте»/ Л.С. Выготский. Педагогическая психология /Под ред. В.В. Давыдова. – М.: АСТ, Астрель, Люкс, 2005.
2. Ануфриева А.Ф., Костромина С.Н. «Как преодолеть трудности в обучении детей». М.: Издательство «ОСЬ – 89», 2001.
3. Шевченко С.Г. «Коррекционно-развивающее обучение». Организационно-педагогические аспекты. М.: Владос, 2001.

Ключевые слова: дети, дошкольный, младший школьный возраст, образовательный уровень.

Key words: children, preschool, early school age, educational level.

О.Э. Евсеева, Ю.А. Ковалева

ЛОКОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ (СПАСТИЧЕСКАЯ ДИПЛЕГИЯ) СРЕДСТВАМИ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ¹

Аннотация. В работе показана возможность использования средств адаптивной физической культуры в реабилитации детей младшего школьного возраста с церебральным параличом. Комплексный подход направлен на реабилитацию детей с церебральным параличом в условиях городского центра восстановительного лечения детей.

Abstract. In work possibility of use of means of adaptive physical training in rehabilitation of children of younger school age with a cerebral paralysis is shown. The complex approach is directed on rehabilitation of children with a cerebral paralysis in the conditions of the city centre of regenerative treatment of children.

Для детей дошкольного возраста с различными формами церебрального паралича и различной степенью тяжести двигательных нарушений необходим индивидуальный подход, который осуществляется с учетом особенностей, при-

¹Evseeva O.E., Kapitonova Yu.A. Impellent development in children's younger school age with a cerebral paralysis of means of adaptive physical training.

сущих конкретному ребенку. Индивидуализация педагогического процесса состоит в том, чтобы создать максимальные условия для его двигательного развития, исходя из способностей и возможностей каждого ребенка, с онтогенетическим подходом к двигательному развитию, дифференцированный и системный подходы с использованием костюма «Адели» при организации реабилитационного процесса в условиях центра восстановительного лечения.

Нами предложены комплексы упражнений для занятий АФК в костюме «Адели», направленные на формирование вертикального положения головы, развитие реакции опоры рук и равновесия, преодоление сгибательно-пронационных установок верхних конечностей, сгибательно-приводящих установок нижних конечностей, формирование поворотов туловища, ползания, сидения, стояния и ходьбы. Включены упражнения на предметах и с предметами (фитбол-гимнастика, «сухой» бассейн, батут).

Комплексный подход в реабилитации достоверно улучшает функциональное состояние опорно-двигательного аппарата детей с церебральным параличом. Костюм «Адели» в короткие сроки достоверно улучшает равновесие и координацию движений, опороспособность, двигательные возможности ребенка, повышает его активность в повседневной жизни.

Параллельно с педагогическим экспериментом в течение восьми календарных лет проводилось педагогическое наблюдение. За указанный период времени у детей отмечались следующие изменения: повысилась заинтересованность детей к занятиям физическими упражнениями, улучшилось освоение детьми определенных двигательных действий и навыков в процессе занятий АФК, повысилась функциональное состояние опорно-двигательного аппарата, улучшились двигательные навыки. Использование занятия в костюме «Адели», в курсе восстановительного лечения детей с церебральным параличом приводит к изменениям в факторной структуре функциональных и манипулятивных способностей детей, что свидетельствует о процессах дифференциации, происходящих в центральной нервной системе под воздействием представленного комплексного подхода и методов реабилитации для детей младшего школьного возраста с церебральным параличом – спастическая диплегия.

Литература:

1. Адаптивная физическая культура в работе с детьми, имеющими нарушения опорно-двигательного аппарата (при заболевании детским церебральным параличом) : метод. пособие / Под ред. А.А. Потапчука. С.-Петербург. гос. акад. физ.

культуры им. П.Ф. Лесгафта. – СПб. : [б.и.], 2003. – 226 с.

2. Бортфельд, С.А. Лечебная физкультура и массаж при ДЦП / С.А. Бортфельд, Е.И. Рогачева. Л.: Медицина, 1986. 320 с.

3. Гросс, Н.А. Физическая реабилитация детей с нарушениями функции опорно-двигательного аппарата / Н.А. Гросс. – М. : Советский спорт, 2000. – 224 с.

4. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура : учебное пособие / С.П. Евсеев, Л.В. Шапкова. – М. : Советский спорт, 2000. – 240 с.

5. Семенова, К.А. Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей / К.А. Семенова, Е.М. Мастюкова, М.Я. Смуглин. – М.: Медицина, 1972. – 329 с.

6. Фонарев, М.И. Лечебная физкультура при детских заболеваниях / М.И. Фонарев, Т.А. Фонарева. – Изд. 2-е, перераб. и доп. – Л.: Медицина, 1981. – 138 с.

Ключевые слова: локомоторное развитие, детский церебральный паралич, младший школьный возраст, адаптивная физическая культура, костюм “Адели”.

Keywords: lokomotorное development, a children's cerebral paralysis, younger school age, adaptive physical training, “Adeli” suit.

*Е.В. Захарчук, Е.Л. Доценко,
А.Г. Немков, Е.В. Левитина*

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ПОВТОРНЫХ ТРАВМ У ДЕТЕЙ¹

*ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный университет. Институт
психологии и педагогики»; ГБОУ ВПО «Тюменская государственная
медицинская академия» Минздравсоцразвития, Тюмень, Россия,
Katgor@yandex.ru*

Десятки миллионов детей ежегодно нуждаются в медицинском уходе в стационарных клиниках в связи с не смертельными травмами [1]. В принятой в ноябре 1989 г. Конвенции о правах ребенка утверждается, что каждый ребенок

¹Zaharchuk E.V., Dotsenko E.L., Nemkov A.G., Levitina E.V. Socio-psychological predictors of repeated traumas in children.

имеет право на наивысший достижимый уровень здоровья и безопасную окружающую среду.

В работе по профилактике(повторного) детского травматизма и коррекции последствий более перспективными являются междисциплинарные(медико-психологические)пути, учитывающие этиологические факторы детского травматизма: особенности социальной ситуации развития (детское учреждение, семья) и индивидуально-психологические особенности ребенка.

В обыденном сознании не сформирована мысль о том, что повторный травматизм, в том числе травма головы – это системное явление, обусловленное рядом факторов, большая часть которых находится в пределах семейной ситуации (микросоциальные условия). Потому родители настроены решать проблему повторной травматизации своих детей преимущественно со специалистами с медицинским образованием – именно на них родители возлагают свои надежды.

Под «травмоопасным поведением» мы понимали поведение, при котором ребенок попадает к врачу с травмами более чем один раз, и причинно-следственные связи этого поведения можно найти в его индивидуально-психологических особенностях и социальной ситуации развития.

На основании теоретического анализа показано, что все факторы повторного травматизма у детей можно свести к двум группам: непсихологические и психологические.

Эмпирическое исследование факторов травмоопасного поведения ребенка позволило нам локализовать источники риска травматизации, выявить обстоятельства и лица, на которых лежит ответственность за травму ребенка. Под наблюдение было взято: 70 детей и 80 взрослых (30 детей с частыми травмами (количество травм 2 и более), 20 детей с разовыми травмами, 20 не травмирующихся детей (количество травм 0).

В списке возможных смыслов детской травматизации могут существовать следующие: ребенок травмируется, создает ситуации, где взрослым придется сконцентрироваться на заботе о нем; ребенок травмой завоевывает любовь и внимание к себе; ребенок наказывает себя, он чувствует, что он же и виноват; у ребенка замещается душевная боль телесной.

Выявлены следующие предикторы повторного травматизма детей: уровень родительской протекции, учет потребностей, уровень обязанностей ребенка, количество требования к ребенку, предъявляемые родителями санкции, не-

стабильное психоэмоциональное состояние родителей, неустойчивая самооценка родителей, либеральный стиль воспитания, экстернальный локус контроля родителя, большая речевая активность (болтливость) ребенка, боязливость, тревожность ребенка, неуверенность в себе ребенка, неумение учитывать сигнал опасности у ребенка, эмоциональная отверженность ребенка, конфликтность в семье, тревожность ребенка, чувство неполноценности в семейной ситуации, состав семьи, несамостоятельность ребенка, привязанность ребенка, частота травм ребенка, виды травм ребенка, обращение в стационар за помощью по поводу травм ребенка, соблюдение правил ребенком, употребление сладкого ребенком, выполнение зарядки ребенком, творческое развитие ребенка (рисование), закаливание ребенка, уход за полостью рта ребенка, характеристики ребенка, такие, как хвастливый, капризный, активный, добрый, любознательный, вредный, нетерпеливый, задиристый, лживый, настойчивый, часто болеющий.

Отмеченные особенности повторнотравмирующихся детей позволят врачам практического здравоохранения с большим эффектом своевременно обращать внимание на причины небезопасности жизнедеятельности детей с травмоопасным поведением, рекомендовать семьям с детьми из группы риска психологическое и социально-педагогическое сопровождение. Психологам позволят формировать семейные группы, выделять тех, кому необходимо работать не только в группе, но и индивидуально.

Литература:

1. Всемирный доклад о профилактике детского травматизма. –ВОЗ, Женева, 2008. Перевод на русский язык – изд-во «Весь Мир», отпеч. в Швейцарии.
2. Захарчук Е.В. Психологические аспекты работы с часто травмирующимися детьми: маг.дисс. / Е.В. Захарчук.- Тюмень, 2013. – 125 с.

Ключевые слова: повторная травмы, травма у детей, предикторы травматизма.

Keywords: repeated trauma, trauma in children, predictors of trauma.

ПРОТЕОЛИТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ БИОЖИДКОСТЕЙ У ДЕТЕЙ¹

*Кировская государственная медицинская академия, Киров, Россия,
922-666-2045@mail.ru*

Функциональная система организма многогранна и осуществляет связь как с пищеварительным аппаратом, так и с другими органами и системами. Связь обеспечивается пищеварительными ферментами, которые транспортируются железами ЖКТ в кровь и лимфу [1-3].

В настоящее время изучено изменение содержания энзимов в биожидкостях при хронических гастритах, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Выявлена зависимость содержания ферментов от психоэмоционального состояния организма [3, 4].

Однако остается недостаточно изученным вопрос о протеолитической активности у детей в различных биологических жидкостях [5]. В связи с этим интересным представляется изучить активность пепсиногена в биожидкостях организма с учетом возраста обследуемых детей.

Цель работы: изучение изменения протеолитической активности в моче, слюне и кале у детей в зависимости от их возраста.

Задачи:

1. Исследовать активность пепсиногена в слюне детей.
2. Изучить ренальное выделение пепсиногена у детей дошкольного и младшего школьного возраста.
3. Определить протеолитическую активность копрофильтрата у детей.
4. Выявить корреляцию между уровнем фермента и возрастом исследуемых детей.

Материал и методы исследования: нами проводилось обследование 40 практически здоровых детей в возрасте от 1 года до 10 лет. Был изучен ферментный состав мочи, слюны и копрофильтрата обследуемых.

Определение пепсиногена проводилось спектрофотометрическим методом по тирозину при протеолитической активности рН = 2,0 – 2,5.

¹Kolodkina E.V. Proteolytic activity in children biofluids.

Полученные результаты: при исследовании уровня пепсиногена в моче наблюдались значительные изменения его активности у практически здоровых детей в различных возрастных группах. Наименьшая активность уропепсиногена наблюдалась у детей в возрасте от 1 до 3 лет. В возрасте 3-5 лет жизни активность фермента в моче увеличилась незначительно. У детей от 5 до 7 лет активность пепсиногена в моче возросла в 1,3 раза, а у детей старше 7 лет - в 1,4 раза по сравнению с таковой у детей от 1 до 3 лет жизни.

Слюнные железы могут выполнять как экзо-, так и эндокринные функции, поэтому они участвуют в ферментном гомеостазе путём инкреции ферментов в кровь, а также путём ресекреции их из крови. У обследованных нами детей протеолитическая активность слюны существенно увеличивалась с возрастом. Наибольшая протеолитическая активность слюны наблюдалась у детей старше 7 лет. Это доказывает, что слюнные железы принимают непосредственное участие в экстраренальном пути выведения пепсиногена из организма [2, 4].

Исследования копрофильтрата показали, что он обладает заметной ферментативной активностью у всех исследуемых групп детей, с наибольшей активностью в возрастной группе от 1 до 3 лет жизни.

Выводы:

1. У детей раннего возраста в моче и слюне проявляется наименьшая активность фермента, которая достигает максимума у детей старше 7 лет.
2. В копрофильтрате отмечалось снижение активности пепсиногена с возрастом детей, с наименьшими показателями в группе детей старше 7 лет жизни.
3. В организме детей происходит формирование системы, которая поддерживает гомеостаз ферментов. Это происходит благодаря ренальным и экстраренальным путями утилизации ферментов из организма.

Литература:

1. Делекторская Л.Н. Ферменты в моче: диагностические и методические аспекты (обзор литературы) / Л.Н. Делекторская, И.Д. Ертанов, Д.Ю. Окунев // Лабораторное дело. – 1998. - № 9. – С. 3–8.
2. Денисов А.Б. Слюнные железы. Слюна / А.Б. Денисов // М.: Изд. РАМН, 2003. – 136 с.
3. Камакин Н.Ф. Концепция функциональных блоков в анализе роли инкретируемых ферментов в транспортных процессах // Тез. докл. междунар. конференции, посвященной 75-летию со дня рождения А.М. Уголева “Механизмы

функционирования висцеральных систем” – СПб. – 2000. С. 157.

4. Коротько Г.Ф. Рециркуляция ферментов пищеварительных желез / Г.Ф. Коротько. – Краснодар: Издательство «ЭДВИ», 2011. – 144 с.

5. Hirshowitz B. I. Pepsinogen. / Postgrad. med. I., 1984. – Vol. 60, № 709. – P. 743 - 750.

Ключевые слова: протеолитическая активность, ферменты, биожидкости, гомеостаз.

Key words: proteolytic activity, enzymes, biofluids, homeostasis.

УДК 612.332.8 – 074

Е.В. Колодкина, И.Н. Камакина, Н.Ф. Камакин

ФЕРМЕНТНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СМЕНЫ ТИПОВ ПИТАНИЯ В ОНТОГЕНЕЗЕ¹

*Кировская государственная медицинская академия,
Киров, Россия, 922-666-2045@mail.ru*

Пищеварительные железы продуцируют большой ассортимент ферментов – гидролаз, участвующих в деполимеризации нутриентов, поступающих в желудочно-кишечный тракт с пищей. Фрагменты (мономеры) резорбируются в кровь и лимфу, затем используются организмом как энергетический и пластический материал. Следовательно, синтез ферментов glanduloцитами и секреция их пищеварительными железами выступает в роли ведущего функционального компонента аппарата пищеварительной системы [6, 7, 8].

В настоящее время выделен интегративный подход анализа в биосистемах в целом и в системах «Материнский организм - плацента, околоплодная жидкость - плод» и «мать - грудное молоко - грудной ребенок» [1, 2, 9]. Важна роль процесса становления развития системных и межсистемных отношений в эндокринных связях между материнским организмом и плодом, матерью и грудным ребенком [4].

¹Kolodkina E. V., Kamakina I. N., Kamakin N. F. Enzyme maintenance of changing food types in the ontogenesis.

Пищеварительный канал первым формируется в онтогенезе и обеспечивает развивающийся организм плода энергетическим и пластическим материалом.

С пищей поступают все три компонента обмена с окружающей среды - вещественный, энергетический и информационный, а питание оказывает прямое влияние на метаболизм и физиологические функции, поэтому считается самой интимной формой обмена [3].

Циркулирующие с кровотоком инкретированные ферменты пищеварительных желез имеют достаточно сложную судьбу, сходную с таковой гормонов: синтез, экзоцитоз, адсорбция и транспорт белками и форменными элементами крови, катаболизм, ренальное и экстраренальное выделение ферментов и их фрагментов, регуляторная роль. Судьба этих ферментов еще более усложняется в системе «Мать – плацента – плод - новорожденный». В процессе беременности расход этих веществ возрастает. В этих условиях, используя методы оценки системы гомеостаза, становится возможным показать физиологическую значимость инкреции пищеварительных ферментов вообще и при беременности в разные периоды гестации, в частности, а также в зависимости от возраста женщин. У пожилых женщин ферментный потенциал по сравнению с небеременными лицами снижен[8].

Инкретируемые гидролазы гомеостазируются в жидкостных бассейнах и отсеках организма, резервируясь за счет различных способов депонирования. Эти ферменты поступают из циркуляторного русла в полости ЖКТ для соучастия в гидролитических процессах там, где они не продуцируются, но включаются в реализацию того или иного типа пищеварения [4, 10].

Накопленный физиологами материал позволил классифицировать пищеварительный процесс в зависимости от происхождения реализующих его гидролитических ферментов на три типа: собственное, симбионтное и аутолитическое[2, 11]. Такое пищеварение характерно для взрослых, а, значит, и матери; аутолитическое и, частично собственное, наблюдается у плода; аутолитическое, собственное и уже симбионтное - у грудного ребенка.

Аутолитическое пищеварение осуществляется ферментами, поступающими в ассимилирующий организм в составе принимаемой пищи или поглощаемой жидкой питательной среды при амниотрофном питании плода и лакто-трофном - грудного ребенка [5, 9].

Источниками экзоферментов в этих системах "Мать-плод" и "Мать - грудной ребенок" является материнский организм, в кровь которого они инкре-

тируются из пищеварительных желез [4, 10].

Инкретируемые ферменты принимают участие в экзогенном питании и межклеточном обмене веществ [14].

Цель работы: изучение изменения гомеостаза инкретируемых ферментов у небеременных и беременных женщин в зависимости от их возраста и сроков беременности.

Задачи:

1. Оценить гомеостаз инкретируемых ферментов у женщин при беременности и родах.

2. Сравнить показатели ферментного гомеостаза с таковым у небеременных женщин и лиц пожилого возраста.

Материал и методы исследования: под нашим наблюдением в период с 2000 по 2004 год находились 86 беременные женщины в возрасте от 18 до 35 лет, с физиологическим течением периода гестации, первородящие, проживающие в г. Кирове и Кировской области. В группу контроля вошли 45 здоровых небеременных женщин и пожилых людей соответствующего возраста.

У данных женщин проводилось исследование активности гидролаз (пепсиногена, амилазы, липазы, щелочной фосфатазы) и трансаминаз (АСТ, АЛТ) в сыворотке крови, слюне, моче, копрофильtrate по триместрам беременности и после родов. Во время родов осуществлялся забор амниотической жидкости, пуповинной крови и гомогената плаценты. В послеродовой период на первые и пятые сутки исследовались молозиво и грудное молоко, у новорожденных детей – моча и копрофильtrat.

Полученные результаты и их обсуждение: гидролитическая активность биожидкостей в системе «Мать-плацента-плод» имеет материнское происхождение. В результате инкреции ферментов из пищеварительных желез в кровь происходит их последующее распределение в организме и транспорт через гематические барьеры (в том числе через маточно-плацентарный комплекс) в амниофетальную среду. Околоплодная жидкость, заглатываемая плодом, служит источником питательных веществ и гидролаз для амниотрофного питания плода.

Особый интерес представляет «судьба» ферментов в системе «Мать – плацента - плод» [11, 12, 13]. Накопленный физиологами материал позволил классифицировать пищеварительный процесс в зависимости от происхождения реализующих его гидролитических ферментов на 3 типа: собственное, симбионт-

ное и аутолитическое [6, 11].

Такое пищеварение характерно для взрослых, а, значит, и матери; аутолитическое и, частично собственное, наблюдаются у плода; аутолитическое, собственное и уже симбионтное – у грудного ребенка.

Амниотрофное питание – это поступление околоплодных вод в ЖКТ плода, где они частично перевариваются, а продукты переваривания всасываются в кровь, включаются в метаболизм плода. Механизм поступления амниотической жидкости в ЖКТ плода еще окончательно не установлен, но считается, что плод заглатывает околоплодные воды [2]. Околоплодные воды участвуют в обмене между матерью и плодом, выполняя питательную роль. Поступление их в организм плода стимулирует вкусовые рецепторы, тренирует моторную и секреторную деятельность ЖКТ плода.

Полученные нами данные об особенностях гомеостазирования инкретируемых пищеварительными железами ферментов у женщин при беременности подтверждают и уточняют положение о роли гидролаз в системе «Мать – плод – новорожденный – грудной ребенок» как в отношении материнского организма, так и развивающегося плода.

Таким образом, инкретируемые пищеварительными железами ферменты участвуют в системной организации и межорганизменных отношениях беременной женщины и плода, матери и грудного ребенка через связующие звенья: кровь, околоплодную жидкость и грудное молоко, посредством которых осуществляются информационные и трофические влияния.

Литература:

1. Абдусаламова К.И. Пепсиноген и амилаза в биологических жидкостях во время беременности, в родах и послеродовом периоде: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Абдусаламова К.И. – Москва, 1978. – 10 с.
2. Аршавский И.А. О смене типов питания и пищеварения в онтогенезе / И.А. Аршавский, М.П. Немец // Успехи физиол. наук. - 1996. - Т.27. - № 1. - С. 109 -129.
3. Брехман И.И. Валеология – наука о здоровье / И.И. Брехман // М.: Физкультура и спорт, 1990. – 208 с.
4. Колодкина Е.В. Роль околоплодных вод в амниотрофном питании плода: трофологические и экологические аспекты / Е.В. Колодкина, Н.Ф. Камакин, Т.Ф. Семенова // Экология человека. – 2002. - №2. – С. 31 – 33.

5. Конь И.Я. Современные представления о питании детей в раннем постнатальном периоде / И.Я. Конь // Рос. журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2001. Т.ХІ. № 4. С. 63 - 65.
6. Коротько Г.Ф. Регуляторная роль ферментов экзо- и эндосекретируемых пищеварительными железами / Г.Ф. Коротько // Успехи физиологических наук. – 1996. – Том 27. - №4. – С. 96 – 115.
7. Коротько Г.Ф. Рекреция ферментов и гормонов экзокринными железами / Г.Ф. Коротько // Успехи физиологических наук. – 2003. – Том 34. - №2. – С. 21 – 32.
8. Коротько Г.Ф. Рециркуляция ферментов пищеварительных желез / Г.Ф. Коротько. – Краснодар: Издательство «ЭДВИ», 2011. – 144 с.
9. Мирзакаримов У.М. Гидролитические ферменты женского молока в течение всего лактационного периода и их возможная роль в аутолитическом пищеварении у новорожденных детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1974. - 30 с.
10. Семенова Т.Ф. Особенности гомеостазирования инкретируемых пищеварительными железами ферментов при беременности: Автореф. дис. ... канд. биол. наук / Семенова Т.Ф. – Киров, 2003. – 16 с.
11. Уголев А. М. Теория адекватного питания и трофология / А.М. Уголев. – СПб.: Наука, 1991. – 271 с.
12. Цапок П.И. Гипотрофия плода и биохимия околоплодных вод / П.И. Цапок, В.Н. Дроздов. - Кемерово, 1990. - 150 с.
13. Шехтман М.М. Физиология и патология органов пищеварения у беременных / М.М. Шехтман, Г.Ф. Коротько, С.Г. Бурков. - Ташкент: Медицина, 1989. - 160 с.
14. Шлыгин Г.К. Роль пищеварительной системы в обмене веществ / Г.К. Шлыгин. – М.: Синергия, 2001. – 232 с.

Ключевые слова: ферменты, гомеостаз, питание, беременность.

Key words: enzymes, homeostasis, nutrition, pregnancy.

Е.Г. Косенкова, И.М. Лысенко, Л.Н. Журавлева, Г.К. Баркун

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСТРОФАЗНЫХ БЕЛКОВ ВОСПАЛЕНИЯ
У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ¹**

*Витебский государственный медицинский университет,
Витебск, Беларусь, kosya3@mail.ru*

Одной из наиболее важных проблем современной перинатологии является прогрессирующий рост инфекционной патологии плода и новорожденного. Инфекционные заболевания выявляют у 50-60% госпитализированных доношенных новорожденных и у 70% недоношенных детей. Многие инфекционно-воспалительные заболевания во время беременности имеют общие черты: инфицирование плода и новорожденного может быть вызвано как острой инфекцией матери, так и активацией хронической, персистирующей инфекции во время беременности. В клинической практике широко используется определение белков острой фазы воспаления, что обусловлено их ключевой ролью в каскаде реакций неспецифической защиты при патологических процессах. Под термином "белки острой фазы" понимают группу белков, выявляемых в сыворотке крови и других биологических жидкостях в острую фазу воспаления любой этиологии.

Целью данного исследования явилось изучение уровня белков острой фазы воспаления у недоношенных детей при рождении.

Материал и методы: проведено клиничко-лабораторное и катamnестическое исследование у 40 пары мать - ребенок. Был осуществлен забор пуповинной крови у новорожденных недоношенных детей, находившихся на лечении в родильных домах г. Витебска в 2012-2013 годах. Также было проведено патогистологическое исследование плаценты.

Результаты и их обсуждение: У всех 40 матерей при патогистологическом исследовании плаценты были выявлены выраженные воспалительные изменения (децидуит, виллит и др.). В пуповинной крови у недоношенных новорожденных были определены следующие острофазные белки: гаптоглобин

¹Kosenkova E.G. The estimation of acute phase proteins in preterm newborns.

12,84±2,5 мг/дл, антитромбин III 34,9±4,8 мг/дл, ферритин 224±31,5 мкг/л, С-реактивный белок 2,8±0,69 мг/л. Также были проанализированы уровни данных белков у недоношенных новорожденных с инфекционной и неинфекционной патологией и было проведено катамнестическое наблюдение.

Выводы:

1. Исследование уровня белков острой фазы воспаления у недоношенных новорожденных является диагностически и прогностически значимым.

2. Увеличения уровня ферритина более 224 нг/л и С-реактивного белка более 3,5 мг/л могут служить ранними признаками инфекционного процесса у недоношенных новорожденных детей.

Ключевые слова: новорожденный, белки острой фазы воспаления, С-реактивный белок, гаптоглобин, антитромбин III, ферритин.

Key words: newborn, acute phase protein, c-reactive protein, haptoglobin, antithrombin III, ferritin.

УДК: 616–053.1/.31–091:618.2–06:616.9

*М.С. Мирошниченко, О.Н. Плитень,
О.В. Калужина, А.А. Сакал*

ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ МАТЕРИ НА РАЗВИТИЕ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО¹

*Харьковский национальный медицинский университет,
Харьков, Украина, mmmmmmmccc@mail.ru*

Введение. Ведущая роль внутриутробных инфекций среди причин неблагоприятных перинатальных исходов определяет актуальность всестороннего изучения этой проблемы. Плод развивается в сложных условиях взаимоотношений с организмом матери, поэтому наличие у беременной женщины очагов инфекции является фактором риска для развития патологических состояний плода и новорожденного [1]. Многие инфекционно-воспалительные заболевания во время беременности имеют общие черты: инфицирование плода может

¹ Influence of mother's infectious diseases on the organs and systems of fetus and newborn.

быть вызвано как острой инфекцией матери, так и активацией хронического процесса во время беременности; течение большинства инфекций у беременных женщин является латентным или субклиническим; активация персистирующей инфекции возможна при любом нарушении гомеостаза в организме беременной [3].

Инфекция может явиться причиной широкого спектра перинатальной патологии: инфекционных заболеваний плода и новорожденного, пороков его развития, мертворождений, недонашивания, развития фетоплацентарной недостаточности, задержки внутриутробного развития (ЗВУР) плода [2].

Цель – выявить влияние инфекционной патологии матери на возникновение ЗВУР плода или новорожденного.

Материалы и методы. Для достижения поставленной нами цели был проведен анализ регистрационных талонов случаев детской смертности до 1 года и мертворождения по Харьковской области за период с 2009 по 2011 годы. В ходе проведенной работы по анализу статистического материала было выделено две группы: группа сравнения – дети, массо-ростовые показатели которых соответствуют сроку гестации; исследуемая группа – дети со ЗВУР. Полученные цифровые данные обрабатывали с помощью методов математической статистики с использованием вариационного и альтернативного анализов.

Результаты. При анализе 880 регистрационных талонов случаев детской смертности до 1 года ЗВУР была выявлена в 140 случаях (15,9%), а при анализе 663 регистрационных талонов случаев мертворождения ЗВУР плода была диагностирована в 117 случаях, что составило 17,6%.

Анализируя регистрационные талоны случаев детской смертности до 1 года было выявлено, что в группе сравнения экстрагенитальная патология была отмечена у 272 женщин из 740, что составило 36,8%, а при ЗВУР – у 71 женщины, что составило 50,7%. Среди случаев смерти детей до 1 года отмечено, что инфекционная патология у матери в группе сравнения была отмечена у 59 женщин (13,1%), при ЗВУР – у 10 женщин (20,2%).

Среди 663 случаев мертворождения экстрагенитальная патология матери в группе сравнения отмечена у 242 женщин из 546 (44,3%), при ЗВУР – у 61 женщины из 117 (52,1%). При анализе экстрагенитальной патологии матерей среди мертворожденных плодов было отмечено, что инфекционная патология в группе сравнения была у 33 женщин (8,1%), а при ЗВУР – у 8 женщин, что составило 14,6%.

Таким образом, проведенное исследование показывает, что у матерей, дети которых родились со ЗВУР, в анамнезе отмечается достоверно большее количество случаев инфекционной патологии по сравнению с женщинами, у которых рождались средневесные дети. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что инфекционная патология матери является одним из важных факторов развития ЗВУР плода и новорожденного.

Литература:

1. Габидулина Т.В. Влияние урогенитальных инфекций на течение беременности и состояние плода и новорожденного / Т.В. Габидулина, Е.Л. Тимошина, С.Ю. Юрьев, А.Ш. Махмутходжаев // Бюллетень сибирской медицины. – 2002. – №1. – С. 84–88.

2. Давыдова Ю.В. Профилактика перинатальных инфекций и их последствий у беременных / Ю.В. Давыдова // Репродуктивная эндокринология. – 2013. – № 3 (11). – С. 17–35.

3. Сидорова И.С. Внутриутробная инфекция: ведение беременности, родов и послеродового периода: учебное пособие / И.С. Сидорова, И.О. Макаров, Н.А. Матвиенко. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 160 с.

Ключевые слова: инфекция, мать, задержка внутриутробного развития.

Keywords: infection, mother, intrauterine growth retardation.

**ПРОФИЛАКТИКА СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА – ОСНОВА
ПРАВОВОГО ОЗДОРОВЛЕНИЯ ОБЩЕСТВА ¹**

*Санкт-Петербург, Ломоносовский суд; кафедра Теории и истории
государства и права Института гуманитарного образования
Санкт-Петербургского государственного политехнического
университета, a.smirnov@mail.ru*

Сегодняшняя практика работы органов опеки и попечительства, социальных служб показывает, что непосредственная работа с неблагополучной семьей начинается слишком поздно - на этапе, требующем применения уже только административных мер воздействия на родителей, вплоть до лишения их родительских прав. Вместе с тем, своевременно оказанная помощь могла бы спасти семью, оказавшуюся в социально опасном положении, оставить ребенка с родителями. Для организации работы по профилактике социального сиротства предлагается ввести институт социального патроната, апробированный более чем в 30 субъектах Российской Федерации. По состоянию на начало 2012 года социальный патронат по всей Российской Федерации был установлен в отношении 35 тыс. детей, воспитывающихся в семьях, находящихся в социально опасном положении. Социальный патронат должен оказывать помощь тем семьям, которые в ней нуждаются. При необходимости родителям необходимо помочь найти работу, оформить документы на получение социальных выплат, провести консультации с юристами, психологами и педагогами, оказать необходимую помощь в медицинском обследовании детей и в их лечении. Семейное законодательство не допускает добровольного отказа от родительских прав, а практическое и фактическое признание правопреемниками социального патроната доказательств несостоятельности семьи являются основанием для лишения родительских прав. При рассмотрении судами дел о лишении родительских прав, временной передаче ребенка третьим лицам или органам опеки и попечительства, при решении вопросов связанных с местом жительства ребенка, необходимо было бы ввести временной интервал для урегулирования от-

¹Smirnov A.S. Prevention of social abandonment - legal basis improvement of the society.

ношений и исправления требований сторон, которые участвуют в данном деле, с обязательным установлением проверок по данным вопросам и своеобразного испытательного срока для семей, оказавшихся в социально опасном положении, а также последующих рассмотрений данного дела [1].

Однако, число дел, возникающих из семейных правоотношений, неуклонно растет и занимает значительное место в общем количестве дел, которые рассматривают федеральные и мировые судьи. Это свидетельствует о высокой степени социальной потребности применения судебной защиты семейных прав и интересов детей и граждан РФ. Рассмотрение таких дел, которые возникают в части разрешения семейно-правовых споров и разногласий, сопровождается различными сложностями и спецификой:

- определение правил подсудности;
- установление круга потенциальных истцов и иных лиц, которые участвуют в деле;
- использование специальных доказательств и средств доказывания.

Действующее законодательство предусматривает специальные правила возбуждения дел, подготовки их к судебному разбирательству и непосредственно рассмотрения исходя из возраста и семейно-правового статуса лица, дееспособности и др. Зачастую появляются новые виды судебных притязаний, расширяется круг лиц, которые участвуют в делах, возникающих из семейных правоотношений, с привлечением курирующих семью сотрудников службы занятости, миграционной службы [2]. В качестве заявителей выступают несовершеннолетние члены семьи, это вызывает необходимость применения адаптированных процессуальных предписаний. При участии несовершеннолетнего в процессе за ним остается право быть «выслушанным в ходе любого судебного разбирательства», его право всегда выражать свое мнение по вопросам, затрагивающим его интересы (ст.56 СК РФ). Права и обязанности сторон, правила участия в процессе по защите своих прав и интересов определяются в каком порядке идет исковое производство, а зачастую отдельные дела рассматриваются в рамках особого производства. Процессуальная активность сторон дел семейных прав и интересов детей РФ может определяться вмешательством прокурора, а также органов опеки и попечительства, социального патроната. Причем иногда такая инициатива предусмотрена действующим законодательством и не предполагает учета намерений субъектов правоотношений.

Было бы логично, если бы в нашей стране появились центры правового соци-

ального просвещения, доверия и поддержки детей-сирот, которые предоставляли бы бесплатные консультации и поддержку по правовым и общим вопросам для детей-выпускников детских домов. Появление таких учреждений означало бы правовое оздоровление общества и могло бы существенно как облегчить процесс входа выпускника во взрослую жизнь, так и помочь найти правильный путь развития в жизни и достигнуть приемлемых условий существования. Такие центры правового социального просвещения, доверия и поддержки могут оказывать консультации и групповые занятия помощи гражданам, желающим принять ребенка на воспитание в семью, повысить уровень информированности, сформулировать более осознанную и ответственную мотивацию своего решения, получить психологическую и правовую поддержку. Своевременная и грамотная подготовка граждан, желающих принять ребенка в свою семью, позволит снизить риски возникновения проблем, связанных с воспитанием детей в новой семье, в том числе снизить процент случаев отмены решений о передаче ребенка на воспитание в семью и возвращения детей из принимающей семьи, что является пагубным для психического состояния ребенка, а также избавиться от коррупции в этих вопросах [3]. Помимо подготовки граждан, желающих принять ребенка на воспитание в семью, существует отдельная проблема – это подготовка самих детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, к помещению в принимающую семью. К сожалению, такая подготовка не регламентируется законодательством. Представляется необходимым активизировать подобным центрам правового социального просвещения, доверия и поддержки работу в этом направлении, формы и методы подготовки самих детей должны быть разработаны и стать неотъемлемой частью системы помощи детям, оставшимися без попечения родителей.

Литература:

1. Смирнов А.С. Необходимость правового просвещения и социального патронажа в России // Научно-технические ведомости СПбГПУ. 2012. №4 (160). С. 216.
2. Счисляева Е.Р., Смирнова О.А., Арфае А.В. Экономические аспекты охраны труда в строительстве // Научно-технические ведомости СПбГПУ. Экономические науки. 2012. №6 (161). С.289.
3. Дронов Р.В. Коррупция в системе управления национальной экономикой. Научно-технические ведомости СПбГПУ. Экономические науки . 2009. Т. 4, № 81. С. 17-22.

Ключевые слова: необходимость правового просвещения.

Keywords: the need of legal education.

УДК 123.456

М.Г. Соколова, О.А. Никишина

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ У ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ¹

*Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, sokolova.m08@mail.ru*

Введение. Паллиативная педиатрия – это активный и целостный подход к уходу за тяжелобольным и умирающим ребенком, включающий физические, эмоциональные, социальные и духовные элементы помощи. Оснащение ИВЛ-аппаратурой, техническое обслуживание, динамическое наблюдение врачей-специалистов, психологическая помощь семье, где используется искусственная вентиляция легких в домашних условиях - это один из важнейших элементов паллиативной помощи тяжелобольным детям, способных продлить жизнь ребенка.

Материал и методы: С 2003 по 2013 год под наблюдением сотрудников Хосписа для детей в г. Санкт-Петербурге находился 31 ребенок (8 девочек и 23 мальчика) с синдромом хронической дыхательной недостаточности, которым по жизненным показаниям использовали искусственную вентиляцию легких в домашних условиях. Средний возраст детей составил 8,2 года, возраст самого младшего ребенка был 3 месяца. Проведет анализ данных использования искусственной вентиляции легких у тяжелобольных детей на дому в рамках работы детского хосписа в г. Санкт-Петербурге.

Результаты: Основными причинами хронической дыхательной недостаточности были такие заболевания как, мышечная дистрофия Дюшена (у 31,7% детей) и спинальная мышечная атрофия II типа (у 28,5% детей). В остальных случаях

¹Sokolova M.G., Nikichina O.A. The use of artificial ventilation of lungs for seriously ill children at home.

(39,8%) дети имели диагнозы: немалиновая миопатия, бронхолегочная дисплазия, хроническая дыхательная недостаточность с прогрессирующим развитием фиброза легких. Инвазивная вентиляция легких с помощью трахеостомической трубки использовалась у 36,6% детей, неинвазивная вентиляция легких использовалась в 63,4% случаев. Статистический анализ не показал существенных различий в выживаемости больных в зависимости от техники вентиляции легких. Одиннадцать детей умерли в течение последующего периода наблюдения, 63,6% (7/11) в больнице и 36% (4/11) дома. В среднем лечение с помощью инвазивной техники вентиляции легких длилось 1093 дня, максимум составил 3513 дней и минимум 15 дней. Общее количество необходимых человеко-месяцев вентиляции легких дома равнялось 44809 дням. В рамках медицинской выездной помощи на дому были организованы посещения врача-педиатра, врача-реаниматолога, медсестры, физиотерапевта, педагога-психолога и социального работника. Аппараты искусственного дыхания легких в плановом порядке проверялись 4 раза в год. Сезонные инфекционные заболевания, возникающие у детей, находящихся на ИВЛ, лечились в домашних условиях, что позволило сократить число госпитализаций среди всех пациентов до 582 дней (1,29% от общего времени обслуживания). Применение ИВЛ у тяжелобольных детей с синдромом дыхательной недостаточности позволило 41,5% детей получать образование в школе.

Выводы: использование искусственной вентиляции легких на дому для детей с синдромом дыхательной недостаточности - это современная реальность. Качество жизни детей, находящихся на ИВЛ, в домашних условиях значительно выше по сравнению со стационарными условиями. Техническое оснащение, помощь медицинского персонала и техническое обслуживание аппаратуры ИВЛ, позволяет тяжелобольному ребенку, которому необходима искусственная вентиляция легких, оставаться дома в привычных и комфортных условиях. Уход за ребенком с синдромом дыхательной недостаточности на дому позволяет избежать частых простудных заболеваний и развития осложнений со стороны легочной системы из-за контакта с полирезистентной госпитальной микрофлорой при стационарном лечении. Также немало важно, что использование искусственной вентиляции лёгких с помощью аппарата в домашних условиях помогает значительно сократить расходы, связанные с пребыванием пациента в отделении интенсивной терапии. И конечно, прежде всего, ИВЛ продлевает жизнь ребенку, дает возможность для дальнейшего развития, образования, значи-

тельно повышая качество его жизни.

Ключевые слова: паллиативная педиатрия, искусственная вентиляция легких, тяжелобольные дети.

Keywords: palliative pediatrics, artificial pulmonary ventilation, seriously ill children.

УДК 616–053.31:618.3:616.97

*И.В. Сорокина, М.С. Мирошниченко,
О.Н. Плитень, С.А. Мирошниченко*

ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ МАТЕРИ НА ОРГАНЫ И СИСТЕМЫ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО¹

*Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
mmmmmmccc@mail.ru*

Проблема внутриутробной инфекции является одной из ведущих в акушерской практике в связи с высоким уровнем инфицирования беременных, рожениц и родильниц, опасностью нарушения развития плода и рождения больного ребенка [1].

Под «внутриутробными инфекциями» подразумевают не только процесс распространения инфекционных агентов в организме плода, но и вызванные ими патофизиологические изменения различных органов и систем, характерные для инфекционного заболевания, которые возникли анте- либо интранатально и выявляются пренатально или после рождения ребенка [3].

Плод развивается в сложных условиях взаимоотношений с организмом матери, поэтому наличие у беременной женщины очагов инфекции является фактором риска для развития патологических состояний плода и новорожденного [4]. Многие инфекционно-воспалительные заболевания во время беременности имеют общие черты: инфицирование плода может быть вызвано как острой инфекцией матери, так и активацией хронического процесса во время бе-

¹Sorokina I.V., Myroshnychenko M.S., Pliten O.N., Myroshnychenko S.A. Influence of mother's infectious diseases on the organs and systems of fetus and newborn.

ременности; течение большинства инфекций у беременных женщин является латентным или субклиническим; активация персистирующей инфекции возможна при любом нарушении гомеостаза в организме беременной [1, 2].

Внутриутробная инфекция является причиной широкого спектра антенатальной патологии: инфекционных заболеваний, фетоплацентарной недостаточности, мертворождений, невынашивания, задержки развития плода и аномалий его развития. Наряду с острым течением инфекции у плода и новорожденного может наблюдаться длительная персистенция возбудителя с формированием латентного или медленно текущего хронического инфекционного процесса. Инфекционная патология часто скрывается за такими диагнозами, как внутриутробная гипоксия, асфиксия, внутричерепная травма. По данным ряда исследований, инфекционные заболевания выявляют у 50–60% госпитализированных доношенных и у 70% недоношенных детей [1].

Цель исследования – выявить патоморфологические особенности органов плода и новорожденного от матерей, беременность которых осложнена инфекционной патологией.

Материалы и методы. Материалом данного исследования послужила аутопсийный материал Харьковского городского перинатального центра (г. Харьков, Украина) – ткани органов 5 плодов и новорожденных от матерей, беременность которых осложнилась инфекцией (в 3 случаях констатирован факт наличия материнско-плодовой инфекции без выявления конкретного этиологического фактора, в 2 случаях идентифицированы уреоплазмоз и листериоз), а также плаценты рожениц. Исследование проводили с помощью гистологических методов.

Результаты исследования. Известно, что при внутриутробном инфицировании плацента имеет свои специфические особенности [3]. При исследовании гистологических препаратов в плацентах всех случаев выявлены дистрофические, умеренно выраженные некротические, дисциркуляторные изменения. Кроме того, выявлена местами очаговая, местами распространенная воспалительная инфильтрация. Такие морфологические изменения в плаценте являются неблагоприятным фоном, на котором происходит формирование и развитие плода.

В ткани головного мозга, сердца, легкого, печени, селезенки, почек, мочеочника, мочевого пузыря всех изучаемых нами случаев отмечено наличие умеренно выраженных дистрофических изменений; признаков отека и наруше-

ния микроциркуляции; местами очаговой, местами распространенной воспалительной инфильтрации (преимущественно лимфоцитарно-лейкоцитарной).

Выводы. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что инфекционная патология матери негативно сказывается на морфологическом строении, а, соответственно, и на функциональном состоянии плаценты и различных органов плода и новорожденного, что требует проведения своевременной диагностики и комплексного лечения внутриутробной инфекции.

Литература:

1. Внутриутробная инфекция: ведение беременности, родов и послеродового периода: учебное пособие / И.С. Сидорова, И.О. Макаров, Н.А. Матвиенко. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 160 с.

2. Габидулина Т.В. Влияние урогенитальных инфекций на течение беременности и состояние плода и новорожденного / Т.В. Габидулина, Е.Л. Тимошина, С.Ю. Юрьев, А.Ш. Махмутходжаев // Бюллетень сибирской медицины. – 2002. – №1. – С. 84–88.

3. Знаменська Т.К. Патоморфологічні особливості внутрішніх органів новонароджених від матерів з інфекцією статевих органів / Т.К. Знаменська, Р.І. Жданович, Т.М. Килимник, А.О. Журавель, Т.М. Луценко, Т.В. Дзядик // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2011. – Т. 1, №2. – С. 118–120.

4. Зубков В.В. Особенности раннего неонатального периода и первого года жизни детей, родившихся у матерей с плацентарной недостаточностью инфекционного генеза / В.В. Зубков, О.И. Михайлова, В.Л. Тютюнник // Вопросы практической педиатрии. – 2010. – Т. 5, №2. – С. 13–17.

Ключевые слова: инфекционная патология, мать, плод, новорожденный.

Keywords: infectious diseases, mother, fetus, newborn.

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В УКРАИНСКИХ ГОРОДАХ КРЕМЕНЧУГ
(ПОЛТАВСКАЯ ОБЛАСТЬ) И ЗМИЕВ (ХАРЬКОВСКАЯ ОБЛАСТЬ) С РАЗЛИЧНОЙ
ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ИСТОЧНИКОВ ВОДОСНАБЖЕНИЯ¹**

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,
Харьков, Украина*

Снижение перинатальной заболеваемости и смертности – одна из основных задач современного акушерства. Условия жизни будущей матери, в том числе экологические, опосредовано через материнский организм формируют условия внутриутробной жизни потомка. Многочисленные исследователи в различных регионах мира отмечают токсические эффекты экстрактов тех или иных видов цианобактерий [1, 2, 5]. Доказано влияние их токсинов на деятельность различных органов и систем человека [3, 4], нельзя исключить возможность отрицательного действия цианобактерий не только на организм матери, но и развивающийся плод.

С целью обнаружения негативного влияния на течение беременности и родов использования для водоснабжения воды из водоемов с наличием цианобактерий проведено статистическое исследование на примере двух контингентов беременных женщин – жительниц г. Кременчуг Полтавской области и г. Змиев Харьковской области. Общим экологическим условием для обоих контингентов является наличие загрязнения окружающей среды разнообразными вредными факторами промышленного происхождения. Разницей в экологической обстановке является «цветение» водоемов, вода которых используется для централизованного водоснабжения в г. Кременчуг, причем даже после проведенной обработки по очищению вода в водопроводной сети содержит цианобактерии или их остатки, в г. Змиев этот фактор отсутствует, поскольку используется артезианская вода.

¹Tykha I. A. Comparative analysis of statistical indexes of mortality in ukrainian cities kremenchug of poltava oblast and zmiev of kharkov oblast which have different description of water-supply sources.

Материалом для анализа статистических показателей течения беременности и результатов родов послужили отчеты городских отделов здравоохранения (г. Кременчуг и г. Змиев) относительно материнства и перинатального детства за период 2001–2004 г.г.

Результаты. Сравнительный анализ показателей перинатальной смертности в данных городских популяциях показал, что во все изучаемые годы антенатальная смертность была выше в г. Змиев, а интра- и постнатальная – в г. Кременчуг – приблизительно в 2–3 раза. Суммарный показатель перинатальной смертности в г. Кременчуг в 2001 г., 2002 г., 2004 г. оказался выше в 1,5–2 раза (в 2003 г. данный показатель был практически равнозначным в обоих городах), поэтому средняя годовая перинатальная смертность за период 2001–2004 г.г. в г. Кременчуг – 36,7‰, а в г. Змиев – 25,3‰. Неонатальная смертность также доминирует в г. Кременчуг – 7,1‰, а в г. Змиев – 2,2‰ в среднем за год, причем в г. Змиев в 2001 г и 2004 г. случаи неонатальной смерти не наблюдались, а в 2003 г. даже был несколько выше, чем в г. Кременчуг.

Таким образом, проведенный статистический анализ выявил значительные отличия между двумя изучаемыми контингентами: в г. Кременчуг существенно выше показатели перинатальной (за счет интра- и постнатальной) и неонатальной смертности, что подтверждает наличие в данном городе каких-то избыточных вредных экологических факторов, одним из которых является присутствие цианобактерий в питьевой воде. Однако, немаловажным может быть и факт более крупного города, с большей экологической нагрузкой в связи с функционированием автомобилей и промышленных предприятий.

Литература:

1. Занина В.В. Цианобактерии и их токсинообразующая способность: автореф. дис. ... канд. биол. наук: спец. 03.00.16. «Экология» / В.В. Занина. – Киев, 1986. – 23 с.

2. Кармайкл В.В., Чернаенко В.М. Токсины сине-зеленых водорослей (цианобактерий) // Успехи соврем.биол. – 1992. – №2. – С. 216–224.

3. Кармайкл В.В., Чернаенко В.М., Эванс В. Циклические пептидные гепатотоксины из пресноводных цианобактерий (синезеленых водорослей), собранных в цветущих водоемах Украины и европейской части России // Докл. Росс. АН.– 1993. –№5. – С. 659–661.

4. Falconer I. R., Hardy S.J., Humpage A. R. et al. Hepatic and renal toxicity of the blue-green alga (Cyanobacterium) *Cylindrospermopsis raciborskii* in male aldrino

mice // Environ. Toxicol. (Environ. Toxicol. and Water Qual.). – 1999. – №14(1). – P. 143–150.

5. Fitzgerald D.J., Burch M.D., Cunliffe D.A. Development of health alerts for cyanobacteria and related toxins in drinking water in South Australia // Environ. Toxicol. (Environ. Toxicol. and Water Qual.). – 1999. – №14 (1). – P. 203–209.

Ключевые слова: цианобактерии, перинатальная смертность, статистический анализ.

Keywords: cyanobacteria, perinatal mortality, statistical analysis.

УДК 614.2

Е.В. Фесенко, Е.Ю. Фесенко

МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ ГАРАНТИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ЕЕ ОЦЕНКИ¹

*Санкт-Петербургское ГБУЗ «Городская детская поликлиника №19»,
yaf1960@mail.ru*

Гарантийный объем медицинской помощи в зависимости от условий, в которых осуществляет ее медицинское учреждение, может включать неодинаковый перечень квалифицированных методов обследования и лечения, социальных мероприятий. Принятый сегодня медико-экономический стандарт отражает некий усредненный уровень услуг, при оказании которых решаются вопросы оплаты труда медицинских и социальных работников. Взвешенная экспертиза выполнения принятого в данном учреждении стандарта позволяет оценивать качество оказанной помощи, определять стоимость конечного труда, все шире внедрять экономические механизмы медицинского страхования. Последнее позволяет сформировывать механизм социальной защиты здоровья детского населения, который обеспечивает долгосрочные финансовые поступления, постепенно накапливая т.н. «фонды здоровья».

Особое значение здесь приобретают меры, направленные на снижение перинатальной, младенческой и материнской смертности. Младенческая смерт-

¹Fesenko E.V., Fesenko E.Iu. Model of guaranteed medical assistance and for its assessment.

ность вообще является наиболее информативным демографическим показателем, характеризующим доступность и качество медицинской помощи, эффективность профилактических мероприятий. Создание модели, способствующей расширению и укреплению горизонтальных и вертикальных связей, и обеспечивающей междисциплинарную, межведомственную интеграцию сил и средств, может явиться определяющим в мерах по снижению перинатальной и младенческой смертности и обеспечить гарантийный объем медицинской помощи детскому населению.

Оценка качества оказания медицинской помощи должна осуществляться на различных уровнях: врач – пациент, врач – социальный работник – пациент, подразделение медицинского учреждения, лечебно-профилактическое учреждение, территориальная медицинская служба, городское управление здравоохранения. На каждом из перечисленных уровней имеются различные ступени всестороннего контроля за качеством медицинской помощи, которые можно отразить в виде балльной оценки. Помимо независимых экспертов эффективности лечения (родители ребенка, воспитатели в детских дошкольных учреждениях, учителя школ, работники домов ребенка и интернатов), в оценке качества медицинской помощи самое активное участие должен принимать социальный работник медицинского учреждения, привлекая к этому социальных работников детских учреждений, которые посещают курируемые дети.

Балльная оценка учитывает не только подверженность ребенка заболеваниям, частоту рецидивов, длительность курсов терапии, но и его эмоциональное состояние, состояние системы сон-бодрствование, характер поведенческих реакций, особенности взаимоотношений ребенка с детьми и взрослыми, индивидуальные особенности конкретного ребенка, наличие у него привычек, включая и психопатологические, когнитивных установок, психозащитных механизмов. Сравнение результатов балльной оценки проводится с таковыми у здорового ребенка, стандартизация которых осуществлена на 400 здоровых детях, обследованных в условиях городской поликлиники во время профилактических осмотров.

Снижение балльной оценки, особенно резкое, требует более тщательного обследования и привлечения узких специалистов для решения вопроса об истинных причинах изменения эмоционального фона и поведения маленького пациента. Стойкое снижение балльной оценки показателей свидетельствует о недостаточной эффективности лечения, требует изменения тактики ведения ре-

бенка, является сигналом для врача, который должен предусмотреть и психосоматические механизмы развития заболевания. В этом случае к работе подключаются и социальный работник, и психолог, и психотерапевт, которые все-сторонне обследуют как самого ребенка, так и его микросоциум (семья, детское учреждение и т.п.).

Представленная модель оказания медицинской помощи и ее оценки имеет, на наш взгляд, широкие перспективы в организации комплекса медицинских услуг на переднем крае здравоохранения, которой является амбулаторная сеть. Это органично вплетается в общую канву одного из ведущих принципов организации здравоохранения – доступности получения качественной медицинской помощи, что в полной мере необходимо обеспечить на основе государственной системы здравоохранения. Примером такой модели является районный центр медико-социальной реабилитации для детей и подростков с ограниченными возможностями при городской детской поликлинике №19, уже более 10 лет успешно осуществляющий свою деятельность на принципах междисциплинарного подхода к лечению и профилактике (тесное сотрудничество специалистов разного профиля: педиатра, невролога, психотерапевта, психолога, логопеда, социального работника), что позволяет как предоставлять гарантированный объем медицинской помощи, так и осуществлять объективную оценку ее качества.

Ключевые слова: модель, медицинское учреждение, методы обследования, эффективность лечения, оценка качества.

Key words: model, medical organization, survey methods, efficiency of treatment, estimation of quality.

Ю.А. Фесенко, Д.Ю. Шигашов

РАННИЙ ДЕТСКИЙ АУТИЗМ: МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА¹

Санкт-Петербургское ГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», yaf1960@mail.ru

В современных диагностических справочниках термина «аутизм» стараются избегать, ввиду некоторой его неопределенности, и вопросы терминологии

¹FesenkoYu.A..D.Iu. Shigashov. Early infantile autism: a medico-social problem.

гии до сих пор остаются дискуссионными [1]. В классификации DSM-IV это заболевание кодируется под номером 299.00 как «Аутистическое расстройство» в разделе «Расстройства младенческого, детского или подросткового возраста. Общие расстройства развития». В МКБ-10 – F. 84.0, Общие расстройства психологического (психического) развития. Это расстройство, возникающее вследствие нарушения развития или повреждения головного мозга, характеризуясь выраженным и всесторонним дефицитом социального взаимодействия.

В последние годы это заболевание стало активно обсуждаться не только в медицинской среде, но и приобрело выраженное общественное звучание. Активисты общественных организаций, интересующихся проблемой аутизма, обращаются в организационные структуры российского здравоохранения с требованиями создания научно-медицинских центров по изучению данного заболевания и внедрения в отечественную медицину методов лечения аутизма, «успешно применяемых в западных странах».

Следует признать, что на сегодняшний день в России нет центров научно-исследовательского направления для детей с ранним детским аутизмом (РДА). Такая ситуация объясняется тем, что детей с этим диагнозом крайне мало. По данным отечественной статистики, в России регистрируется от 0,2 до 2 детей с ранним аутизмом на 10000 детского населения [2-4], что полностью совпадает с европейскими данными [5], и несколько ниже по данным, полученным в США – 50 на 10000 детского населения [6]. Необходимо отметить, что детей, больных аутизмом, значительно меньше, чем, например, с болезнью Дауна. Такие больные чаще встречаются среди лиц мужского пола (примерно в 3-4 раза чаще). По официальным данным организационно-методического отделения СПб ГКУЗ ««Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С.Мнухина» на 1.06.2013 г. в Санкт-Петербурге детей в возрасте до 18 лет, страдающих расстройствами аутистического спектра – 337 человек, при этом 240 детей диагностировано аутистическое расстройство с умственной отсталостью (F 84.11). Отметим, что всё детское население города – чуть более 745 тысяч человек.

Ребенок с аутизмом не только не стремится к общению с другими детьми, но тщательно избегает его. Он также избегает и общения со взрослыми, даже самыми близкими. Ребенок погружается в мир собственных переживаний, уходит от действительности, теряет внешнюю выразительность в проявлении чувств и эмоций. Появляется четко выраженное стремление избавиться от вся-

ких внешних воздействий, в том числе и от положительных. Такое поведение резко отличает этих детей от пациентов с органическими поражениями мозга и умственной отсталостью. Недаром многие врачи убеждены в том, что, несмотря на многочисленные научные споры по терминологии, аутизм – это вариант детской шизофрении.

Диагноз и раннего детского аутизма, и расстройства аутистического спектра устанавливается врачом-психиатром. Однако дальнейшая тактика ведения больных этих групп разнится принципиально коренным образом. Если детям с РДА в первую очередь необходимо социально-педагогическое сопровождение, когда существует необходимость не только медикаментозного лечения, но и коррекционного обучения и воспитания с использованием особых, специфических для РДА форм и методов, то у детей с расстройствами аутистического спектра на первый план выступает медико-психоло-педагогическая коррекция. При этом условия, в которых происходит коррекция в той и другой группе пациентов, имеют важные принципиальные различия.

Специалисты нашего учреждения поддерживают мнение о том, что дети с аутизмом нуждаются в комплексной этапной межведомственной и междисциплинарной лечебно-реабилитационной помощи с участием врачей-психиатров, педиатров, неврологов, генетиков, медицинских психологов, логопедов, дефектологов, специалистов функциональной диагностики, педагогов. Для реализации этого должна быть создана система медико-психолого-педагогической реабилитации детей с аутизмом, основанная на дифференциальном подходе в зависимости от возраста и тяжести состояния, когда на ее различных этапах можно было бы задействовать учреждения образования, здравоохранения и социальной защиты населения. При этом, учитывая тяжесть этого заболевания, понадобится пожизненная программа социального сопровождения таких больных.

Нашим учреждением рассматриваются перспективы в организации специализированной помощи детям с аутистическими расстройствами в условиях отделения при дневном стационаре, где будет вестись диагностическая и лечебная работа. Планируется тесное сотрудничество с учреждениями образования, специальной педагогики и психологии, социальными службами в рамках системы медико-психолого-педагогической реабилитации детей с аутизмом.

Литература:

1. Башина В.М. Аутизм в детстве. – М.: Медицина, 1999. – 240 с.
2. Попов Ю. В., Вид В. Д. Современная клиническая психиатрия. – М.:

Экспертное бюро, 1997. – 496 с.

3. Морозов С.А., Морозова Т.А. Аутизм: Характеристика и коррекция нарушений речевого развития: Методическое пособие - М.: Владос, 2007. – 250 с.

4. Тиганов А.С., Башина В.М. Современные подходы к пониманию аутизма в детстве // Журн. неврол. и психиат., 2005. Т. 8. – С. 4-13.

5. Volkman F.R. Pervasive development disorders / F.R. Volkman, A. Klin // Comprehensive text-book of psychiatry / Eds. B.J. Sadock. Philadelphia, 2000. – V.2. – P. 2659-2658.

6. Wing L, Potter. The epidemiology of autistic spectrum disorders: is the prevalence rising? // Ment. Retard Dev. Disabil. Res. Rev., 2002. – V.8 (3). – P.151–61.

Ключевые слова: аутизм, расстройство, реабилитация, коррекция, социальное сопровождение.

Keywords: autism, disorders, rehabilitation, correction, social support.

УДК 614.2.003

О.Н. Худякова, Д.Д. Калугина

ДЕТСКИЙ ОТДЫХ: ТЕНДЕНЦИИ, ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ¹

*Северный государственный медицинский университет,
Архангельск, Россия, oksana_inmen@mail.ru*

Забота о здоровье детей – сегодня является особо осознаваемым фактом современной российской действительности. Охрана здоровья детей всегда сводилась к оказанию полноценной медицинской помощи и созданию условий для укрепления их здоровья и физического развития.

Отдых и оздоровление детей – совокупность мероприятий, обеспечивающих развитие творческого потенциала детей, охрану и укрепление их здоровья, профилактику заболеваний, занятие физической культурой, спортом и туризмом, формирование у детей навыков здорового образа жизни, соблюдение ими режима питания и жизнедеятельности в благоприятной окружающей среде при выполнении санитарно-гигиенических и санитарно-эпидемиологических

¹О. N. Khudyakova, D.D. Kalugina. Child recreation: trends, issues, perspectives.

требований [1].

Анализ литературы, отражающей состояние развития детского оздоровительного туризма в России, показывает, что в настоящее время в его организации имеются определенные проблемы: ограниченный спектр турпродуктов для детей; малая доступность детского отдыха для большей части населения России; обеспечение безопасности детского отдыха; недостаточная информированность потребителя о предлагаемых детских туристских продуктах и др.

В Архангельске и Архангельской области организацией детского отдыха с целью лечения и оздоровления занимаются многие организации и туристские компании.

Компания «А-Турс» предлагает отдых в Детском оздоровительном лагере (ДОЛ) «Кучкас» (Пинежский р-он), а также в Детском оздоровительном лагере «Буревестник» (Плесецкий р-он). Туроператор «Семь континентов» приглашает провести каникулы в ДОЛ «Ватса Парк» в Котласском районе или в Детском экологическом лагере Кенозерского национального парка. «Архангельское бюро путешествий» предлагает отдых для детей в санаториях Архангельской области: «Солониха» (бальнеологический равнинный курорт таежной зоны, с. Красноборск), «Беломорье» (лечение заболеваний органов пищеварения, органов дыхания, заболеваний костно-мышечной системы, заболеваний ЖКТ) и «Сольвычегодск» (бальнеогрязевой курорт, г. Сольвычегодск). Для детского отдыха и оздоровления предлагаются также следующие регионы России: Московская область (208 оздоровительных лагерей), Краснодарский край (144 оздоровительных лагеря), Алтайский край (85 оздоровительных лагерей), Красноярский край (69 оздоровительных лагерей), Приморский край (61 оздоровительный лагерь), Ростовская область (59 оздоровительных лагерей), Курская область (32 оздоровительных лагеря), Белгородская область (27 оздоровительных лагерей), Костромская область (27 оздоровительных лагерей), Калининградская область (27 оздоровительных лагерей), Ставропольский край (26 оздоровительных лагерей) [7].

Нами было проведено небольшое исследование, направленное на выявление спроса родителей на детский оздоровительный отдых. В ходе исследования было опрошено 100 респондентов. Были получены следующие результаты.

Возраст детей: 7-10 лет – 14,2%; 11-14 лет – 56,4%; 15-17 лет – 29,4%.

Пол детей: девочки – 48%; мальчики – 52%.

Желаемые направления детского отдыха: отдых на юге России в Красно-

дарском крае – 47,5%; отдых в Архангельской области – 29,2%; отдых за рубежом – 23,3%.

Основная цель отдыха: оздоровление ребенка – 55,4%; спорт – 24,5%; пляжный отдых – 20,1%.

На вопрос, есть ли у ребенка заболевания, получены следующие ответы: нет – 43,6%; да – 56,4%.

Сумма, которую готовы потратить родители на организацию отдыха своих детей: 15-20 тыс. руб. – 58,4%; 20-30 тыс. руб. – 22,2%; более 30 тыс. руб. – 19,4%.

Как показывают результаты опроса, наиболее востребованным для детского отдыха направлением является юг России, а основная цель – оздоровление детей. Этому можно найти простое объяснение.

Климатические условия полярных и приполярных регионов способствуют развитию в организме человека перестроек многих функциональных систем. Холод, а также колебания атмосферного давления, повышенная влажность, высокая активность гелиокосмических факторов, нарушение фотопериодичности, частые и большие возмущения в ионосфере, возрастающая напряженность и изменчивость магнитного поля Земли оказывают отрицательное влияние на формирование растущего организма, на состояние и развитие его физиологических систем [6].

Кроме того, в Архангельской области, сконцентрированы крупнейшие целлюлозно-бумажные предприятия, космодром, производство атомных судов, отходы ядерной энергетики. Архангельская область относится к районам с повышенным загрязнением воздуха, что является ведущим неблагоприятным фактором, влияющим на здоровье населения, в том числе, детей [6]. Тенденция ухудшения состояния здоровья населения области, сложившаяся в предшествующие годы, приняла устойчивый характер, и показатели заболеваемости сохраняются крайне высокими, как в целом, так и по всем основным классам болезней, которые формируют хронические заболевания и инвалидность. Выявлена причинно-следственная связь многих заболеваний органов дыхания, желудочно-кишечного тракта с загрязнениями окружающей среды. Проблемы со здоровьем имеют почти 70% детей и подростков от 7 до 18 лет Архангельской области. Более 50% 15-летних подростков состоит на диспансерном учете, около 40% юношей призывного возраста не в состоянии адаптироваться к армейским нагрузкам [3].

Средние показатели заболеваемости детей возрасте 1-17 лет в Архангельской области приведены в таблицах 1, 2.

Таблица 1

Заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет по основным классам болезней (на 1000 человек соответствующего возраста) [3]

Наименование класса	2007	2008	2009	2010	2011
Все болезни	2673,7	2659,3	2924,7	2890,0	2874,7
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	151,4	145,0	142,8	129,5	137,1
новообразования	7,1	9,1	9,5	11,6	11,7
болезни крови и кроветворных органов	20,7	22,5	20,9	20,3	18,1
болезни эндокринной системы	17,7	17,5	20,1	19,3	20,7
болезни нервной системы	32,6	35,8	35,6	38,8	35,7
болезни глаза и его придаточного аппарата	72,3	81,4	101,35	111,0	105,7
болезни уха и сосцевидного отростка	84,9	87,1	95,3	96,9	98,6
болезни системы кровообращения	13,7	16,1	17,0	16,1	16,3
болезни органов дыхания	1517,9	1537,0	1744,6	1719,6	1714,1
болезни органов пищеварения	162,8	165,9	172,1	175,2	162,9
болезни кожи и подкожной клетчатки	102,7	116,0	126,8	123,9	129,2
болезни костно-мышечной системы	49,3	54,8	61,9	60,5	67,7
болезни мочеполовой системы	37,1	37,4	43,9	44,6	44,4
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	20,8	27,0	30,3	35,0	34,7
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	127,6	130,0	136,8	133,1	146,0

Учитывая вышеизложенное, можно рекомендовать оздоровление детей в южных регионах Российской Федерации. Из всего многообразия предложений, учитывая стоимость детского оздоровительного туристского продукта, мы остановили свой выбор на Анапа и составили тур с учетом основных родительских предпочтений и с учетом личного опыта в санаторий «Анапа».

Таблица 2

Заболееваемость подростков в возрасте 15-17 лет по основным классам болезней (на 1000 человек соответствующего возраста)[3]

Наименование класса	2007	2008	2009	2010	2011
Все болезни	1916,5	1989,3	2162,4	2175,8	2086,6
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	66,5	65,9	58,5	62,3	52,8
новообразования	5,8	7,1	6,4	8,7	9,4
болезни крови и кроветворных	12,6	11,2	11,3	10,3	10,1
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	28,4	35,9	34,3	37,7	34,2
болезни нервной системы	27,1	26,6	27,4	34,3	44,2
болезни глаза и его придаточного аппарата	57,3	69,0	81,4	103,6	92,9
болезни уха и сосцевидного отростка	36,2	39,0	37,1	40,6	39,2
болезни системы кровообращения	32,8	41,2	38,7	39,3	40,1
болезни органов дыхания	982,9	992,1	1175,2	1108,8	1082,4
болезни органов пищеварения	94,8	94,0	99,7	116,2	96,6
болезни кожи и подкожной клетчатки	104,8	105,6	98,5	100,5	91,8
болезни костно-мышечной системы	80,8	83,3	95,8	109,1	107,5
болезни мочеполовой системы	826,1	99,6	82,7	89,5	100,8
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	10,2	11,7	8,3	9,2	6,3
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	203,9	203,8	205,7	203,0	210,4

Уникальное сочетание природных лечебных факторов Анапы – мягкого приморского климата, теплого моря, разнообразных источников минеральных вод, богатейших залежей лечебных илово-сульфидных грязей позволяет ус-

пешно заниматься оздоровлением детей, а также решать проблемы реабилитации детей с различными заболеваниями. Показаниями для лечения в санатории «Анапа» являются: заболевания органов дыхания, заболевания ЛОР-органов, заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани, детский церебральный паралич (принимаются дети с 4-х до 12 лет).

В турпакет для детей включено: проживание, питание, проезд, комплекс процедур, экскурсия, одно посещение аквапарка, услуги водителя-сопровождающей и сопровождающего медицинского работника.

Программу лечения, в т.ч. количество процедур, определяет лечащий врач санатория в зависимости от характера и стадии заболевания, прохождения адаптации, особенностей организма, необходимости соблюдения санаторно-курортного режима, сочетаемости процедур, сопутствующих заболеваний и возраста. Стоимость всех услуг по программе тура представлена в табл. 3. Поскольку реализацию турпродукта планируется осуществлять через туристское агентство, в стоимость включен также агентский сбор.

Таблица 3

Расчет стоимости тура в санаторий Анапа

Наименование	Стоимость, руб.
Проживание и 3х разовое питание (в день)	1300
Комплекс процедур (в день)	400
Проезд на поезде и трансфер	8000
Экскурсия	400
Аквапарк	600
Турагентский сбор	15%
ИТОГО:	35305

$$1300 \cdot 13 = 16900$$

$$400 \cdot 12 = 4800$$

$$16900 + 4800 + 8000 + 400 + 600 = 30700 + 15\% = 35305 \text{ руб.}$$

Стоимость путевки в санаторий значительно выше, чем в ДОЛ и для многих семей такая стоимость будет недоступной. Поэтому родители могут воспользоваться федеральной программой Правительства Архангельской области по частичной оплате путевок за счет средств регионального бюджета. В 2013 году сумма льготы по данной программе составила 11 200 рублей.

Согласно постановлению администрации Архангельской области от 25 июля 2006 г. № 21-ПА раз в два года работодатель одного из родителей опла-

чивает проезд несовершеннолетних детей до места отдыха и обратно по всей территории Российской Федерации.

Итого стоимость путевки будет составлять:

$35305 - 11200 - 8000 = 16105$ рублей.

Таким образом, стоимость детского оздоровительного туристского продукта находится в интервале основных запросов потребителя (по данным проведенного следования).

Тем не менее, на современном этапе в детском оздоровительном туризме остро стоят следующие проблемы: необходимость дальнейшей дифференциации предлагаемых услуг для детей; отсутствие единых стандартов, которыми могли бы руководствоваться туркомпании; многие туристские организации, занимающиеся детскими поездками, не зарегистрированы в Едином реестре туроператоров, это говорит о том, что данные компании не располагают финансовыми гарантиями и не могут обеспечить формирование качественного и безопасного детского продукта. Решение данных проблем видится в создании разнообразных детских туристских продуктов, дальнейшем развитии дестинаций детского отдыха, необходимости консолидации усилий и опыта всех участников рынка детского туризма.

Литература.

1. Федеральный закон ФЗ-98 от 28.07.1998 «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» (в редакции 122-ФЗ от 22.08.2004 и 170-ФЗ от 21.12.2004)
2. Семейный кодекс Российской Федерации (от 29 декабря 1995 г. с изменениями от 15 ноября 1997 г., 27 июня 1998 г., 2 января 2000 г.)
3. Архангельская область в цифрах. 2011: краткий статистический сборник / Федер. служба гос. стат., Территор. орган Федер. службы гос. стат. по Арханг. обл. (Архангельскстат) . – Архангельск, 2012. – 239 с.
4. Баранов Ю.А. О тенденциях развития рекреационно-оздоровительных услуг для детей / Ю.А. Баранова//Альманах современной науки и образования. 2013. – № 2. – С. 26-30.
5. Голикова О.М. Особенности организации оздоровительного детского туризма в Российских условиях/ О.М. Голикова//Сервис в России и за рубежом. 2012. – № 8. – С. 10-19.
6. Корнеев Ю.Е. Здоровье населения России в экологической аранжировке / Ю.Е. Корнеев. – Архангельск: СГМУ, 2003

7. Маслакова Е.А. Концепция управления развитием детского туризма в современных экономических условиях // Вестник университета (ГУУ). 2009. – № 17.

Ключевые слова: детский отдых, оздоровление, санаторное лечение, оздоровительный туризм, детский туризм, туроператорская компания, уровень заболеваемости, туристский продукт, лечебные факторы.

Key words: child recreation, sanatorium treatment, health tourism, travel agency, incidence rate, tourism product, medical factors.

Эрман М.В.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫЕ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ¹

*Санкт–Петербургский государственный университет,
Медицинский факультет*

Железодефицитные состояния анемия является самой распространенной патологией в мире. Дефицит железа имеют более 3 580 000 000 человек, а железодефицитную анемию – 1 987 300 000 жителей планеты [1]. К анемиям, по классификации ВОЗ, относят состояние, при котором снижено содержание гемоглобина ниже 110 г/л у детей до 6–ти лет и ниже 120 г/л у детей старше 6–ти лет.

В материалах заседания Коллегии Министерства здравоохранения РФ «Совершенствование организации специализированной помощи детям с гематологическими и онкологическими заболеваниями» отмечен рост заболеваемости гематологическими заболеваниями за последние 5 лет на 43%, причем в структуре гематологической заболеваемости детей на первом месте стоят анемии. Даже в индустриально развитых странах анемия встречается у 20,1% детей до 4 лет, у 5,9% детей до 14 лет и 22,7% беременных женщин [2].

Особенности обмена железа в детском организме.

Аntenатальный период. Запасы железа начинают создаваться при поступлении через плаценту. На протяжении нормально протекающей беременности

¹Erman M.V. Iron deficiency anemia in children.

женщина передает плоду 300 мг железа, в среднем 70–75 мг/кг массы тела. Наиболее активно этот процесс протекает, начиная с 28–32 недели беременности. К плаценте железо матери доставляется трансферрином. Плацента не преодолима для трансферрина беременной. Точный механизм переноса железа не известен. Транспорт железа – активный процесс, осуществляется против градиента концентрации и только в одном направлении. Предполагается, что в плаценте имеется высокоактивная ферментная система, которая извлекает железо из материнского трансферрина и передает его плацентарному ферритину или фетальному трансферрину. Трансферрин плода «доставляет» железо в костный мозг, где синтезируются эритроциты; в ткани, где железо входит в состав различных ферментных систем. Избыток железа депонируется в печени и мышцах в виде ферритина. Патологическое течение беременности, сопровождающееся нарушением маточно–плацентарного кровотока и плацентарной недостаточностью, приводят к уменьшению поступления железа в организм плода. Причины нарушения формирования депо железа у плода: недоношенность; патологическое течение беременности (гестозы, угроза прерывания, перенашивание, острые и обострения хронических заболеваний); многоплодие; фетоматеринские и фетоплацентарные кровотечения; профессиональные вредности; железодефицитная анемия у беременной. Решающую роль в депонировании железа играют нарушения маточно–плацентарного кровотока и функциональный статус плаценты [3].

В проекте Viva (США) было изучено потребление железа, уровень гемоглобина во время беременности у 1167 женщин и в проекте Avon в Великобритании дана оценка материнского статуса железа во время беременности 1225 женщин. Авторы пришли к заключению, что потребление железа во время беременности влияет на уровень железа у новорожденных и детей.

Постнатальный период

После рождения источники железа: экзогенное железо в составе пищевых продуктов; утилизация железа из эндогенных запасов. Антенатальные запасы быстро истощаются. Ежедневная физиологическая потребность в железе детей – 0,5–1,2 мг/сутки; рекомендации Всемирной Организации Здравоохранения – 5,0–10,0 мг/сутки. В течение первых трех–четырех месяцев жизни материнское молоко является единственным продуктом, который обеспечивает равновесие обмена железа. Причем, железо из женского молока усваивается более эффективно – 38–49%. Из коровьего молока абсорбция железа не превышает 10%.

Если не проводится профилактическая терапия сидеропении, то даже при естественном вскармливании к 3–му месяцу у недоношенных и 5–6–му месяцу у доношенных возможно развитие железодефицитной анемии. Полноценная и сбалансированная по основным ингредиентам диета позволяют лишь покрыть физиологическую потребность в железе, но не устранить дефицит. Восполнить дефицит железа только диетотерапией невозможно.

Факторы, нарушающие всасывание железа в желудочно–кишечном тракте: хронические заболевания, синдром мальабсорбции; железодефицитные состояния; пищевые и лекарственные вещества; недостаток эритропоэтина.

Вещества, стимулирующие всасывание Fe: аскорбиновая кислота, янтарная кислота, молочная кислота, лимонная кислота, спазмолитики, средства, стимулирующие желудочную секрецию.

Вещества, тормозящие всасывание Fe: фитаты, полифенол, оксалаты, карбонаты, фосфаты, кальций, антациды, нестероидные противовоспалительные средства.

Последствия недостатка железа у детей. Уменьшение содержания железа в сыворотке крови, костном мозге и тканевых депо приводит к снижению темпов синтеза и нарушению образования гемоглобина; развитию гипохромной анемии; трофическим расстройствам в тканях; замедленному моторному развитию и нарушению координации; замедленному развитию речи; психологическим и поведенческим отклонениям (невнимание, слабость, неуверенность и т.д.); снижению физической активности.

Лечение железодефицитной анемии.

Основные принципы терапии железодефицитных анемий были сформулированы в 1981 году Л.И. Идельсоном:

1. Возместить дефицит железа без лекарственных железосодержащих препаратов невозможно.

2. Терапия железодефицитных состояний должна проводиться преимущественно препаратами железа для перорального приема.

3. Терапия железодефицитной анемии не должна прекращаться после нормализации уровня гемоглобина.

4. Гемотрансфузии при железодефицитной анемии должны проводиться только по жизненным показаниям.

Сегодня принципы лечения железодефицитной анемии выглядят следующим образом:

- Выбор места лечения (амбулаторно, в стационаре).
- Путь введения препарата железа.
- Индивидуальный подбор препарата и схема приёма (циркадные ритмы).
- Половинная доза препарата в первые два дня лечения.
- Контроль лечения: лабораторный (ретикулоцитарный криз), клинический.
- Достаточная продолжительность курса: 3–6 месяцев основное лечение + 1–2 месяца поддерживающее.
- Устранение причины анемии.

Один из основополагающих принципов педиатрии «здоровая девочка – здоровая женщина – здоровая мать – здоровый ребенок». Необходимо соблюдение адекватного питания женщинами фертильного возраста и компенсация препаратами железа повышенных его потерь. Распространенность дефицита Fe у беременных в России: дефицит железа – 29%; железодефицитная анемия – 19,2% (I триместр – 5,9%; II триместр – 15,0%; III триместр – 21,5%).

В лечении железодефицитных состояний и анемии ведущую роль играет пероральный прием железосодержащих препаратов. Это объясняется следующими положениями:

- Пероральный прием препаратов железа повышает уровень гемоглобина только на 2–4 дня позже, чем при парентеральном введении.
- Пероральный прием крайне редко, в отличие от парентерального, приводит к побочным эффектам.
- Пероральный прием при ошибочной трактовке анемии, как железодефицитной, не приводит к развитию гемосидероза.

Поэтому для лечения этих состояний так важен выбор быстродействующего и обладающего хорошей переносимостью препарата. В последние годы среди препаратов железа все большее внимание привлекает препарат Тотема («Laboratoires INNOTECH INTERNATIONAL», Франция). Н.И. Стуклов приводит ретроспективный мета-анализ 30 исследований о применении тотема, включающих 1077 пациентов и дает высокую оценку эффективности и хорошей переносимости препарата [4]. Тотема содержит органическую соль двухвалентного железа, медь и глюконат марганца, что дает возможность быстро восстановить нормальный уровень гемоглобина и депо железа при хорошей переносимости. Жидкая форма препарата позволяет ему распределяться по слизистой

кишечника, облегчая всасывание, что, в конечном итоге, позволяет снизить эффективную профилактическую дозу железа по сравнению с другими препаратами железа.

Тотема можно назначать женщинам во время беременности и вскармливания грудью и детям старше трех месяцев.

При латентном дефиците железа Тотема назначается в дозе 2,5 мг/кг/сутки в течение 2 месяцев. Препарат дается между кормлениями. Суточная доза делится на 3 приема. Для оценки толерантности желудочно-кишечного тракта к препарату ребенок в течение 3 дней получает Тотему 1 раз в день в дозе 1,0 мг/кг [5]. При хорошей переносимости препарата назначается доза увеличивается до терапевтической (2,5 мг/кг/сутки в 3 приема).

При железодефицитной анемии Тотема назначается в дозе 5 мг/кг/сутки в течение 3 месяцев. После проведения оценки переносимости препарата пациент начинает получать полную дозу препарата в 3 приема. При нормализации уровня гемоглобина (обычно, через 2–3 недели) доза снижается до поддерживающей – 2,5 мг/кг/сутки. Длительность приема препарата Тотема – 3 месяца.

Китайский мудрец сказал: «Молодой врач хорошо лечит острые болезни, опытный врач – хронические болезни, мудрый врач занимается профилактикой болезней».

Попробуем систематизировать материалы по профилактике железодефицитных состояний в различные возрастные этапы.

Пренатальная профилактика железодефицитных состояний:

- Сбалансированное питание беременной женщины с дополнительным использованием специализированных продуктов или витаминно-минеральных комплексов.
- Здоровый образ жизни (отказ от вредных привычек), прогулки, занятия физкультурой.
- Контроль гемоглобина крови беременной женщины.
- Санация очагов хронической инфекции.
- Обследование на наличие бактериальных и вирусных инфекций (по показаниям).

Постнатальная профилактика железодефицитных состояний:

- Поддержка и поощрение грудного вскармливания.
- Сбалансированное питание кормящей матери, обеспечивающее физиологические потребности ее и ребенка в нутриентах (в том числе железе) за

счет дополнительного введения специализированных продуктов или витаминно–минеральных комплексов.

– Своевременное назначение продуктов прикорма промышленного производства (не позднее 6 месяцев).

Литература:

1. WHO Global Database on Anaemia Geneva, World Health Organization, 2008.

2. WHO Global Database on Iron Deficiency and Anaemia, Micronutrient Deficiency Information System. Geneva, World Health Organization. 2005.

3. Эрман М.В. Лекции по педиатрии. СПб.: «Издательство ФОЛИАНТ», 2001. 480 с.

4. Стуклов Н.И. Мета–анализ данных переносимости питьевой формы глюконата железа (II), меди и марганца (препарат Тотема) при лечении железодефицитной анемии у детей и взрослых // Земский врач. 2012; 4(15); с.11–19.

5. Квезерели–Коладзе А.Н., Мтварелидзе З.Г. Применение препарата Тотема при лечении железодефицитной анемии у детей раннего возраста // Современная педиатрия. 2010; 4(32); с. 35–38

Ключевые слова: анемия, железодефицитные состояния, дети, Тотема.

Keywords: anemia, irondeficiency, children, Tot'hema.

Раздел IV

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 352/354

Л.Т. Волчкова, Г.А. Меншикова

ПУБЛИЧНОЕ УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ: СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ПРАКТИКИ¹

Современный этап государственного управления за рубежом идентифицируются как Public Administration, что справедливо акцентирует внимание на его главном отличии – включении населения в управление. При таком подходе участие жителей в управлении страной не просто провозглашается, но и реализуется на практике, что отражает возросший уровень их образования, повышение ответственности за судьбу страны, а также возникновение технических возможностей создания открытого информационного пространства благодаря новым технологиям работы СМИ и Интернету.

Публичность как особенность современного управления достаточно полно описана в зарубежной литературе. Так, «акционизм» (готовность к социальному действию), как черту современности актуализировал А. Турен, социальную роль Интернета - М. Кастельс, публичность в целом - М. Буровой, Ю. Хабермас. Зарубежные исследователи (например, Хилгартнер и Боск) выявили практики формирования открытых информационных пространств - публичные арены, с помощью которых формируются новый (публичный) способ принятия управленческого решения.

За рубежом Public Administration стало реальностью, хотя и здесь уровень включенности населения в управление невелик. Так, по данным доклада OECD, в 30 развитых странах он не превышает 20%, хотя образованием, здравоохранением, сферой услуг интересуется более широкий круг населения. Понятно, что в нашей стране готовность населения к активной публичной дея-

¹ L.T. Volchkova, G.A. Menshikova. Public health Administration: modern technologies and practices.

тельности еще ниже.

Качество работы сферы услуг, образования и медицины являются наиболее близкими, доступными для понимания населения как зарубежных стран, так и России. В них созданы следующие публичные арены (области открытого информационного пространства): открытый мониторинг данных о национальных системах здравоохранения (1), рейтинг учреждений здравоохранения по совокупности объективных характеристик (2), «народный» рейтинг качества обслуживания (3), рейтинг врачей (4) и др.

Практика соучастия населения в решении проблем здравоохранения выявила следующие формы: обязательные отчеты первых лиц государства о качестве медицины в стране (1), ежегодные (квартальные) отчеты министров здравоохранения (руководителей крупнейших больниц (клиник) (2), публикации результатов экспертизы этих отчетов специалистами (3), публичные слушания законов (документов), включая те, которые относятся к вопросам сохранения здоровья и распространения принципов здорового образа жизни (4), участие в выборах руководителей учреждений здравоохранения при местных органах управления и власти (5), установление оперативной коммуникации людей с медицинским учреждением (запись на прием к врачу, возможность пожаловаться или высказать предложения администрации) (6), участие в «народных» рейтингах учреждения или врача (7) и др.

За рубежом практика участия населения институционализована: созданы формы учета мнения населения и центры, которые аккумулируют информацию (1), требования к отчетности руководителей (2), информационные потоки, что облегчает процедуру их поиска (3), сформированы независимые профессиональные ассоциации, занимающиеся помимо прочего и экспертизой (4). В нашей стране процесс институционализации практик публичного управления здравоохранением лишь начинается.

Ключевые слова: публичность, публичное управление, открытое пространство, национальные рейтинги качества здравоохранения, народные рейтинги, обязательные отчеты.

Key words: publicity, public administration, open space communication, national health routings, people routings, obligatory reports.

**ОПТИМИЗАЦИЯ РЕСУРСНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ
ГОСУДАРСТВЕННЫХ ПРОГРАММ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ
В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ**

Государственное научное учреждение "Научно - практический центр профилактической и клинической медицины" Государственного управления делами, Киев, Украина, Epidem amnu@ukr.net

Введение. Болезни системы кровообращения (БСК) на современном этапе развития общества выступают как ведущая причина заболеваемости, инвалидизации и смертности населения. В Европе сердечно-сосудистая патология предопределяет около 40% всех смертей в возрасте до 75 лет, из которых внезапная сердечная, - более чем 60%. В США, по результатам эпидемиологического исследования, распространенность ИБС составляет 7,3%, в Российской Федерации - 7,0 %, в Украине - около 10 %. Среди сельского населения заболеваемость и распространенность болезней системы кровообращения, в т.ч. артериальной гипертензии, наиболее неблагоприятная. Поэтому актуальность выполнения Программы борьбы с артериальной гипертензией (АГ), как и других государственных медицинских программ значительно возрастает.

Материал и методы. Информационной базой стали и государственная статистическая отчетность Украины, отчеты и учетные документы заведений здравоохранения Николаевской области за 2000-2009 гг., а также разработанные стандартизированные анкеты. Методология включала использование системного подхода, статистического, социологического экспериментального методов, моделирования, экспертных оценок.

Результаты. Анализ реализации мероприятий, предусмотренных государственными программами, показал наличие существенных недостатков, в частности: возложение выполнения программ, в т. ч. по АГ, в основном на органы местного самоуправления, которые не имели достаточного ресурсного обеспечения и действенных технологий - моделей межотраслевых отношений на территориальном уровне. При таких условиях перед руководителями лечебно-профилактических учреждений сельской местности встают задачи принятия обоснованных управленческих решений по организации соответствующего ре-

сурсного обеспечения медицинской помощи, эффективного поиска дополнительных источников финансирования, усилению роли местного самоуправления в решении проблем здоровья общества, что требует научного обоснования и разработки моделей межотраслевых взаимоотношений на территориальном уровне, для решения существующих задач выполнения утвержденных государственных программ.

Установлено, что среди основных причин недостаточной организации медицинской помощи больным с гипертензиями в Украине, особенно в сельской местности, есть неудовлетворительное ее финансирование на региональном уровне, о чем свидетельствует реальное обеспечение бюджетных средств на жителя Баштанського района Николаевской области в пределах 260 грн., в сравнении со средним в Украине (около 500 грн.), что значительно меньше аналогичных показателей большинства европейских стран.

Доказано, что привлечение дополнительного финансирования путем отчисления 3 % валового дохода сельскохозяйственных предприятий в течение 2002-2009 лет обеспечило рост поступлений внебюджетных средств со 193 тыс. грн. до 398 тыс. грн., что дало возможность улучшить на 1 койко-место медикаментозное обеспечение с 4,25 грн. до 17,5 грн. и питания больных с 2,0 грн. до 6,8 грн.

Учитывая первоочередную значимость проблемы гипертензии в структуре болезней системы кровообращения, основная доля средств направлялась на ее решение: открытие реанимационного блока на 5 коек с возможностью предоставления медицинской помощи кардиологическим больным; закупка для ЦРБ и УБ ЭКГ-аппаратов, аппаратов "Телекард"; закупка автореамобилей, жилья для семейных врачей.

Обоснована оптимизированная модель организации ресурсного обеспечения медицинской помощи больным с гипертензиями в сельской местности, в основе которой за счет отчисления 3% валового дохода сельскохозяйственных предприятий обеспечено улучшение показателей диспансеризации населения Баштанського района от болезней системы кровообращения на 46,7%, гипертонической болезни - в 2 разы, цереброваскулярной патологии - 61,2% и ишемической болезни сердца - 15%. Выросло количество случаев болезней системы кровообращения всех нозологий и уменьшилась заболеваемость всей нозологии сердечно-сосудистой патологии, кроме ИХС. Благодаря этому, смертность в течение 2002-2009 лет от БСК уменьшилась на 7,0%, в том числе от цереброва-

скулярной патологии в два раза, а от инсультов - в 2,6 раза.

Заключение-выводы. Комплексным социально-гигиеническим исследованием установлено несоответствие существующего уровня ресурсного обеспечения мероприятий, предусмотренных государственными программами, направленными на улучшение здоровья населения, что обусловило необходимость научного обоснования и внедрения оптимизированной модели ресурсного обеспечения выполнения государственных программ в сельской местности на примере выполнения «Программы профилактики и лечения артериальной гипертензии в Украине», которая доказала свою социальную, медицинскую и экономическую эффективность.

Ключевые слова: ресурсное обеспечение, государственные программы, медицинская помощь, гипертензия, организация медицинской помощи, внебюджетное финансирование.

Keywords: resource provision, State programs, medical assistance, hypertension, organization of medical aid, extra-budgetary funding.

УДК 614.2.

Т.С. Грузева

БОРЬБА С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: ЕВРОПЕЙСКИЙ И УКРАИНСКИЙ КОНТЕКСТ

Государственное научное учреждение «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами, г. Киев, Украина, gruzeva@mail.ru

Введение. Хронические неинфекционные заболевания(ХНИЗ) в современном мире представляют растущую угрозу для общественного здоровья, систем здравоохранения и экономик многих стран. Высокие уровни заболеваемости хронической патологией и значительное распространение факторов риска обуславливают негативные тенденции в здоровье населения, медико-социальные потери и экономические убытки.

Материалы и методы. Для анализа современных тенденций здоровья населения Украины в контексте глобальных и региональных тенденций был ис-

пользован медико-статистический метод. Изучение существующего опыта предупреждения ХНИЗ и борьбы с ними, а также разработки профилактических программ осуществлялось с помощью библиосемантического метода и метода контент-анализа. Источниками информации служили Европейская база данных «Здоровье для всех», данные Государственной службы статистики Украины, данные научной литературы.

Результаты. Данные мировой и европейской региональной статистики свидетельствуют о негативных тенденциях к росту распространенности ХНИЗ, обусловивших на глобальном уровне 63% всех смертей и 86 % глобального бремени болезней. По данным ВОЗ, в мире около трети из 36 млн умерших от ХНИЗ людей в 2008 г., были в возрасте до 60 лет. Проблема эпидемии ХНИЗ чрезвычайно актуальна для стран Европейского региона ВОЗ, в т.ч. для Украины. Смертность от сердечно - сосудистых заболеваний в Европе составляет почти 50 % всех случаев смерти, от злокачественных новообразований- 20 % всех смертей.

Эпидемия ХНИЗ развивается под действием мощных сил, таких как демографическое старение, быстрая стихийная урбанизация, а также глобализация нездорового образа жизни. Ведущими причинами большинства ХНИЗ выступают четыре поведенческие факторы риска: употребление табака, нездоровое питание, недостаточная физическая активность и злоупотребление алкоголем.

В Украине ХНИЗ обуславливают 86 % глобального бремени болезней. Сердечно - сосудистые и злокачественные болезни является ведущими причинами смерти населения, доля которых в структуре смертности составила в 2012 г. 65,8% и 13,9%. Смертность населения от болезней системы кровообращения - в 3,2 раза больше, чем в странах ЕС, а в трудоспособном возрасте - в 3,9 раза. В течение года в учреждения здравоохранения осуществляется более 85,0 млн обращений, из которых почти треть вызваны болезнями системы кровообращения. В течение 1991-2012 гг. распространенность сердечно-сосудистых заболеваний увеличилась в 3 раза и достигла 58,8 тыс. на 100 тыс. населения. Хронической патологией страдают до 60% взрослого и почти 20% детского населения. Значительны масштабы распространенности факторов риска. По данным глобального опроса взрослого населения о курении эту вредную привычку имеют 50% мужчин и 11,2% женщин. Повышенное кровяное давление выявляется у 44,2 % жителей, малоподвижный образ жизни ведут 30% мужчин и 50%

женщин. Нередки злоупотребления алкоголем, другие проявления нездорового образа жизни.

В мировом сообществе накоплен достаточный объем научных данных и опыта об эффективных стратегиях борьбы с этими заболеваниями, включающий комплексный подход, участие многих сторон, эпиднадзор и мониторинг, выгодные капиталовложения, укрепление систем здравоохранения, обеспечение устойчивого развития, усиление роли гражданского общества и частного сектора. ВОЗ и ЕРК ВОЗ разработали ряд стратегических и программных документов, направленных на усовершенствование профилактики и лечения ХНИЗ. Важнейшими из них являются Основы новой Европейской политики в здравоохранении "Здоровье - 2020" (2012 г.), Московская декларация I глобальной министерской конференции по здоровому образу жизни и борьбе с ХНИЗ (2011 г.), План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями на 2012-2016 гг. и др.

В Украине в соответствии с приоритетными направлениями реформ в здравоохранении, с учетом принципов и подходов, изложенных в документах ООН, ВОЗ и ЕРК ВОЗ, утверждена Концепция и разработан проект Общегосударственной программы «Здоровье - 2020: украинское измерение». В ее основу положены приоритетные направления государственной политики в сфере здравоохранения, комплексный подход, основанный на научных доказательствах, интегрировании достижений социальных и поведенческих наук и стратегического социального маркетинга. Важная роль отведена использованию технологий стратегического руководства в интересах здоровья, общим межсекторальным действиям, инвестированию в здоровье, борьбу с основными составляющими бремени болезней, прежде всего, ХНИЗ. Документ имеет четкую профилактическую направленность, предусматривает утверждение здорового образа жизни, обеспечение здоровых условий жизни, улучшения детерминант здоровья, повышение доступности и качества медицинского обслуживания.

Заключение-выводы. Хронические неинфекционные заболевания являются ведущей причиной нездоровья в Европейском регионе и Украине, имеют негативную тенденцию к росту вследствие широкой распространенности факторов риска. Борьба с ними требует комплексного подхода, межсекторальных действий и участия всего общества. Современные направления борьбы с ХНИЗ изложены в стратегических документах ВОЗ, ЕРК ВОЗ. На таких концептуальных основах построена Общегосударственная программа «Здоровье – 2020: ук-

раинский контекст», нацеленная на профилактику ХНИЗ, укрепление здоровья и повышение качества жизни населения.

Ключевые слова: хронические неинфекционные заболевания, факторы риска, заболеваемость, смертность, глобальное бремя болезней, стратегии, программы профилактики и лечения.

Key words: noncommunicable diseases, riskfactors, morbidity, mortality, global burden of diseases, strategies, prevention, treatment.

УДК 614.2:616.-008.331.1

Т.С. Грузева

БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ КАК ГЛОБАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*Государственное научное учреждение «Научно-практический центр
профилактической и клинической медицины» Государственного
управления делами, г. Киев, Украина, gruzeva@mail.ru*

Введение. Болезни системы кровообращения (БСК) являются основной причиной смерти в мире и важной составляющей глобального бремени болезней. Более 9,4 млн ежегодных случаев смерти, или 16,5 % всех случаев смерти обусловлены повышенным кровяным давлением. Именно поэтому темой Всемирного дня здоровья 2013 г. избрана борьба с гипертонией.

Материалы и методы. В работе использованы медико-статистический, эпидемиологический, библиографический методы. Источниками информации послужили данные мировой, региональной и государственной статистики, данные научных исследований.

Результаты. Эпидемиологические данные свидетельствуют, что в 2008 г. от БСК в мире умерло 17,3 млн человек, в т.ч. 7,3млн - от ишемической болезни сердца и 6,2 млн - в результате инсульта. По прогнозным данным к 2030 г. от указанной патологии умрет около 23,6 млн человек. Региональный анализ смертности от БСК показывает, что более 80 % случаев смерти происходит в странах с низким и средним уровнем дохода. Быстрому росту заболеваемости сердечно-сосудистой патологией способствует широкое распространение фак-

торов риска и нездоровый образ жизни. В результате, многие люди умирают от сердечно-сосудистых заболеваний в более молодом возрасте. Особенно страдают необеспеченные слои населения.

БСК обуславливают существенные убытки на микро- и макроэкономическом уровне, ведут к обнищанию семей вследствие катастрофических расходов на медицинскую помощь и высокой доли расходов из собственных средств, накладывают тяжелое бремя на экономику стран. В связи с высокой преждевременной смертью они сокращают ВВП на 6,8%.

Проблема борьбы с болезнями системы кровообращения является наиболее приоритетной для Европейского региона ВОЗ. Показатели смертности от данной патологии обуславливают почти 50 % смертей в Регионе, колеблясь от 35% до 65% в разных группах стран. Общий коэффициент смертности для этих болезней составляет 369,5 случая на 100 тыс. населения. Анализ стандартизованных показателей смертности (СКС) от болезней системы кровообращения в странах Европейского региона ВОЗ свидетельствует, что в течение 1991 – 2011 гг. в целом произошло снижение уровня смертности на 23,4 % , в т.ч. в странах Европейского Союза (ЕС) - на 46,2%. Одновременно в большинстве стран восточной части Региона указанные показатели возросли, в т.ч. в странах СНГ – на 6,3%.

В Украине СКС от БСК увеличился за указанный срок на 11,7% и достиг 682,8 случая на 100 тыс., что в 3,2 раза превышает показатель в странах ЕС. Особую озабоченность вызывает рост смертности от БСК в трудоспособном возрасте. В Украине в течение 1991-2011 гг. указанный показатель увеличился на 0,21%, при уменьшении его в странах Региона в целом на 18,4% и странах ЕС - на 50,0%.

Для профилактики БСК и борьбы с ними ВОЗ определила ряд высокоэффективных мероприятий, осуществимых даже в условиях ограниченных ресурсов. Они включают комплексные действия, сочетание подходов, направленных на снижение рисков на уровне всего населения, со стратегиями, нацеленными на отдельных лиц из групп повышенного риска или с выявленными заболеваниями.

Действия на уровне всего населения включают всестороннюю политику по борьбе с табаком, налогообложение с целью снижения потребления продуктов с высоким содержанием жиров, сахара и соли, строительство пешеходных и велосипедных дорожек для повышения уровня физической активности, обеспе-

чение правильного питания детей в школах. На индивидуальном уровне действенными профилактическими мерами являются правильное здоровое питание, регулярная физическая активность, отказ от потребления табака и злоупотребления алкоголем. Важную роль играет выявление на уровне ПМСП лиц с высоким риском на ранних стадиях с помощью простых методик и использование эффективного недорогого лечения, включая комбинированную терапию статинами, гипотензивными препаратами, аспирином, в сложных случаях – с помощью хирургических операций. Необходимо расширение государственных инвестиций в профилактику и раннее выявление БСК путем проведения соответствующих национальных программ.

Украина в ответ на эпидемию БСК разработала стратегию профилактики и борьбы, которую планирует реализовать в рамках Общегосударственной программы «Здоровье - 2020: украинское измерение». Проект Программы включает комплекс профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, направленных на укрепление здоровья, предупреждение, раннее выявление, своевременное и качественное лечение БСК согласно медицинским стандартам и клиническим руководствам, реабилитационное обслуживание и т.п. При этом, профилактические вмешательства предполагается осуществлять на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях. Программные мероприятия включают совершенствование нормативно-правовых основ оказания помощи пациентам с факторами риска и больным; внедрение действенной системы диспансеризации; мониторинг заболеваемости населения артериальной гипертензией, инфарктом миокарда, инсультом и другими болезнями; структурную реорганизацию учреждений здравоохранения в соответствии с существующими потребностями, их оптимизацию; приоритетное развитие ПМСП; совершенствование оказания специализированной, экстренной и реабилитационной помощи; управление качеством медицинской помощи, развитие стандартизации, создание системы индикаторов мониторинга соблюдения стандартов; совершенствование формулярной системы, улучшение кадрового обеспечения учреждений здравоохранения; поддержку научных исследований и содействие внедрению их результатов в практику; улучшение обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения учреждений здравоохранения и населения.

Заключение-выводы. Болезни системы кровообращения представляют важную проблему общественного здоровья, учитывая их распространенность,

тенденции к росту, ведущую роль в формировании показателей смертности и инвалидности. Большинство стран мира и Европы сталкиваются со значительными медико-социальными утратами и экономическими потерями вследствие эпидемии сердечно-сосудистых заболеваний. В Украине внедряется комплекс мероприятий, нацеленных на профилактику и борьбу с БСК, в рамках государственной программы, реализация которых позволит сократить распространенность факторов риска среди населения, снизить преждевременную смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, увеличить продолжительность жизни и улучшить ее качество.

Ключевые слова: болезни системы кровообращения, факторы риска, заболеваемость, смертность, глобальное бремя болезней, стратегии, программы профилактики и лечения.

Key words: cardiovascular diseases, risk factors, morbidity, mortality, global burden of diseases, strategies, prevention, treatment.

УДК 614.251.2

А.А. Гудзь, В.Д. Бигунец

К ВОПРОСУ О СТРАХОВОЙ ЗАЩИТЕ В СИСТЕМЕ «ИСПОЛНИТЕЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ – ПОТРЕБИТЕЛЬ»¹

*Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А. М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург, annagudz88@yandex.ru*

Охрана здоровья граждан является неотъемлемым условием жизни общества. Здоровье, в условиях глобализации всех сфер международной жизни, которая отличается высоким динамизмом и взаимозависимостью событий [1], возрастающей сложности промышленного производства и развитии новых технологий, – приобрело значение важного фактора, активно влияющего на динамику социальных процессов, состояние трудовых ресурсов, перспективы дальнейшего развития общества.

¹ Gudz A.A., Bigunets V.D. To the question of insurance coverage in the system of "executor of medical services and consumer".

В последнее время средства массовой информации активно формируют негативное общественное мнение по отношению к проблемам оказания медицинской помощи. В центре внимания – вопросы защиты как самих медицинских работников, так и пациентов. Речь идет о страховании здоровья, врачебных ошибках, качестве медицинской деятельности, платных медицинских услугах и многом другом. Одна из «наболевших» тем – как правильно организовать работу таким образом, чтобы помощь оказывалась своевременно и оперативно [2].

С одной стороны, общество и государство защищают интересы потерпевшего за счет возложения бремени возмещения причиненного ему вреда при оказании медицинской помощи на исполнителя услуги, с другой – они должны быть заинтересованы в обеспечении правовых гарантий защиты имущественных интересов usługодателей, эффективном развитии здравоохранения.

Способы нивелирования неблагоприятных последствий в ситуации причинения вреда здоровью или жизни гражданина различны. Одной из гарантий стабильного функционирования медицинской организации является институт страхования гражданской и/или профессиональной ответственности. Назначение данного института состоит в освобождении исполнителей услуг и/или конкретных граждан (представителей медицинской профессии) от имущественных обременений, вызванных необходимостью возместить причиненный пациенту вред и/или осуществить действия по устранению этого вреда (восстановлению здоровья).

Причинение вреда в сфере общественного производства, нанесение вреда жизни или здоровью населения вследствие внезапного наступления событий и обстоятельств, не зависящих от воли и сознания людей и не контролируемых ими, принято называть страховыми случаями, совокупность данных общественных отношений объединяется особой экономической категорией страховой защиты.

В последние несколько лет получает развитие добровольное страхование гражданской ответственности исполнителей медицинских услуг и отдельных медицинских работников (частных медицинских клиник и частнопрактикующих врачей). Однако говорить об эффективной защите интересов как исполнителей медицинских услуг и медицинских работников, так и пациентов (их представителей) можно лишь при должном функционировании данной отрасли страхования как обязательного страхования.

В мировой практике существуют различные системы страхования ответст-

венности, которые можно свести к четырем основным видам: индивидуальное страхование лица определенной профессии; страхование посредством объединения профессиональных лиц в общества взаимного страхования; коллективное страхование, когда в отношения со страховой компанией вступает медицинская ассоциация или иное сообщество медиков; смешанная система, которая включает в себя элементы нескольких из вышеперечисленных.

Федеральный закон 323-ФЗ [3] предусматривает участие в управлении здравоохранением государства и медицинских работников. Введение саморегулирования врачебной деятельности, объединение медицинских сообществ, создание страхового фонда [4] позволит выстроить механизм материальной и профессиональной ответственности медицинских работников (вплоть до запрета на занятие медицинской деятельностью), создать инструмент защиты квалифицированных специалистов в случае нарушения их прав, включая организацию объективной независимой профессиональной экспертизы.

Литература.

1. О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года [Электронный ресурс]: Указ Президента Российской Федерации от 12.05.2009 г. № 537. URL: <http://www.rg.ru/2009/05/19/strategia-dok.html> (дата обращения: 10.12.2012).

2. Первый канал: В Москве открылся Международный конгресс по здравоохранительному праву [Электронный ресурс]: URL: <http://www.1tv.ru/news/health/219297> (дата обращения: 07.11.2012).

3. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ. Доступ из справ.-правовой системы «Консультант плюс». URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=131658> (дата обращения: 10.12.2012).

4. Российская газета: Часть функций Минздрава должна перейти к новому сообществу медиков [Электронный ресурс]: URL: <http://www.rg.ru/2013/02/12/vrachi.html> (дата обращения: 12.01.2013).

Ключевые слова: качество медицинской деятельности.

Keywords: quality of health care.

**ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ
УПРАВЛЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Государственное научное учреждение «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами, Киев, Украина,

Введение. Усовершенствование систем управления на всех уровнях здравоохранения относится к приоритетным направлениям реформирования медицинской отрасли. Указанная проблема является актуальной для различных звеньев здравоохранения, предоставляющих как первичную, так и специализированную медицинскую помощь. Существует необходимость разработки и внедрения новых научных принципов и технологий управления. При сочетании с оптимизацией использования ресурсов они являются гарантией эффективности модернизации медицинской сферы.

Материалы и методы. Методология исследования основана на системном подходе. Методами исследования стали: библиосемантический, исторический; статистический; социологический; SWOT-анализа; концептуального моделирования; организационного эксперимента; функциональной оценки менеджмента, экспертных оценок.

Результаты. Системный анализ развития исследуемого объекта — государственного научного учреждения «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами — показал завершение в 2007 г. его реорганизации и особенности состояния здоровья обслуживаемого контингента с высокими уровнями распространенности заболеваний.

Установлено наличие существенных недостатков в системе управления изучаемым многопрофильным клиническим лечебным учреждением: низкий уровень удовлетворенности пациентов (только 40,5% были полностью удовлетворены) и медицинского персонала качеством медицинского обслуживания; низкая удовлетворенность медицинских работников профессиональными аспектами деятельности, неудовлетворительная реализация основных функций менеджмента, прежде всего, мотивации и организации.

По результатам SWOT-анализа определены стратегические и тактические направления усовершенствования управления, в соответствии с которыми предложен концептуальный подход к оптимизации системы управления многопрофильным клиническим лечебным учреждением.

Особенностью оптимизированной системы управления стало включение в нее ранее существовавших элементов (аппарата управления, структурных подразделений первичного и вторичного уровней медицинской помощи) - ранее существовавших, но функционально измененных (линейно-функциональной и матричной структуры управления, информационно-аналитического центра, программы управления персоналом и материально-техническими ресурсами, центра специализированной медицинской помощи, подразделений стационарозамещающих форм медицинской помощи), и введения качественно новых (ученого совета, научно-методического совета, подразделений науки и образования, комиссии по кадровому планированию, технологии клинического аудита с обратной связью, подразделений интенсивного лечения с технологиями малоинвазивных хирургических вмешательств).

Определены пути оптимизации системы управления лечебным учреждением здравоохранения с позиций его организационно-структурного развития и научно-образовательно-практического подхода, включающего в себя сочетание процессов оказания медицинской помощи, научно-практических исследований и непрерывного обучения персонала. Проведена оценка предложенной системы управления многопрофильным клиническим учреждением на основе системного и функционального подходов. Она показала существенные улучшения: общая оценка системы управления выросла на 51,5% ($p < 0,01$) и достигла $77,6 \pm 0,81$ баллов, что соответствует более высокому IV уровню зрелости менеджмента; повысились оценки значимости и удовлетворенности медицинских работников условиями труда, обучения и развития, активностью их вовлечения в деятельность организации; увеличилась общая удовлетворенность пациентов — с $3,52 \pm 0,05$ до $3,63 \pm 0,03$ баллов ($p < 0,05$).

Заключение–выводы. Используемые подходы к совершенствованию системы управления медицинским учреждением приводят к формированию самообучающейся медицинской организации, способствуют выполнению основных задач медицинского учреждения, оптимизируют его организационно-функциональную структуру и структуру управления.

Проведенная трансформация способна положительно повлиять на результаты деятельности учреждения в виде показателей здоровья населения (достоверное снижение сердечно-сосудистой заболеваемости на 21,1%, смертности - на 10,3%) и использования ресурсов (на 15% сокращено время обслуживания пациентов в амбулаторных условиях), что в итоге доказывает эффективность усовершенствованной системы управления.

Ключевые слова: система управления, усовершенствование, системный подход, многопрофильное клиническое лечебное учреждение.

Keywords: management system, optimization, systematic approach, multidisciplinary clinical healthcare institution.

УДК 614;614.2

О.Л. Зюков

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОВЕДЕНИЯ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ
ГОСУДАРСТВЕННЫХ СЛУЖАЩИХ**

*Государственное научное учреждение «Научно-практический центр
профилактической и клинической медицины» Государственного
управления делами, г. Киев, Украина*

Введение. Важнейшим разделом работы медицинских работников являются профилактические медицинские осмотры, проводимые с целью выявления заболеваний в начальных стадиях и организации необходимых лечебно-оздоровительных мероприятий. Профилактические медицинские осмотры являются важной составляющей системы диспансерного наблюдения, от качества которых зависит успешность мероприятий по охране здоровья населения.

Материалы и методы. В работе использованы системный подход, методы статистический, социологический, концептуального моделирования, организационного эксперимента, функциональной оценки менеджмента, экспертных оценок..

Результаты. С целью повышения качества профилактических мероприятий по предупреждению заболеваний у государственных служащих, сохранению и ук-

реплению их здоровья, нами были изучены все составляющие процесса профилактических медицинских осмотров, которые проводятся в соответствии с действующей нормативно-правовой базой.

Анализ существующих подходов к оценке системы организации профилактических осмотров позволил определить перечень вопросов, требующих усовершенствования. В частности, установлено, что учет проводился медицинскими статистиками по данным бумажной учетной документации каждого из врачей, проводивших профилактический медицинский осмотр. Это затрудняло получение персонифицированного результата о прохождении профилактического медицинского осмотра государственным служащим и принятие оперативных мер по его своевременности и полноте согласно плану–графику.

Затраты времени на сбор данных от медицинских работников структурных подразделений, задействованных в процессе проведения профилактического медицинского осмотра затрудняло получение участковым врачом-терапевтом персонифицированного результата о состоянии здоровья государственного служащего и принятия соответствующих мер по его сохранению.

Контроль и анализ результатов ежегодного профилактического медицинского осмотра государственных служащих проводился заведующими терапевтических отделений путем экспертизы медицинских карт государственных служащих (ф. 025 / о), что, во-первых, не обеспечивало абсолютного контроля (ф. 025 / не всегда есть в наличии), а, во-вторых, требовало затраты времени на обработку документации, и тем самым отрицательно влияло на своевременность и оперативность принятия управленческих решений.

Составление перспективного плана-графика проведения профилактического медицинского осмотра государственных служащих (на следующий год) происходило в конце года, через полгода после формирования бюджетной программы (также на следующий год), заведомо не позволяло адекватно обеспечить материально - техническими ресурсами проведения планового профилактического медицинского осмотра государственных служащих.

В течение года постоянно происходят изменения состава государственных служащих путем прикрепления на обслуживание и открепления в соответствии с занимаемыми должностями, что требует оперативного контроля списка подлежащих профилактическому медицинскому осмотру. Одним из направлений повышения качества проведения профилактических медицинских осмотров мы определили совершенствование системы организации профилактических

медицинских осмотров с учетом особенностей прикрепленного контингента на основе современных подходов к реформированию системы здравоохранения с применением прогрессивных автоматизированных технологий.

В 2010 г. с целью централизованного получения информации о проведении профилактических медицинских осмотров и последующей ее автоматизированной обработки разработана и утверждена приказом директора учетная форма «Карта ежегодного профилактического медицинского осмотра пациента» (далее Карта), которая заполняется участковым врачом-терапевтом, подписывается заведующим отделением и подается на статистическую обработку. Использование Карты обеспечило решение вышеуказанных вопросов. В результате разработки Карты предусмотрена возможность учета дополнительных обследований как в части планирования, так и в части выполнения. Заключение о состоянии здоровья по результатам проведения профилактического осмотра позволяет проводить не только всесторонний анализ эффективности профилактического осмотра, но и мониторинг за длительный период. Кроме того, данные Карты можно обрабатывать как централизованно (через отдел статистики, отдел профилактики, заведующим отделением) с помощью автоматизированных технологий, так и каждым врачом, у которого автоматизировано рабочее место. При использовании электронной базы данных пациентов Карта формируется автоматически по данным каждого участника процесса проведения профилактического осмотра.

Заключение-выводы. Совершенствование системы организации профилактических медицинских осмотров с учетом особенностей прикрепленного контингента на основе современных подходов к реформированию системы здравоохранения с применением прогрессивных автоматизированных технологий позволяет улучшить качество профилактической работы и повысить эффективность управления многопрофильным медицинским учреждением.

Ключевые слова: состояние здоровья, профилактические осмотры, медицинские карты, автоматизированные технологии.

Key words: status health, medical check-ups, medical records, automated technologies.

ОБ ЭЛЕКТРОННОМ ПАСПОРТЕ ИНДИВИДА¹
(постановка задачи)

ЗАО «ПетроИнТрейд», sakak@mail.ru

Одной из характеристик современного общества является его все более высокая степень компьютеризации, которая охватывает, в том числе, службы Минздравсоцразвития – впечатление, что многогодовые разговоры о компьютеризации, в частности, о медицинской электронной карте (МЭК), фиксирующей состояние здоровья человека, постепенно превращаются в реальность.

В то же время наличие современных системных технологий позволяет учесть и другие, не менее сложные и важные аспекты статики и динамики организма человека. Человек, в представлении современных ученых [1], является сложной биоэнергоинформационной системой (класс информационно-интеллектуальных систем), которая представляет собой единство четырех составляющих: материи, энергии, интеллекта, информации, обладает интуицией и индивидуальными личностными, характерными качествами, возможностью хранения, поиска и отбора информации и принимает решения и действия для их реализации на основе результатов обработки поступающей информации. При этом каждая группа характеристик [2] может быть представлена в виде совокупности показателей, каждый из которых, в свою очередь, может быть определен количественно [3].

Определение. *Информационно-интеллектуальная система* (англ. - Information intelligent system) - сложная энергоинформационная система, представляющая собой единство четырех составляющих: материи, энергии, интеллекта, информации, обладающая возможностью хранения, поиска и отбора информации и предназначенная для решения задач по назначению.

В то же время, если посмотреть распределение усилий общества по изучению подсистем организма человека, то основные усилия сосредоточены на поддержании его здоровья и некоторые усилия на изучение личностных характеристик. Что же касается вопросов интеллекта, разумной деятельности, то

¹ Kaluzhskii A. About the electronic passport of the individual (problem definition).

этим, в основном, занимаются службы персонала компаний при приеме индивида на работу или при его переаттестации.

Для более объективной оценки работы организма человека, анализа качественных и количественных изменений его работы с течением времени целесообразно разработать документ, который может быть назван *Паспорт индивида*. В таком Паспорте, являющимся собственностью индивида, отражаются величины основных показателей его здоровья и инстинктивных реакций на изменение различных факторов, характеристики личности, интеллектуальные возможности и пр. Результаты расчета показателей могут быть действенным инструментом, помощником индивида в определении оптимального пути своего развития, который позволит ему корректировать свое поведение и свои пристрастия в зависимости от жизненных целей (в т.ч. разного рода зависимости – алкоголь, наркотики и пр.), создания условий (при его желании) для ведения здорового образа жизни и т.п. Кроме того, при периодической оценке показателей индивид может определить их динамику и, соответственно, проводить дальнейшую коррекцию своего жизненного уклада, в т.ч. с помощью специалистов.

В то же время такой документ содержит достаточно полные сведения об индивиде, которые в разной части могут быть необходимы различным организациям: в первую очередь, лечебным учреждениям, по месту работы, спортивным обществам и т.п. С этой точки зрения такой документ целесообразно разделить на несколько частей, выделив, например, часть «Паспорт здоровья» и часть «МЭК».

Вопросы построения Паспорта здоровья достаточно подробно рассмотрены в [4] и предусматривают как включение информации МЭК, так и возможность прогнозирования эффективности работы организма при различных сценариях поведения индивида с учетом различных факторов, как условий его труда и отдыха, так и при необходимости его работы в экстремальных условиях - при наличии внешних воздействий: климатических, механических, эпидемических, радиационных и пр.

Что касается информации в МЭК, то она, вероятно, должна быть аналогична существующей, задачей которой является обеспечение функционирования комплекса здоровья, и отличающейся возможностью - на основе осмотра, анализов и обследований – количественно оценить эффективность работы организма индивида и определить наиболее слабые его точки [5]. Однако, при

старении организма, при снижении его адаптационных возможностей к изменению внешних воздействий, при высоком уровне этих воздействий и т.п., у подсистем организма могут возникать сбои (заболевания), ликвидация которых требует своевременной реакции. Поддержание надежности работы организма может быть обеспечено наличием своевременной информации о снижении эффективности работы той или иной его подсистемы, что, в свою очередь, обеспечивается регулярным (периодическим) расчетом эффективности работы подсистем организма и организма в целом, а также расчетом прогноза эффективности работы организма [5] с целью принятия своевременных адекватных мер.

В заключении надо заметить, что все расчеты могут проводиться методом дискретной эффектометрии, достаточно подробно рассмотренным в [3].

Литература:

1. Неумывакин И.П. Человек как саморегулирующаяся система. Электронный ресурс. Адрес сайта: <http://www.obretenie.info/themes/health1/neumivakin3.htm>
2. Калужский А.Д. Некоторые вопросы информационного обеспечения эргатических систем. Труды СПИИРАН, 2011. Вып. 16. С. 256–276.
3. Калужский А.Д. Каталогизация изделий: вопросы сопоставительного анализа. // «Качество. Инновации. Образование.». 2011. № 6. С. 67-75.
4. Калужский А.Д. Информационная поддержка уровня здоровья человека: Паспорт здоровья, разработка вопросов построения и реализации. «Врач и информационные технологии», № 6, 2009, С. 39-45.
5. Калужский А.Д. Состояние здоровья человека. "Успехи геронтологии", Т. 22. № 4, 2009, С. 558–568; 2010. Т. 23. № 1. С. 40–48.

Ключевые слова: здоровье, организм, интеллект, информация, энергия, система, эффективность, параметр.

Keywords: health, the body, intelligence, information, energy, system, efficiency, parameter.

**ВОЗРАСТНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ
И СОЗРЕВАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ
В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНЫ¹**

*Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург,
kav1962kav@mail.ru*

Понятие человеческого потенциала как основной составляющей национального богатства нашей страны является комплексным. Качество трёх его составляющих элементов (здоровье, образование, материальный достаток), находящихся в неразрывном диалектическом единстве между собой, в свою очередь, определяется целым набором факторов.

Рассматривая первые два из указанных элементов (здоровье и образование населения), следует особо отметить роль подготовки профессорско-преподавательских кадров в медицинских ВУЗах нашей страны, осуществляющих триединую задачу по подготовке молодых специалистов, профилактике и лечению заболеваний и проведению научно-исследовательской работы. Профессора, работающие в ВУЗах и научно-исследовательских учреждениях, являются, по нашему мнению, специалистами высшей квалификации (СВК) в своих предметных областях.

Целью исследования явилось исследование возрастных показателей, характерных для подготовки и становления СВК в области медицины на примере профессорского состава Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова за период с 1923 по 2003 гг.

Материалы и методы. Собраны данные о СВК, получивших учёное звание «профессор» в ВМедА в период с 1923 по 2003 гг. Учитывался возраст специалистов на момент присвоения им учёной степени доктора наук, а также их возраст, в котором им было присвоено учёное звание профессора. В соответствии с полученным образованием, специальностями защиты диссертаций, опытом работы в соответствующих подразделениях (кафедры, НИЛ, факультеты и т.п.) все СВК были отнесены к одному из шести преимущественных профилей

¹Kuvshinnikov A.V., Vedeneev E.V. Age-related indicators specific to the training of higher qualification specialists in medicine.

своей профессиональной деятельности: 1) хирургический профиль (акушеры-гинекологи, комбустиологи, нейрохирурги, общие хирурги, отоларингологи, офтальмологи, сердечно-сосудистые хирурги, травматологи-ортопеды, урологи, челюстно-лицевые хирурги); 2) терапевтический профиль (анестезиологи-реаниматологи, дермато-венерологи, невропатологи, психиатры, рентгенологи, терапевты, физиотерапевты, фтизиатры); 3) профилактический профиль (гигиенисты, эпидемиологи, микробиологи); 4) организационный профиль (врачи-организаторы, врачи-специалисты в области медицинской статистики); 5) естественно-научный профиль (физики, химики, биологи, физиологи, патофизиологи, анатомы, патологоанатомы, судебные медики); 6) гуманитарный профиль (философы, культурологи и др.).

Поскольку все рассмотренные специалисты осуществляли свою профессиональную деятельность в медицинском ВУЗе, следует отметить общую специфику направленности их работы: СВК всех профилей, включая естественно-научный и гуманитарный, в научно-педагогической сфере разрабатывали преимущественно медицинскую тематику. Таким образом, их всех можно рассматривать как СВК в области медицины.

Результаты исследования представлены в табл. 1.

Таблица 1. Средние возраста СВК в области медицины на момент защиты ими докторских диссертаций и присвоения учёного звания «профессор»

	Профиль специалистов:						Всего:
	Хирург.	Терапевт.	Профилакт.	Организац.	Естествен.	Гуманит.	
Возраст от рождения до защиты докторских диссертаций:							
Кол-во (чел.)	204	174	42	27	153	9	609
Средн. возраст (лет)	44,6±0,4	45,1±0,4	45,6±1,0	47,9±1,0	42,4±0,5	47,9±2,8	–
Возраст от рождения до присвоения учёного звания «профессор»:							
Кол-во (чел.)	212	179	45	30	160	9	635
Средн. возраст (лет)	47,3±0,4	47,8±0,4	47,8±1,0	49,7±1,0	45,9±0,5	49,9±1,9	–

Выводы:

1. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что созревание специалистов высшей квалификации в области медицины в среднем происходит в возрастном интервале от 42 до 49 лет.

2. Сравнительный анализ показал, что раньше всех защищают докторские диссертации и получают звания профессоров специалисты высшей квалификации естественнонаучного профиля, а позднее всех – организационного и гуманитарного профилей. Специалисты высшей квалификации хирургического, терапевтического и профилактического профилей занимают в этом отношении промежуточное место.

Т.Л. Лепихина, Ю.В. Карпович

УПРАВЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЕМ КАК ЭЛЕМЕНТ МЕНЕДЖМЕНТА ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО КАПИТАЛА ПРЕДПРИЯТИЯ*¹

*Пермский национальный исследовательский политехнический
университет, Пермь, karpushki@mail.ru*

Здоровье является одним из элементов человеческого капитала в целом и человеческого капитала предприятия в частности. Человеческий капитал предприятия – это сумма созидательной способности, или человеческих капиталов всех членов трудового коллектива [6, с.56]. Специфика человеческого капитала предприятия и его отличие от такой категории как человеческий капитал вообще заключается в том, что в рамках человеческого капитала предприятия индивидуальные качества отдельного работника приумножаются количеством его обладателей. Человеческий капитал предприятия определяется такими факторами, как его движение внутри предприятия, причины перемещения, уровень занятости работников, степень использования оборудования, наличие свободных, вновь создаваемых и ликвидируемых рабочих мест. Человеческий капитал на уровне предприятия, т.е. на микроуровне по отношению к национальной экономике, представляет собой интегральный показатель, совмещающий совокупные характеристики количественных параметров работников предприятия с

* Работа выполнена при поддержке РГНФ, грант № 12-12-59008

¹Karpovich Yu.V., Lepikhina T.L. The policy of using disinfectants in medical organizations of Republic of Kazakhstan” disinfectant, medical organizations.

уровнем квалификации и направления специализации отдельных работников. Помимо перечисленных составляющих человеческого капитала предприятия в последнее время все большее значение приобретает психофизиологическое состояние работника. Возможности максимальной реализации человеком своих способностей, навыков, своего потенциала во многом определяются состоянием его здоровья. В связи с этим здоровье работников считается неотъемлемой и одной из важных характеристик человеческого капитала предприятия.

Проблемы здоровья можно рассматривать как с позиции макро- и микроэкономики, так и на мезо- и наноэкономическом уровне. Здоровье населения складывается под влиянием целого ряда социально-экономических, экологических, природно-климатических условий страны и ее регионов и пр. При этом следует использовать разные индикаторы измерения его масштабов и отличать потенциал здоровья от реального состояния человека и общества. Воздействовать на состояние здоровья населения можно, лишь зная систему факторов влияния, которые представляют собой некий "каскад". Первый (высший) уровень - это факторы, влияющие на популяционное здоровье (в том числе и состояние системы здравоохранения); второй - наиболее крупные агрегаты, воздействующие не столько на популяцию, сколько на индивидов; на третьем - агрегаты детализируются на отдельные компоненты; на четвертом - определяются конкретные патологии.

Исследование, проведенное январе-марте 2013 года на ряде промышленных предприятий Пермского края, целью которого стало исследование культуры здоровьесбережения на предприятии с последующей разработкой рекомендаций по ее совершенствованию и внедрению здоровьесберегающих технологий, показало следующие результаты.

Быть здоровым для большинства опрошенных (87%) означает «быть активным, энергичным, удачливым в делах, быть молодым в любом возрасте», 12% опрошенных считают, что быть здоровым означает «не иметь хронических заболеваний». При этом здоровый образ жизни ведут только 20% опрошенных, 35% считают, что не ведут здоровый образ жизни, 45% затруднились ответить на поставленный вопрос.

По приоритетности факторов, определяющих трудовую мотивацию работника современного предприятия, крепкое здоровье занимает 4 место после материального достатка, нормальных условий труда и доверия и уважения руководства.

Оценка самочувствия работников распределилась следующим образом: только 11,5% считают себя здоровыми, чувствуют себя прекрасно всегда и везде, 73% респондентов в целом чувствуют себя хорошо, однако периодически испытывают перегрузки и ощущение усталости. При этом 85% респондентов отмечают ухудшение самочувствия после окончания рабочего дня. По оценкам респондентов состояние их здоровья на исследуемом предприятии: ухудшилось у 85%, причинами этого 58% называют большой объем выполняемой работы, 8% считают, что это обусловлено изначально плохим состоянием здоровья, и только 19 % причиной видят личную расхлябанность. При этом наиболее важным в сохранении здоровья работников были названы (в порядке убывания важности) следующие факторы: хорошее питание и рабочий график (65%), здоровый морально-психологический климат (54%), условия труда (50%), высокая заработная плата (46%), возможность получения медицинской помощи на предприятии (38,5%), регулярные занятия спортом (27%), экология (31%), отношения в семье (31%), отношения с руководителем (23%), хорошая наследственность (11%). Таким образом, можно увидеть, что приоритетные факторы сохранения здоровья для работающего населения связаны, прежде всего, с предприятием, на котором они работают (питание, рабочий график, заработная плата, условия труда).

В целом результаты исследования свидетельствуют о невысоком уровне культуры здоровьесбережения как на уровне работника, так и на уровне работодателя, формируемой на стыке культуры производства и культуры труда, вызывая необходимость корректировки поведения всех участников трудового процесса, создание для работника информационного поля, мотивирующего его «включенность» в процессы здоровьесбережения.

Обучение работников предприятия основам здоровьесбережения, формирования культуры самосохранения, воспитания активности в отношении здоровья - открытый, творческий процесс, ограниченный ценностными ориентирами общества и доминирующими мировоззренческими установками. Однако результативность данного процесса, который можно назвать формирующимся healthmanagement имеет и определенный экономический эффект.

В связи с этим целесообразным является разработка на современных предприятиях программ по поддержке здорового образа жизни работников, включающих мероприятия по повышению личной ответственности работников за сохранение собственного здоровья, по информированию о поведенческих

факторах риска, стимулирование работников к занятиям физической культурой, поощрение работников, ведущих активный образ жизни и не имеющих вредных привычек, создание инфраструктурных условий для самостоятельного сохранения и укрепления персоналом своего здоровья.

Литература:

1. Экономика здоровья и болезни [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – Режим доступа: <http://hmanagement.narod.ru/Economics.html>
2. Добрынин А.И., Дятлов С.А., Цыренкова Е.Д. Человеческий капитал в транзитивной экономике: формирование, оценка, эффективность использования. – СПб.: Наука, 1999.

УДК 352/354

Г.А. Меньшикова

ПУБЛИЧНОЕ УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ: СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ПРАКТИКИ¹

Современный этап государственного управления за рубежом идентифицируются как Public Administration, что справедливо акцентирует внимание на его главном отличии – включении населения в управление. При таком подходе участие жителей в управлении страной не просто провозглашается, но и реализуется на практике, что отражает возросший уровень их образования, повышение ответственности за судьбу страны, а также возникновение технических возможностей создания открытого информационного пространства благодаря новым технологиям работы СМИ и Интернета.

Публичность как особенность современного управления достаточно полно описана в зарубежной литературе. Так, «акционизм» (готовность к социальному действию) как черту современности актуализировал А.Турен, социальную роль Интернета - М.Кастельс, публичность в целом -М.Буровой, Ю.Хабермас. Зарубежные исследователи (например, Хилгартнер и Боск) выявили практики формирования открытых информационных пространств - публичные арены, с помощью которых формируется новый (публичный) способ принятия управ-

¹Menshikova. Public health Administration: modern technologies and practices.

ленческого решения.

За рубежом Public Administration стало реальностью, хотя и здесь уровень включенности населения в управление невелик. Так, по данным доклада OECD, в 30 развитых странах он не превышает 20%, хотя образованием, здравоохранением, сферой услуг интересуется более широкий круг населения. Понятно, что в нашей стране готовность населения к активной публичной деятельности еще ниже.

Качество работы сферы услуг, образования и медицины являются наиболее близкими, доступными для понимания населения как зарубежных стран, так и России. Здесь созданы следующие публичные арены (области открытого информационного пространства): открытый мониторинг данных о национальных системах здравоохранения (1), рейтинг учреждений здравоохранения по совокупности объективных характеристик (2), «народный» рейтинг качества обслуживания (3), рейтинг врачей (4) и др.

В зарубежных (передовых) странах все названные технологии применяются (широко и успешно), особенно формирование мониторинга о качестве здравоохранения. Он составляется под эгидой многих организаций: ООН, Всемирного банка реконструкции и развития (как составная часть индекса человеческого развития - ИЧР), ОЭСР (организация экономического сотрудничества и развития). Все данные публикуются, что позволяет населению представлять качество функционирования своей национальной системы, сравнивать его результатами других. Приведем название последних 11 отчетов ОЭСР из имеющихся (изданных) 63 по медицинской тематике.

1.«Value in Pharmaceutical pricing», OECD working papers 63, V.Paris, A.Ballon , 2013 (Сравнение цен в фармацевтике).

2.«Health workplace Planning in OECD countries: a review on 26 projected Models from 18 countries», №62,june 2013, T.Ono, G.Lafortune, M.Schoenstein (Кадровое планирование в медицине. Описание 26 экспериментальных проектов).

3.«International Variations in a selected numbers of Surgical Procedures», №61, march 2013,К.МсPherson, G.Gon, M. Scot (Разнообразии в применении хирургических процедур).

4. «Health Spending Growth at Zero: Which countries, Which sectors are most affected», № 60, Jan.2013, D.Morgan, R.Astolfi (Расходы на здравоохранение. Рост с нуля: какие страны и какие сектора больше всего страдают).

5. «Acomparative Analysis of Healh and Forecasting Methods», №59, AstolfiR, Lo-

renzoni L., Oderkirk J (2012) (Сравнительный анализ методов прогнозирования здоровья).

6. «Income Related Inequalities in Health Services Utilization in 19 OECD countries 2008-2009», aug.2011, 58, J.Devaux, M.deLooper (Неравенство в обслуживании как отражение неравенства в доходах).

7. «The Impact of Pay increases on Nurses' Labor Market. A review of Evidence from 4 OECD countries» (aug. 2011), № 57, J.Buchman, St.Black (Влияние повышения заработной платы мед.сестер на изменение рынка труда. Обзор ситуации в 4-х странах ОЭСР).

8. «Description of Alternative approaches to measure and Place a value on Hospital Products in Seven OECD countries» (apr.2011), №56, L.Lorenzoni, M.Pearson (Описание подходов к измерению и оцениванию роли больничного обслуживания в 7 странах ОЭСР).

9. «Mortality Amenable to health care in 31 OECD countries: Estimates and Methodological issues» (June, 2011), №55, J.G.Gay, V.Paris, M.Devaux, G.Lafortune (Уровень смертности, которая могла бы быть преодолена медицинским путем. Оценки и методологические подходы).

10. «Nurses in Advanced Roles: A description and valuation of Experience in 12 developed countries» (July,2010), № 54, M-K.Delamerie, G.Lafortune (Возрастающая роль сестринского ухода. Описание опыта 12 продвинутых стран).

11. «Comparative Price Levels of Hospital Services across countries: Results of Pilot Study, №53, 2010, Fr.Koechin, L.Lorenzoni, P.Schreyer (Сравнительный анализ цен на госпитальные услуги. Результаты пилотного проекта).

Названия опубликованных докладов показывают и их актуальность, и уровень научности. К сожалению, наша страна не принимает участие в этом направлении работы ОЭСР, поэтому данные по России в большинстве из них отсутствуют.

Особый научный интерес, по нашему мнению, представляет содержание доклада 2006г. «Health Care Quality Indicators» (Показатели оценки качества здравоохранения), подготовленного S.G.Armesto, M.L.Lapetra, L.Wei, E.Kelley, and the members of the HCQI Expert group. В нем авторитетные эксперты отобрали (и составили таблицы данных) показатели качества здравоохранения. Они, бесспорно, применимы ко всем странам, включая Россию. В их состав входят:

- Breast Cancer Survival (излечиваемость при раке молочной железы),

- Mammography Screening (доля женщин, сделавших маммографию),
- Cervical Cancer (излечиваемость при раке шейки матки),
- Cervical Cancer Screening (скрининг рака шейки матки),
- Colorectal Cancer (смертность от колоректального рака),
- Incidence of Vaccine Preventable Diseases (Доля болезней, вакцинируемых в стране, в общем потенциальном объеме),
- Coverage for basic vaccination (доля населения, прошедших вакцинацию)
- Asthma Mortality rates (смертность при астме),
- AMI 30-days case fatality rates (смертность при ишемической болезни сердца в первые 30 дней),
- Stroke 30-days fatality rates (смертность от инсульта в первые 30 дней),
- Waiting time for femur fractality (продолжительность ожидания на замену бедренной кости),
- Influenza vaccination for adults over 65 (охват вакцинацией от гриппа населения старше 65 лет),
- Smoking rates(доля курящего населения),
- Patients with Diabets (доля диабетиков),
- Retional Exams in Diabet (доля диабетиков, которые постоянно проверяют содержание сахара).

Доклад состоит из 55 таблиц, раскрывающих статистику по названным индикаторам, что позволяет выделить национальные проблемы и успехи в здравоохранении.

Если публичная отчетность является традиционно слабым местом национального управления здравоохранения, то освоение и применение ИКТ – относительно успешная область. Все учреждения здравоохранения имеют свои сайты, предоставляющие населению информацию о текущей работе: место расположения, список врачей и часы их приема. Они осуществляют запись на прием к специалисту, принимают пожелания и жалобы пациентов.

Опишем в соответствии с мировыми критериями качество сайта российского министерства здравоохранения. По большинству параметров его можно отнести к уровню Web-2, т.е, это уже не «сайт-витрина», а «сайт - работающий функционал». При этом до 3-го уровня, отражающего степень привлечения населения к участию в управлении здравоохранением, еще далеко.

Так, основными структурными блоками сайта являются:

- новости министерства, содержащие краткое описание проводимых совеща-

- ний, брифингов руководителей и др (1),
- общие сведения о министерстве и его структурных звеньях (2),
 - банк документов внутреннего пользования, включая кодировку актов, облегчающую поиск (3),
 - общественная приемная, предлагающая форму обращения населения, равно как и возможность контроля за процедурой прохождения своего заявления по инстанциям... (4),
 - мероприятия (перечень с фильтром по типам) (5),
 - контакты (телефоны, контактные данные учреждений, банковские реквизиты, свободные вакансии) (6).

Популярность сайта прослеживается через количественную статистику ежедневных обращений, классифицируемых как по видам поиска, так и по сути проблем. Оценивая сайт по параметрам, предложенным Website Attribute Evaluation System (прозрачность, интерактивность, полнота, доступность), нельзя не признать его соответствия уровню Web-2.

При этом он, как и в целом российские сайты, недостаточно инициирует участие населения. Так, все три сегмента «Открытого министерства» проработаны недостаточно. В разделе «Общественные слушания» -первый сегмент- приведены проекты законов, предлагаемых для обсуждения, однако, в нем не содержатся ни мнений авторитетных экспертов, что полагает зарубежная практика, ни премиальных бонусов участникам. Опять же, предлагая обсудить «Личный кабинет пациента», целесообразно представить хотя бы какое-то предварительное обоснование его целесообразности.

Раздел «Общественный диалог» - второй сегмент – содержит запрос на предложения по оценке качества работы учреждений здравоохранения, что лишь имитирует готовность к сотрудничеству. Неясно, зачем спрашивать у населения то, что уже разработано наукой. Опять же оценка качества – проблема науки, экспертов, а не населения.

Раздел «Общественный контроль» - третий сегмент – также представлен по формальной схеме: антикоррупционные законы, протоколы заседаний Общественного совета из представителей общественных организаций в здравоохранении, приведен перечень внештатных специалистов (экспертов?), составленный из руководителей учреждений здравоохранения. Представляется, что для больного-пациента места в разделе «Открытое пространство» нет.

Мировая практика соучастия населения в решении проблем здравоохранения

выявила следующие формы: обязательные отчеты первых лиц государства о качестве медицины в стране (1), ежегодные (квартальные) отчеты министров здравоохранения (руководителей крупнейших больниц (клиник) (2), публикации результатов экспертизы этих отчетов специалистами (3), публичные слушания законов (документов), включая те, которые относятся к вопросам сохранения здоровья и распространения принципов здорового образа жизни (4), участие в выборах руководителей учреждений здравоохранения при местных органах управления и власти (5), оперативная коммуникация людей с учреждением (запись на прием к врачу, возможность пожаловаться или высказать предложения администрации) (6), участие в «народных» рейтингах учреждения или врача (7) и др.

Если за рубежом практика участия населения институционализована: созданы формы учета мнения населения и центры, которые аккумулируют информацию (1), сформулированы и опубликованы требования к отчетности руководителей (2), составлены коды информационных потоков, что облегчает процедуру их поиска (3), сформированы независимые профессиональные ассоциации, занимающиеся помимо прочего и экспертизой (4). В нашей стране процесс институционализации практик публичного управления здравоохранением лишь начинается.

Ключевые слова: публичность, публичное управление, открытое пространство, национальные рейтинги качества здравоохранения, народные рейтинги, обязательные отчеты.

Key words: publicity, public administration, open space communication, national health routings, people routings, obligatory reports.

*В.А. Никонов, Н.А. Мозжухина,
Д.П. Хомуло, Г.Б. Еремин*

**НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАПРЯЖЕННОГО ЗРИТЕЛЬНОГО ТРУДА
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ¹**

*Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, vitali_alb@ mail.ru*

При выполнении медицинской деятельности значительная часть её относится к категории напряженного зрительного труда. Оказание медицинских услуг сопровождается высоким психо-эмоциональным напряжением, вызываемым ответственностью за выполняемую работу, зачастую при значительном дефиците времени, в неблагоприятных условиях труда [1-3].

Исследование проводилось в хирургическом отделении многопрофильной больницы. Для оценки условий труда и трудового процесса использовались общепринятые гигиенические методы, с учетом Р 2.2.2006-05 «Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда». В дополнение к стандартному подходу углубленно изучались условия искусственного освещения рабочих мест врачей – хирургов, и других специалистов, в том числе по данным анкетирования работающих. Проведена оценка психо-эмоционального состояния работающих с использованием теста САН и определения ситуативной и личностной тревожности по методу Спилбергера в модификации Ханина в динамике рабочего дня.

По данным гигиенической оценки условия трудовой деятельности врачей- хирургов можно отнести к вредным условиям труда (класса 3.2-3.3 согласно Р 2.2.2006-05) .Эта оценка определяется значительной тяжестью и напряженностью труда, обусловленной особенностью профессиональной деятельности, а также воздействием ряда физических, химических и биологических факторов. Искусственное освещение реализовано существующей с момента последней реконструкции осветительной установкой. Действующим СанПиН

¹ V.A. Nikonov, N.A. Mozzhukhina, D.P. Khomulo, G.B. Yeremin. Some features of visual stress of health care workers.

2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» повышены требования к количественным и качественным характеристикам искусственной освещенности на рабочих местах врачей–хирургов, и других специалистов. По данным анкетирования субъективная оценка условий освещения оценивалась как удовлетворительная большинством работающих, однако результаты объективных исследований освещения на ряде рабочих мест не отвечают требованиям по обеспечению величины коэффициента пульсации, отмечается неравномерность освещенности рабочей зоны, не отвечающая требованиям нормативных документов.

В динамике рабочей смены отмечалось изменение психо-эмоционального состояния работающих по показателям «самочувствие, активность, настроение», свидетельствующее о неблагоприятном воздействии высокой напряженности и тяжести трудового процесса и факторов производственной среды.

По результатам выполненной работы предложен комплекс профилактических мероприятий.

Выводы :

1. Условия труда врачей - хирургов относятся к категории вредных условий труда (класса 3.2-3.3)

2. Деятельность врачей–хирургов связана с значительным зрительным напряжением, недостатки искусственного освещения на рабочих местах существенно влияют на выполнение профессиональной деятельности.

3. Оценка динамики психо-эмоционального состояния показала необходимость внедрения комплекса профилактических мероприятий.

Литература.

1.Еремин Г.Б. Здоровьесберегающие технологии для лиц, осуществляющих медицинскую деятельность со значительным напряжением зрения / Г.Б. Еремин, Н.А. Мозжухина, В.А. Никонов, И.О. Глобин. Состояние и актуальные вопросы гигиенического обучения и воспитания военнослужащих / Матер. Всерос. науч.–практ. конф. СПб, 2013. С.119.

2.Сутырина О.М. Некоторые аспекты состояния здоровья медработников крупного многопрофильного стационара / И.А. Катаева, О.М. Сутырина / Сб. матер. республ. Конф. мол. ученых Республ. Башкортостан. Уфа: ГОУ ВПО БГМУ, 2010. С.118-119.

3. Профессиональная заболеваемость медицинских работников / В.В.

Косарев, С.А. Бабанов. М.: Инфра-М, 2013. 175с.

Ключевые слова: условия труда, зрительное напряжение, врачи-хирурги, искусственное освещение, психо-эмоциональное состояние.

Key words: occupational factors, eyestrain, surgeons, lightening, psycho-emotional state.

УДК 35.075:339.543

О.И. Ушакова

**УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНОВ
МУНИЦИПАЛЬНОЙ ВЛАСТИ В СФЕРЕ ОХРАНЫ
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ**

*Национальная академия государственного управления
при Президенте Украины, г. Киев, Украина, solonenko_12@ukr.net*

Введение. Современное состояние деятельности муниципальных органов, органов местного самоуправления в сфере охраны общественного здоровья не отвечает общественным потребностям, о чем свидетельствуют неудовлетворительное состояние здоровья территориальных общин, неэффективность механизмов финансовой защиты граждан в случае заболевания, низкая эффективность экономической деятельности отрасли, недостаточное удовлетворение потребностей территориальных общин в услугах здравоохранения [1-3].

Материал и методы. Изучались показатели состояния общественного здоровья в отдельных административных территориях в Украине, особенности деятельности органов местной власти, в частности управленческие решения в сфере здравоохранения, компетенции специалистов.

Результаты. Проведенный анализ свидетельствует о существенных отличиях состояния общественного здоровья в отдельных регионах Украины. За последние 15 лет межрегиональная стратификация по показателю средней ожидаемой продолжительности жизни выросла на 133%, естественного сокращения населения – на 38%, а смертность от несчастных случаев, отравлений и травм – на 25%. По данным 2011-2012 гг., разность средней ожидаемой продолжитель-

ности жизни между отдельными регионами Украины среди всего населения составляет 4,89 лет; среди мужчин – 6,15 лет и среди женщин – 4,3 года.

Обоснована необходимость эволюции деятельности органов местного самоуправления, как распорядителя средств государственного и местных бюджетов, в стратегического заказчика услуг здравоохранения в соответствии с потребностями территориальной общины. Доказана целесообразность перестройки организационно-правовых принципов деятельности учреждений здравоохранения как поставщиков услуг с бюджетных организаций в коммунальные предприятия, деятельность которых базируется на принципах управленческой автономии и финансовом плане, в отличие от традиционного постатейного сметного финансирования по кодам экономической классификации. Обоснована необходимость внедрения договорных отношений между заказчиком – органом местного самоуправления и поставщиками услуг здравоохранения, а именно разграничение управления и финансирования от предоставления услуг.

Определенно, что государственная политика в сфере общественного здравоохранения в современных условиях должна базироваться на равных возможностях для всех, в частности привлечения граждан к разработке, внедрению и контролю над выполнением управленческих решений, а также к развитию межотраслевых взаимосвязей в государственном управлении охраной общественного здоровья. Межотраслевые взаимосвязи не могут развиваться в пределах традиционных технологий управления. Нужны новые функциональные и структурные возможности управления, к которым в первую очередь относятся межотраслевые подходы.

Доказано, что соответствие руководителей органов государственного управления и местного самоуправления, а также системы здравоохранения, новым общественным тенденциям и требованиям требует новой компетентности, новых знаний, навыков и умений.

Выводы. Таким образом, разработаны научные положения и получены результаты, которые обосновывают теоретико-методологические принципы и практические рекомендации по повышению эффективности деятельности органов местного самоуправления в сфере здравоохранения территориальной общины соответственно современными потребностями, направленными на улучшение качества трудового потенциала и территориального развития.

Литература:

1. Портер М. Переосмысление системы здравоохранения / М.Портер, Э. Тайсберг // Пер. с англ. – К.: Из-во А. Капусты, 2007. – 592 с.
2. Тульчинский Т.Г. Новое общественное здравоохранение: введение в современную науку / Т.Г. Тульчинский, Е.А. Варавикова. – Москва-Иерусалим, 1999. – 1026 с.
3. Шейман И.М. Зарубежный опыт интеграционных процессов в здравоохранении // Менеджер здравоохранения. – 2012. – №7. – С. 32-40; №8. – С. 19-25.

Ключевые слова: местное самоуправление, охрана здоровья, общественное здравоохранение, стратегический заказчик услуг, договорная модель, территориальная община.

Key words: local self-government bodies, public health, contracting model, local level, local community.

И. И. Цанько

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ РЕФЕРЕНТНОГО ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ В УКРАИНЕ И АНАЛИЗ ВЫБОРА ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ ВРАЧАМИ

Вступление. Рост распространенности гипертонической болезни в сочетании с ростом цен на гипотензивные средства диктует необходимость постоянного мониторинга расходов на лечение гипертонической болезни и осуществление мероприятий по экономической их доступности.

Материалы: Медицинские карты амбулаторных больных (ф. 025/о), официальные данные Министерства здравоохранения Украины.

Методы: Медико-статистический, экономический, экспертных оценок.

Результаты исследований. С целью внедрения европейского подхода к государственной регуляции цен на лекарственные средства и повышения их экономической доступности был основан пилотный проект для больных гипертонической болезнью, в котором определено 7 международных непатентованных наименований лекарственных средств отечественного производства. С целью повышения экономической доступности лекарств пациентам с гипертонической болезнью принято решение регулировать отпускные оптовые цены с ис-

пользованием механизма референтного ценообразования.

Учитывая динамику роста цен на гипотензивные препараты, целесообразным является сравнение цен на идентичные или подобные лекарственные средства в других странах и на внутреннем рынке, что заложено в основу референтного ценообразования большинства европейских стран.

Результаты комплексного социально-гигиенического исследования показали, что назначение врачами основных групп гипотензивных препаратов отвечает рекомендациям Украинской и Европейской ассоциаций кардиологов и локальному протоколу предоставления медицинской помощи больным с гипертонической болезнью. Установлено, что среди всех назначений на ингибиторы АПФ приходится 35%, на диуретики - 31 %, антагонисты Са - 15 %, β -блокаторы - 12%, блокаторы рецепторов ангиотензина II – 6 %, на другие - 2 %.

Установлено, что достоверно чаще назначались схемы лечения гипертонической болезни, которыми предусмотрены 2-3 препарата (52,0 \pm 1,6%), каждый пятый получали один препарат (21,0 \pm 1,5 %), четыре препарата получали 9,0 \pm 1,9 % пациентов.

Среди гипотензивных препаратов, которые предназначались для лечения гипертонической болезни, 38 % принадлежали производству стран Евросоюза, 36% были индийского производства, 26% - украинского производства. Соотношение средней суммы препаратов стран Евросоюза, индийского и отечественного производства, при монотерапии составляет 2,77: 1,89 :1, двумя препаратами - 3,25: 1,29: 1, тремя - 3,58:1,42:1. При этом, сроки достижения целевых значений уровня артериального давления не короче при использовании препаратов стран Евросоюза, и равнозначные - в случаях применения препаратов индийского и отечественного производства (17 \pm 1,2; 24,0 \pm 1,4 и 25 \pm 1,5 соответственно). Следовательно, лечение отечественными препаратами в среднем в три раза дешевле лечения препаратами зарубежных производителей. Кроме этого, отечественные препараты не только экономически выгодны, но и не уступают по клиническим эффектам иностранным.

Выводы. Результаты работы доказывают клиническую и экономическую эффективность гипотензивных препаратов отечественного производства и упрощают врачам избрание рациональной тактики во время назначения гипотензивной терапии больному в зависимости от его финансовых возможностей.

ЕДИНОЕ ИНФОРМАЦИОННОЕ ПРОСТРАНСТВО РЕАБИЛИТАЦИИ¹

*ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта Минтруда России,
Санкт-Петербург, Россия, besstjan@mail.ru*

Введение. В настоящее время в России существуют барьеры на пути реализации и развития потенциала инвалидов (в стране 12,8 млн. инвалидов [1]). Люди с инвалидностью имеют более низкие показатели здоровья, более высокие показатели бедности, менее экономически активны и испытывают трудности в получении образования. Отчасти это связано с тем, что они сталкиваются с барьерами, усложняющими доступ к услугам в здравоохранении, образовании, занятости, транспорте, а также доступности информации [2]. Для выхода из сложившейся ситуации необходима организация комплексной системы реабилитации, учитывающей как потребности населения, так и экономические возможности государства. Управление с применением современных информационных технологий на уровне реабилитационного учреждения, субъекта Российской Федерации и государства в целом способствует принятию обоснованных решений и повышению эффективности работы реабилитационных учреждений за счет улучшения качества работы специалистов и обслуживания населения, стандартизации реабилитационных методик, развития реабилитационных услуг. Обеспечение равных условий развития человеческого потенциала в разных субъектах Российской Федерации облегчается при использовании национальных стандартов по формированию единого информационного пространства реабилитации [3].

Материал и методы. Элементом единого информационного пространства реабилитации является информационная система реабилитационного учреждения. Совокупность элементов образует систему информационного обеспечения реабилитационных учреждений. Она должна поддерживать документооборот, формирование банков данных реабилитируемых лиц и их потребностей, разработку и контроль выполнения программ реабилитации на уровне учреждения,

¹ A.V. Shoshmin, Y.K. Besstrashnova, T.V. Zima. Unified information space of rehabilitation.

субъекта Российской Федерации и государства в целом. Формирование единого информационного пространства реабилитации обуславливает необходимость разработки комплекса национальных стандартов, устанавливающих требования к применению информационных технологий.

Стандартизация в данной области способствует решению следующих задач:

- повышению уровня безопасности жизни и здоровья реабилитируемых лиц;
- развитию и применению новых форм реабилитации, помогающих раскрытию потенциала реабилитируемых лиц;
- подтверждению соответствия процессов и услуг реабилитационных учреждений национальным стандартам;
- обеспечению поставки высококачественной продукции и выполнения работ для реабилитационных учреждений;
- обеспечению информационной и технической совместимости различных объектов, применяемых в реабилитационных учреждениях;
- повышению эффективности использования ресурсов в реабилитационных учреждениях.

Результаты. Предлагаемый национальный стандарт информационного обеспечения реабилитационных учреждений предназначен для применения работниками данных учреждений, разработчиками информационных систем, государственными органами исполнительной власти, техническими комитетами по стандартизации и другими заинтересованными лицами.

Заключение. Стандартизация информационного обеспечения реабилитационных учреждений позволит принимать обоснованные управленческие решения и будет способствовать повышению качества реабилитации инвалидов, что приведет к появлению новых возможностей для развития потенциала инвалидов.

Литература:

1. Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации. О реализации мер, направленных на развитие трудовой занятости инвалидов. Информация от 03.04.2013. <http://www.rosmintrud.ru/docs/mintrud/migration/12>.
2. Всемирный доклад об инвалидности. Резюме. Всемирная организация здравоохранения, 2011. http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/ru/.
3. Организационные и экономические аспекты реабилитации инвалидов / А.В. Шошмин, Н.В. Мартынова, Я.К. Бесстрашнова, Т.В. Зима // Социальная

политика и социальное партнерство, № 2, 2010, С. 42-46.

Ключевые слова: реабилитация, инвалиды, управление, информационное обеспечение, стандарт.

Keywords: rehabilitation, persons with disabilities, management, information support, standard.

ГЛАВА V

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

УДК 616.33-002.27

А.Н. Шишкин

ПОКАЗАТЕЛИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ВНУТРЕННИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ¹

*Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург, alexshishkin@mail.ru*

В последние годы появились исследования, указывающие на взаимосвязи нарушения питательного (нутриционного) статуса, воспаления и атеросклероза (кардиоваскулярных и цереброваскулярных событий). В основном нутриционный статус необходимо определять для диагностики белково-энергетической недостаточности и контроля ее лечения или прогрессирования, для прогнозирования течения различных заболеваний (хроническая болезнь почек, терминальная стадия; муковисцидоз; сердечная недостаточность и т.п.) и оценки риска оперативных и небезопасных методов лечения (химиотерапия, лучевая терапия и др). Снижение массы тела на 6% и более у пациентов с ХСН является фактором, отрицательно влияющим на выживаемость. Итогом истощения является повышение функционального класса ХСН, прогрессирующая неадекватность функции внешнего дыхания, снижение иммунитета и летальный исход. Низкий индекс массы тела (ИМТ) является одним из главных независимых факторов риска повторных госпитализаций и смертности больных с ХСН.

Проведённое нами исследование 62 пациентов с сердечной недостаточностью выявило, что снижение тощей массы тела не зависит от пола больного, функционального класса недостаточности, длительности заболевания и определяет тяжесть его течения. Расчетные росто-весовые индексы (ИМТ, отклонение фактической массы тела от рекомендуемой) для группы больных ХСН являют-

¹Shishkin A.N. Malnutrition markers in patients with internal diseases.

ся "поздними" маркерами изменения нутриционного статуса. При снижении тощей массы тела статистически достоверно снижается общий белок и повышается креатинин крови, что может указывать не только на диагностическую важность, но и на патогенетическую роль этих показателей, и подтверждает катаболический сдвиг в обмене веществ у больных хронической сердечной недостаточностью. Детальная оценка состава тела является намного более точным и ранним методом, позволяющим улавливать изменения состава тела пациентов на ранних этапах развития недостаточности питания.

У пациентов с хронической болезнью почек, получающих лечение диализом, выявляются разнообразные нарушения гомеостаза вследствие недостаточности питания. Данный факт объясняется причинами, обусловленными уремией, а также рядом особенностей процедуры гемодиализа (ГД). К ним относятся: потери белка, аминокислот, глюкозы, водорастворимых витаминов в диализат, которые возрастают при использовании биологически несовместимых мембран и многократной отмывки диализаторов; недостаточная адекватность диализа, способствующая диспепсии; эндокринные расстройства в виде снижения биологической активности анаболических гормонов - инсулина, соматотропина, инсулиноподобного фактора роста¹, и увеличения циркулирующего пула катаболических гормонов, таких как глюкагон, паратиреоидный гормон; низкая физическая активность гемодиализных больных; сопутствующие заболевания, центральное место среди которых занимают заболевания желудочно-кишечного тракта, нередко сопровождающиеся кровотечениями, нарушением аппетита, ситофобией, мальдигестией; депрессивные состояния, расстройства сна; лечение различными медикаментами, которые влияют на аппетит и состояние питания в целом; потери крови, связанные с процедурой ГД.

При исследовании 102 пациентов, получающих заместительную почечную терапию, выявлена достоверная положительная корреляция между атрофией слизистой оболочки желудка и основными показателями недостаточности питания. При прогрессировании атрофических изменений достоверно происходит достоверное снижение мышечной и жировой массы тела, что может свидетельствовать о патогенетической роли атрофии слизистой оболочки желудка в развитии недостаточности питания.

Недостаточность питания у пациентов с внутренней патологией является масштабной медицинской проблемой, междисциплинарный характер которой требует объединения усилий врачей различных специальностей (терапевтов,

кардиологов, эндокринологов, нефрологов, гастроэнтерологов).

Ключевые слова: недостаточность питания, сердечная недостаточность, хроническая почечная недостаточность, гемодиализ.

Key words: poor nutrition, heart failure, chronic renal failure, haemodialysis.

УДК 612.2.2

В.Н. Ананьев

МЕХАНИЗМЫ ГИПОБИОЗА ПРИ ДЕЙСТВИИ АРГОНА И КРИПТОНА НА ПОГЛОЩЕНИЕ КИСЛОРОДА В ЗАМКНУТОМ ПРОСТРАНСТВЕ¹

*ГНЦ РФ Институт медико-биологических проблем РАН, г. Москва,
noradrenalin1952@mail.ru*

Введение. Классическим примером гипометаболической жизнедеятельности могут служить известные в природе состояния естественной спячки (суслики, хомяки) или ее аналога – искусственного гипобиоза (крысы, кролики), которые имеют сходные показатели. При гипобиозе снижается активность организма, уменьшается потребление кислорода и значительно возрастает выживаемость при различных травмах и при ряде заболеваний. При гипобиозе уменьшаются эффекты старения организма. Поэтому, исследование веществ вызывающих гипобиоз важно как для практической медицины, так и для фундаментальной науке. В своей работе мы изучали влияние инертных газов на поглощение кислорода при постепенном уменьшении концентрации кислорода. Само название - инертные газы [12] предполагает, что они не будут влиять на живые организмы. Но известно, что газ азот под давлением у аквалангистов вызывает “азотное опьянение“ [11], газ ксенон вызывает даже наркоз [5]. Газ аргон эффективен для составления пожарно-безопасных газовых смесей с низким содержанием кислорода [9]. Изучение потребления кислорода в замкнутом пространстве может моделировать ситуации нахождения человека в космическом корабле, подводной лодке, ситуации после землетрясений при разрушении и

¹Ananьев V.N.Gypobiosis mechanisms at effect of argon and krypton on oxygen absorption in the closed space.

изоляции человека. Потребление кислорода организмом является одной из главных функций живой природы [8, 10]. В настоящее время достаточно подробно изучен вопрос потребления кислорода в покое и при физической нагрузке [3; 4; 6; 10]. Но сравнительно мало данных о динамике потребления кислорода в заведомо замкнутом пространстве при его потреблении организмом до предельного уровня. Нет комплексных полных данных потребления кислорода в замкнутом пространстве камеры до его полного потребления организмом при заполнении камеры аргоном, криптоном [6; 9; 10]. Поэтому, целью этой работы было исследование динамики потребления кислорода в замкнутом пространстве у крыс в среде различных инертных газов.

Материал и методы. В опытах использовались лабораторные животные крысы. Крыса помещалась в изолированную газонепроницаемую камеру, которая имела штуцеры входа газа и выхода. Камера заполнялась воздухом, воздух прокачивался воздушным насосом через датчики кислорода и опять возвращался в камеру. Таким образом, концентрация кислорода постепенно уменьшалась. С датчиков газа напряжение преобразования подавалось на аналого-цифровой преобразователь (АЦП) и вводилось и регистрировалось на компьютере [1; 2]. Частота записи измерения показаний была равна одной секунде. В каждой точке проводилось 100 измерений, записывалась средняя величина, определялись различные статистические показатели. С помощью программного обеспечения определялось количество потребленного кислорода в одну минуту на кг веса в минуту и другие параметры. Когда компьютер показывал, что потребление кислорода в течение 2-3 минут не возрастает, раздавался сигнал тревоги, в камеру закачивали воздух и опыт прекращался, что предотвращало гибель животного. В результате, мы полностью исключили потерю животных в опыте. Для исследования брали газовые смеси – воздух (азота 80%, кислорода 20%), кислородно-аргоновую смесь (кислорода 20%, аргона 80%), кислородно-криптоновую смесь (кислорода 20%, криптона 80%). Выдыхаемый углекислый газ поглощался натронной известью. Изучалось влияние на потребление кислорода транквилизатора (бензодиазепины) [7] медазепамы и медазепамы с инертными газами, механизм действия которого состоит в усилении ГАМК-эргического торможения.

Результаты исследования. В опытах использовались крысы 400+-50 грамм. В контрольной группе и на фоне аргона проведено по 25 опытов. Камера была изготовлена из стекла и имела объем 1850 мл. Поглощение кислорода в

контроле (рис.1) за 30 минут было 18.85 +/- 0,5 мл/кг/мин. Поглощение кислорода в аргоне за 40 минут было 14.95 +/- 0,7 мл/кг/мин. В аргоне уменьшилось потребление кислорода (рис.1) на 26,7% (при P<0,05). Время максимального выживания в аргоне увеличилось на 33.3% (при P<0,05).

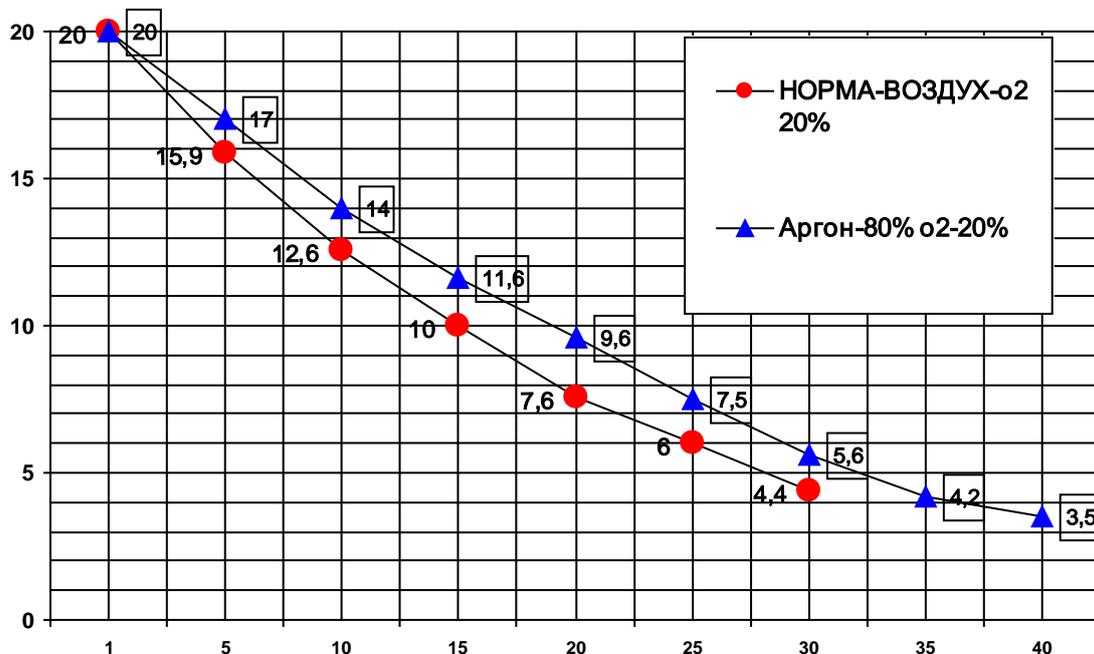


Рисунок 1. Поглощение кислорода крысой в замкнутой камере в воздухе (азот 80%, кислород 20% -контроль) и в среде аргона (аргон 80%, кислород - 20%). По оси абсцисс: - время опыта в минутах. По оси ординат: - концентрация кислорода в процентах (%) в камере с крысой. В опыте с 5 по 40 минуту различия между контролем и аргонем достоверны (P<0,05).

На фоне криптона проведено 22 опыта. Поглощение кислорода в контроле за 30 минут было 18.85 +/- 0,5 мл/кг/мин. Поглощение кислорода в криптоне за 55 минут было 10.87 +/- 1,3 мл/кг/мин. В криптоне (рис.2) уменьшилось потребление кислорода на 42,3%, или в 1.73 раза (при P<0,05) по сравнению с контролем. Время максимального выживания в криптоне увеличилось на 83.3% или в 1,83 раза по сравнению с контролем (при P<0,05).

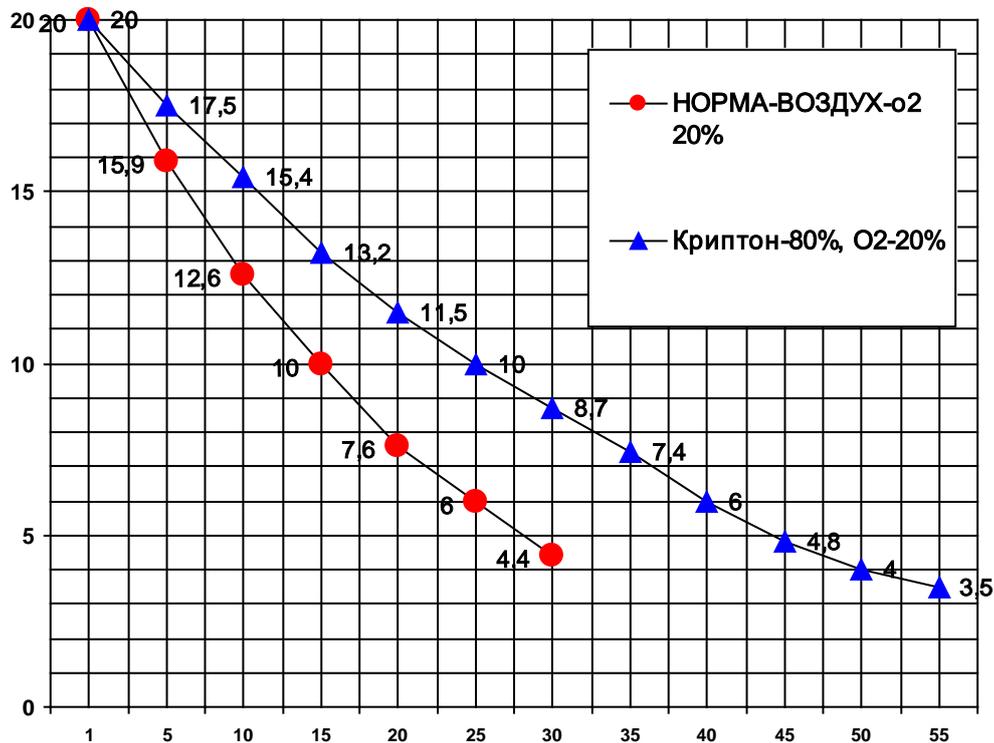


Рисунок 2. Поглощение кислорода крысой в замкнутой камере в воздухе (азот 80%, кислород 20% -контроль) и в среде криптона (криптон 80%, кислород - 20%). По оси абсцисс: - время опыта в минутах. По оси ординат: - концентрация кислорода в процентах (%) в камере с крысой.

Поглощение кислорода после медазепама (рис.3) за 135 минут было 4,57 +/- 0,8 мл/кг/мин. После медазепама потребление кислорода составило 24% от контроля, это в 4.12 раза (при $P < 0,05$) меньше контроля. Время максимального выживания после медазепама составило 450% от контроля, или в 4,5 раза больше по сравнению с контролем (при $P < 0,05$).

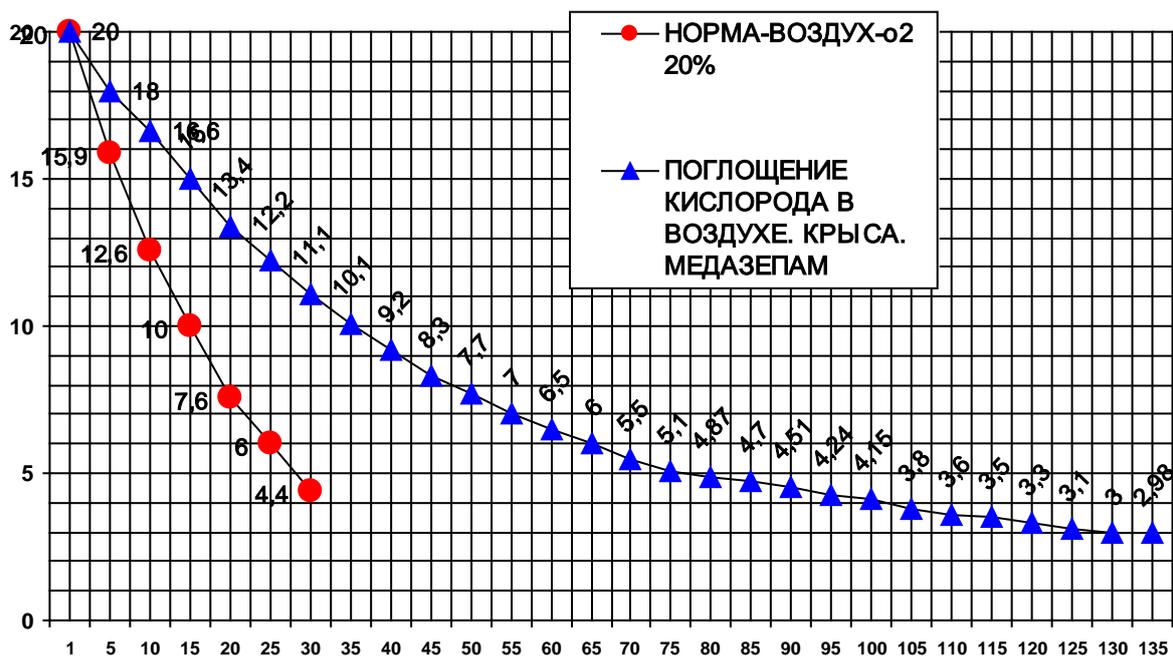


Рисунок 3. Поглощение кислорода крысой в замкнутой камере в воздухе (азот 80%, кислород 20% -контроль) и после медазепам (бензодиазепины) 2мг/кг при внутрибрюшинном введении. По оси абсцисс: - время опыта в минутах. По оси ординат: - концентрация кислорода в процентах (%) в камере с крысой.

Обсуждение результатов.

Проведенные нами опыты показали, что величина потребления кислорода в замкнутом пространстве животными не постоянная, постепенно потребление кислорода уменьшается, и больше выражено в дыхательных смесях с инертными газами (таблица 1) [1, 2].

Поглощение кислорода в в воздухе (контроль) за 30 минут было 18.85 мл/кг/мин.

Поглощение кислорода в аргоне за 40 минут было 14.95 мл/кг/мин. В аргоне уменьшилось потребление кислорода на 26,7% (при $P < 0,05$). Время максимального выживания в аргоне увеличилось на 33.3% (при $P < 0,05$).

Таблица 1. Изменение величин потребления кислорода в нейтральных газах и при введении транквилизатора медазепам.

Показатели	Кислород мл/кг/мин Поглощение	Уменьшение потребления кислорода по срав. с контролем	Максимальное время выживания в камере
Контроль- О ₂ -20%, Азот-80%	18,85±0,5 мл/кг/мин		30 минут
Аргон-80%, О ₂ -20%	14,95±0,7 мл/кг/мин	< 1,26 раз	40 минут
Криптон-80% О ₂ -20%	10,87±1,3 мл/кг/мин	<1,75 раз	55 минут
Медазепам	4,57±0,8 мл/кг/мин	<4,15 раз	135 минут

Поглощение кислорода в криптоне за 55 минут было 10.87 мл/кг/мин. В криптоне уменьшилось потребление кислорода на 42,3%, или в 1.73 раза (при $P < 0,05$) по сравнению с контролем. Время максимального выживания в криптоне увеличилось на 83.3% или в 1,83 раза по сравнению с контролем (при $P < 0,05$).

Поглощение кислорода после медазепам за 135 минут было 4,57 мл/кг/мин. После медазепам потребление кислорода составило 24% от контроля, это в 4.12 раза (при $P < 0,05$) меньше контроля. Время максимального выживания после медазепам составило 450% от контроля, или в 4,5 раза больше по сравнению с контролем (при $P < 0,05$). Медазепам относится к транквилизаторам, механизм действия которых происходит за счет усиления ГАМК – торможения. Основным для транквилизаторов (бензодиазепины) является анксиолитический эффект [7], что проявляется в уменьшении внутреннего напряжения, устранение беспокойства, тревоги, страха, они подавляют ретикулярную формацию, способствуют наступлению сна, потенцируют угнетение ЦНС. Все эти механизмы ведут к снижению потребления кислорода после действия транквилизаторов. В наших исследованиях инертные газы, как и медазепам снижали потребление кислорода, но в меньшей степени. Проведенные нами опыты показали, что на фоне медазепам аргон и криптон не проявляли своего действия, а это значит, что аргон и криптон по механизму действия подобны медазепаму – они усиливают ГАМК-эргическое торможение в нервной системе как и

транквилизаторы [13, 14].

Поэтому, газы аргон и криптон могут использоваться в практической медицине по тем же показаниям, как и транквилизаторы [13, 14].

Выводы. Данные опытов показали, что аргон и криптон уменьшают потребление кислорода организмом животного и этот эффект усиливается при снижении концентрации кислорода. Наши исследования доказали, что физиологическим механизмом этого действия нейтральных газов является то, что нейтральные газы усиливают ГАМК-эргическое торможение. Поэтому, областью применения нейтральных газов могут быть те же показания, что и для транквилизаторов. Но в отличие от транквилизаторов нейтральные газы прекращают свое действие после прекращения подачи, а у транквилизаторов действие после приема очень длительное.

Литература:

1. Ананьев В.Н. Изменение поглощения кислорода в замкнутом пространстве при дыхании инертными газами // XII Всемирный конгресс «Здоровье и образование в XXI веке». Москва, РУДН, 7- 10 декабря 2011. С. 15-18.
2. Ананьев В.Н. Влияние инертных газов аргона и криптона на поглощение кислорода в замкнутом пространстве у крыс // Фундаментальные исследования.-2012.- N1. С.11-13.
3. Дудко В.А., Соколов А.А. Моделированная гипоксия в клинической практике.- Томск, 2000.
4. Бгатов В.И. История кислорода земной атмосферы. М., 1985.
5. Буров Н.Е., Потапов В.Н., Макеев Г.И. Ксенон в анестезиологии. М., 2000. -356 с.
6. Вдовин А.В., Ноздрачева Л.В., Павлов Б.Н. Показатели энергетического метаболизма мозга крыс при дыхании гипоксическими смесями, содержащими азот или аргон // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. 1998. Том № 6. С. 618 – 619.
7. Машковский М.Д. Лекарственные средства. – 2000.- Т 1.- 543 с.
8. Павлов Б.Н., Солдатов П.Э., Дьяченко А.И. Выживаемость лабораторных животных в аргон-содержащих гипоксических средах // Авиационная и экологическая медицина. 1998. Т.32, № 4. С.33 – 37.
9. Павлов Н.Б. Аргон – биологически активный компонент газовой среды // Авиакосмическая и экологическая медицина. 2006. №6. С. 15 – 18.
10. Проссер Л. Сравнительная физиология животных. Том 1. М., 1977.

11. Смолин В.В., Соколов Г.М., Павлов Б.Н., Демчишин М.Д. Глубоководные водолазные спуски и их медицинское обеспечение. Т.2. М., 2004.
12. Финкельштейн Д.Н. Инертные газы. М., 1979г. 150 с.
13. David HN, Haelewyn B, Degoulet M, Colomb DG Jr, Risso J-J, et al. Ex Vivo and In Vivo Neuroprotection Induced by Argon When Given after an Excitotoxic or Ischemic Insult//. PLoS ONE.-2012. Volume 7(2).-С.1-6.
14. Loetscher PD, Rossaint J, Rossaint R, Weis J, Fries M, et al. Argon: neuroprotection in in vitro models of cerebral ischemia and traumatic brain injury// Critical Care.- 2009.- N13: С.206.

Ключевые слова: гипобриоз, бензодиазепины, потребление кислорода, замкнутое пространство, кислород, азот, аргон, криптон, крысы.

Key words: hypobiosis, benzodiazepines, the oxygen consumption, the closed space, oxygen, nitrogen, argon, krypton, rats.

УДК 612.82.015

В.Н. Ананьев

ИЗМЕНЕНИЕ РЕАКТИВНОСТИ СИСТЕМНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ К АДРЕНАЛИНУ ПОСЛЕ 30 ДНЕЙ АДАПТАЦИИ К ХОЛОДУ¹

*ГНЦ РФ Институт медико-биологических проблем РАН,
Москва, noradrenalin1952@mail.ru*

Введение. Основу механизмов адаптации составляет совокупность реакций организма в ответ на изменившиеся условия среды [5]. Действие холода на организм приводит к активации симпатической нервной системы [2]. Увеличивается концентрация в крови норадреналина и адреналина, которые усиливают термогенез [5] и способствуют сокращению периферических сосудов [1], уменьшая, таким образом, теплоотдачу.

Материал и методы. Поэтому, для выяснения механизмов действия холода на сердечно-сосудистую систему было изучено изменение адренореактивности системного давления и перфузионного давления артериальных сосудов

¹ Anan'ev V. N. Changing the system and reactivity regional circulation to adrenaline after 30 days of adaptation to cold.

кожно-мышечной области задней конечности в контрольной группе (31 кролик) и при 30-и дневной холодовой адаптации. В опытной группе у 28 кроликов холодовое воздействие проводилось ежедневно по 6 часов в охлаждающей камере при температуре (-)10°C, в остальное время кролики находились при температуре (+)18-22°C. Адреналин в восьми дозах вводили внутривенно и в/а перед входом насоса. Реактивность оценивали с помощью двойных обратных координатах Лайниувера-Берка, где находили количество активных адренорецепторов и их чувствительность [3, 4].

Результаты исследования. После 30-и дней адаптации к холоду чувствительность (1/К) прессорной реакции системного давления к адреналину уменьшилась в 2,28 раза, но увеличилась максимально возможная прессорная реакция (Pm) в 1,58 раза. Поэтому, в результате низкой чувствительности (1/К) и увеличенной максимально возможной (Pm) реактивности артериального давления к адреналину после 30-и дней холодовой адаптации, на низкие дозы адреналина прессорная реакция была больше в контрольной группе, а на более высокие дозы, наоборот, больше после 30-и дней адаптации к холоду.

После 30-дневного охлаждения количество активных альфа-адренорецепторов артерий конечности увеличилось с Pm=222 мм.рт.ст. в контроле до Pm=294 мм.рт.ст. после 30-дневного охлаждения, то есть количество активных рецепторов увеличилось в 1,32 раза или возросло на 32,3% по сравнению с контрольной группой. Чувствительность взаимодействия адреналина с альфа-адренорецепторами артерий после 30-дневного охлаждения была как в контрольной группе (1/К=1.2).

Выводы. Таким образом, проведенное исследование показало, что реактивность системного давления к адреналину изменяется за счет уменьшения чувствительности рецепторов при одновременном увеличении максимально возможной прессорной реакции. Реактивность же артерий кожно-мышечной области значительно повысилась после холодовой адаптации только за счет повышения количества активных альфа-адренорецепторов. В результате, адреналин после холодовой адаптации действовал противоположно на системное давление и артерии конечности. Адреналин усиливал прессорное действие на артерии и уменьшал на системное давление после холодовой адаптации. Исследование показало, что климат может значительно изменять реактивность рецепторов сердца и периферических артерий, что можно использовать для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Литература:

1. Галенко-Ярошевский П.А. Фармакологическая регуляция тонуса сосудов. - М.: Из-во РАМН, 1999. - 608 с.
2. Гурин В.Н. Терморегуляция и симпатическая нервная система. Минск, Наука и техника, 1989, 231 с.
3. Корниш-Боуден Э. Основы ферментативной кинетики. М. Мир, 1979. 280 с.
4. Манухин Б.Н. Анализ лиганд-рецепторных взаимодействий на уровне от молекулярного до организменного // Российский физиол. журн. им. И.М.Сеченова. Т.86. N 9. 2000. С.1220-1232.
5. Пастухов Ю.Ф., Хаскин В.В. Адренергический контроль термогенеза при экспериментальной адаптации животных к холоду// Успехи физиологических наук, 1979, т. 10, N 3. С.121 - 144.

Ключевые слова: холод, адаптация, адренорецепторы, сердце, артерии, адреналин.

Keywords: cold, adaptation, adrenoceptors, heart, arteries, adrenaline.

УДК 612.81

Т.И. Баранова¹, Д.Н. Берлов¹, С. Ван², С. Сюй¹

**ПЕРСПЕКТИВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЛИЯНИЯ АКУПУНКТУРЫ
НА ВЕГЕТАТИВНУЮ РЕГУЛЯЦИЮ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ
ВИСЦЕРАЛЬНЫХ СИСТЕМ У ЧЕЛОВЕКА¹**

¹Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия, baranovati@gmail.com; ²Institute of Acupuncture & Moxibustion, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, China

Важную роль в формировании и укреплении человеческого потенциала играет адаптационный потенциал организма, поэтому особый интерес вызывают немедикаментозные технологии его коррекции. Наши исследования показали,

¹Baranova T.I., Berlov D.N., Wang X., Xu S. Prospects study of the effect of acupuncture on the autonomic regulation and the functional state of visceral systems in humans.

что стратегия адаптации организма и ее эффективность в существенной мере определяются текущим исходным функциональным состоянием организма и типологическими особенностями вегетативной нервной системы (ВНС) индивида. Адаптационные методики повышения резистентности организма к неблагоприятным факторам среды более эффективны в том случае, если режимы их применения разрабатываются с учетом особенностей реактивности ВНС [1].

Акупунктура хорошо зарекомендовала себя на практике, но механизмы ее действия раскрыты недостаточно. Действие акупунктуры проявляется на разных уровнях - местном, сегментарном и системном [2]. Среди прочего ответ на акупунктурное воздействие наблюдается в лимбических и кортикальных структурах, также задействованных в адаптационных процессах [3]. Это позволяет нам предположить, что центральное действие акупунктуры осуществляется с вовлечением центральных механизмов регуляции адаптационных процессов.

При таком подходе в основе терапевтического действия акупунктуры лежит механизм соматовисцерального взаимодействия. При возникновении заболевания изменяется состояние не только самого органа, но и нарушается его центральная регуляция, вследствие патологической афферентации из периферии. Осуществляя местные изменения в тканях и органах посредством раздражения активных точек, рефлексотерапевт нормализует нервные регуляторные процессы. При этом системная реакция зависит не только от классических факторов места, метода и момента. Мы полагаем, что характер ответной реакции организма на акупунктурное воздействие в существенной мере определяется исходным состоянием внутреннего органа и индивидуально-типологическими свойствами его регуляторных систем, в том числе ВНС. Закономерности в отношении места раздражения и состояния внутреннего органа были выявлены при исследовании влияния соматической стимуляции на мозговой кровоток, сомато-сердечный, сомато-адреналовый и сомато-селезеночный рефлекс [2].

Нами показано [4], что в то время как прямое электрическое раздражение сосудов не оказывало влияние на моторную функцию пищеварительной системы, воздействие на точку ST36 ее активировало, а воздействие на точку CV12 – тормозило. Акупунктура точки ST36 может увеличить активность блуждающего нерва, тем самым регулируя двигательную функцию желудка. Акупунктура точки CV12 может стимулировать симпатическую нервную систему посредством вовлечения в процесс мозгового вещества надпочечников, что способствует освобождению адреналина и норадреналина и значительно ингибирует мо-

торику желудка.

Таким образом, некоторые эффекты действия акупунктуры могут быть объяснены влиянием ВНС, однако даже в рамках одного органа могут быть задействованы различные ее компоненты. Это свидетельствует о необходимости дальнейшего изучения влияния стимуляции активных точек на характер вегетативной регуляции и состояние висцеральных систем у обследованных, отличающихся степенью текущего напряжения и индивидуально-типологическими особенностями ВНС. В дальнейшем планируется исследование эффектов акупунктуры типологически обусловленных реактивностью вегетативного звена регуляции сердечно-сосудистой системы.

Литература:

[1] Январева И.Н., Павлова Л.П., Баранова Т.И., Баскакова Г.Н. Системно-динамический подход к исследованию адаптационного потенциала человека // Нервная система. Вып. 34 - СПб: СПбГУ, 2001. - с.105-154.

[2] Василенко А.М. Элементы современной теории рефлексотерапии // Рефлексотерапия. 2002, №3(3), с. 28-37.

[3] Hori E., Takamoto K., Urakawa S., Ono T., Nishijo H. Effects of acupuncture on the brain hemodynamics // Autonomic neuroscience: basic & clinical, 2010, 157 (1-2), p.74-80.

[4] Wang X., Shi H., Shang H., Su Y., Xin J., He W., Jing X., Zhu B. Are Primo Vessels (PVs) on the Surface of Gastrointestine Involved in Regulation of Gastric Motility induced by Stimulating Acupoints ST36 or CV12? // Evid Based Complement Alternat Med, 2012, 78, p. 76-83.

Ключевые слова: адаптационный потенциал, висцеральные системы, вегетативная регуляция, акупунктура, рефлексотерапия, вегетативная реактивность.

Key words: Adaptivepotential, visceral systems, autonomicregulation, acupuncture, reflexotherapy, autonomicreactivity.

*А.В. Барсуков, В.Н. Васильев,
В.Т. Дыдышко, Е.П. Романова, М.А. Мирохина*

**НЕКОТОРЫЕ СРЕДНЕСУТОЧНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РИТМОКАРДИОГРАММЫ
У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ПРЕДГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ
ОТ КАТЕГОРИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА¹**

*Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург,
avbarsukov@yandex.ru*

Цель исследования. Оценить циркадный ритм, показатели частоты сердечных сокращений (ЧСС) в различные периоды суток, циркадный индекс (ЦИ) и длительность скорректированного интервала QT (QTc) у лиц молодого возраста с высоко нормальным уровнем артериального давления (АД), отнесенных к категории низкого и среднего кардиоваскулярного риска по фремингемской шкале.

Материал и методы. Обследовали 87 мужчин-военнослужащих без кардиоваскулярной патологии, офисный уровень АД которых соответствовал высокому нормальному. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от уровня риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) согласно фремингемских критериев. В 1-ю группу (низкого риска ССЗ) включили 43 человека (средний возраст $36,4 \pm 7,6$ лет), 2-ю группу (среднего риска ССЗ) составил 41 испытуемый (средний возраст $37,2 \pm 4,9$ лет; $p > 0,05$). Индекс массы тела у субъектов 1-й группы составил $28,0 \pm 6,22$ кг/м², у лиц 2-й группы – $27,7 \pm 3,29$ кг/м² ($p > 0,05$), статус курения отмечен у 49% лиц 1-й группы и 51% субъектов 2-й группы. Уровень среднесуточного АД составил: у пациентов 1-й группы - $129,7 \pm 13,0 / 83,9 \pm 10,9$ мм рт. ст.; у испытуемых 2-й группы - $143,4 \pm 13,1 / 92,7 \pm 8,8$ мм рт. ст. ($p < 0,001$ для систолического АД, $p = 0,005$ для диастолического АД). Содержание холестерина в сыворотке крови у субъектов 1-й и 2-й групп оказалось следующим: $3,95 \pm 0,07$, $6,24 \pm 1,24$ ммоль/л соответственно ($p < 0,001$). У всех пациентов были оценены вариабельность ритма, показатели ЧСС (в 1 мин), циркадный индекс (ед) и анализ интервала QTc (мс) в период холтеровского мониторирования электрокардиограммы (ХМЭКГ). Все значе-

¹ Barsukov A.V, Vasiliev V.N, Didishko V.T., Romanova E.P., Mirokhina M.A. Some diurnal parameters of rhythmocardiogram in young adults with prehypertension depending on the category of cardiovascular risk.

ния представлены как средняя \pm стандартное отклонение.

Результаты. Пациенты низкого риска ССЗ характеризовались меньшими величинами циркадного индекса, среднесуточной (срсут) и дневной (дн) ЧСС и сопоставимыми значениями ночной (нч) ЧСС по сравнению с субъектами, отнесенными к категории среднего риска ССЗ (ЦИ: $1,28 \pm 0,11$ и $1,45 \pm 0,23$; $p < 0,05$; ЧССсрсут: $75,5 \pm 7,5$ и $78,1 \pm 6,6$; $p < 0,05$; ЧССдн: $81,7 \pm 8,96$ и $88,5 \pm 7,6$; $p < 0,05$; ЧССнч: $62,7 \pm 6,3$ и $61,1 \pm 8,1$; $p > 0,05$). Не установлено значительных различий в значении продолжительности QTc у обследованных лиц в ходе ХМЭКГ (1-я группа: $369,3 \pm 29,51$; 2-я группа: $380,7 \pm 33,04$; $p > 0,05$).

Заключение. Мужчины молодого возраста с предгипертензией, соответствующие по фремингемским критериям категории среднего кардиоваскулярного риска по сравнению с лицами низкого кардиоваскулярного риска, имеют более выраженную степень колеблемости ЧСС на протяжении суток в сочетании с большими абсолютными значениями частоты пульса в дневные часы.

Ключевые слова: предгипертензия, кардиоваскулярный риск, ритмокардиограмма.

Key words: prehypertension, cardiovascular risk, rhythmocardiogram.

УДК 613-053.36

И.А. Белоногов

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛЕТНОГО СОСТАВА¹

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Республика Беларусь, Минск, sotrudnic7@mail.ru*

Важнейшей составной частью социальной, экономической стратегии и политики государства является сохранение и укрепление здоровья граждан страны. Проблема состояния здоровья военных летчиков и их летного долголетия в настоящее время достаточно актуальна. По данным результатов работы летных врачебных комиссий Министерства обороны ежегодно имеют место

¹Belonogov I.A. Hygienic evaluation of air stuff health status and incidence.

случаи летной профессиональной дисквалификации и отстранения от полетов летчиков различных возрастных групп по причине выявления у них заболеваний.

Цель. Анализ состояния здоровья и заболеваемости летно-подъемного состава.

Задачи:

1. Определение военно-эпидемиологической значимости нозологических форм заболеваний, встречающихся у летчиков.

2. Изучение структуры и анализ заболеваемости летно-подъемного состава различных возрастных категорий и сроков службы.

Материалы и методы исследования. Медицинские заключения о состоянии здоровья летного состава в период с 1994 г. по 2008 г., полученные при ежегодном углубленном плановом и внеплановом медицинском обследовании. Данные о 1595 военнослужащих, полученные из врачебно-летных комиссий и медицинских центров Вооруженных Сил Республики Беларусь (далее – ВС РБ), подвергались анализу путем разделения исследуемых на группы. Критериями разделения на группы были выбраны возраст и срок службы в ВС РБ, виды нозологических форм заболеваний, встречающиеся у военнослужащих. Структурирование сведений проводилось при помощи прикладных статистических программ с подсчетом общего и процентного соотношения обследуемых.

Результаты и обсуждение. Все военнослужащие при структурировании состояния здоровья были разделены на группы по состоянию здоровья, возрасту, длительности службы в ВС РБ и по нозологическим формам заболеваний. I группа – военнослужащие не имеющие ограничений в несении службы по состоянию здоровья, II группа – военнослужащие имеющие ограничения в несении службы по состоянию здоровья (табл. 1).

Наиболее часто встречающимися нозологическими формами заболеваний у летчиков и преобладающими в структуре заболеваемости являются: дегенеративные заболевания позвоночника – 15%, различные хирургические заболевания – 14%, другие заболевания внутренних органов – 9%, язвенная болезнь желудка и 12-й кишки – 14%, органические болезни сердца – 11%, органические болезни нервной системы – 7%, болезни периферической нервной системы – 6%, невроты – 6%.

Таблица 1

Распределение военнослужащих по группам здоровья

Группа по состоянию здоровья	1994г.	1995г.	1996г.	1997г.	1998г.	1999г.	2000г.	2001г.
I	94,2%	96,7%	96,2%	94,9%	91,6%	96,8%	97,3%	97,9%
II	-	-	-	-	-	-	-	0,2%
	2002г.	2003г.	2004г.	2005г.	2006г.	2007г.	2008г.	
I	96,3%	97,3%	98,6%	96,8%	97,4%	97,1%	95,9%	
II	-	-	-	1,25%	0,18%	0,17%	-	

Рассматривая структуру заболеваемости по возрастным группам (в исследовании проводилось разделение на 5 возрастных групп: до 25 лет, 26 – 30 лет, 31 – 35 лет, 36 – 40 лет, 41 – 45 лет) особое внимание на себя обращает 3 возрастная группа (31–35лет), в которой отмечается значительное увеличение заболеваемости по отношению к другим группам. В результате исследования также определены так называемые «группы риска» – возрастные группы с повышенным риском развития патологий органов и систем организма (4-я, 36 – 40 лет, и 5-я, 41 – 45 лет).

Выводы.

1. Определены преобладающие нозологические формы заболеваний у летчиков, а именно дегенеративные заболевания позвоночника, различные хирургические заболевания, язвенная болезнь желудка и 12-й кишки.

2. В возрастной группе 31–35 лет выявлена наибольшая заболеваемость среди летного состава, в возрастных группах 36–40 и 41–45 лет имеет место повышенный риск развития патологии сердечно-сосудистой, опорно-двигательной и пищеварительной систем организма.

По результатам проведенных исследований требуется дальнейшее изучение причин развития заболеваемости у летчиков для последующей разработки профилактических мероприятий различной направленности, в целях снижения заболеваемости, сохранения здоровья, боеспособности и боеготовности летно-подъемного состава ВС РФ.

Ключевые слова: летный состав, заболеваемость, состояние здоровья.
Key words: air stuff, incidence, health status.

УДК 615.851

В.Р. Беляев, О.А. Старостин

**ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И МЕДИКО-
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ИПОХОНДРИЧЕСКИХ
ТЕНДЕНЦИЙ У ЛИЦ «ОПАСНЫХ» ПРОФЕССИЙ¹**

*Международный медицинский центр «Согаз», Страховая группа
«Согаз», Санкт-Петербург, oleg9733127@gmail.com*

Введение. Оценка уровня нервно-психической устойчивости является важным психопрофилактическим инструментом сохранения профессиональной компетентности и здоровья у лиц «опасных» профессий.

Материалы и методы. Для оценки выраженности ипохондрических тенденций был использован психофизиологический «Тест детекции изменений» [1]. Рассчитывался «индекс выраженности ипохондрии» (ИВИ, отн. ед.) по формуле: $ИВИ = T_{1ср.} / (T_{2ср.})$, где: $T_{1ср.}$ - среднее время обнаружения «нейтральных» стимулов; $T_{2ср.}$ - среднее время обнаружения «значимых» стимулов.

Нами обследовано 94 человека, в возрасте 22 – 50 лет (в том числе 37,5% мужчин и 62,5% женщин). У всех обследованных в анамнезе имело место воздействие стрессогенных факторов чрезвычайных ситуаций в связи с их профессиональной деятельностью.

Был использован метод холистической коррекции, основанный на сочетанном применении полимодальных физических факторов и техник холистической психотерапии с использованием специальных устройств – «медико-психологических капсул» (МПК), включение которого в систему медико-психологической реабилитации лиц, имеющих невротические стрессогенные расстройства, было обосновано нами ранее [2]. Курс холистической коррекции с использованием МПК состоял из десяти 45-минутных сеансов, чередовав-

¹ Belyaev V.R., Starostin O.A. Psychophysiological diagnostic and medical-psychological correction of hypochondriacal tendencies in the «danger» professions.

шихся через 2 дня.

Результаты. В исходном состоянии у 62,8% пациентов имели место признаки ипохондрии, о чем свидетельствовали значения рассматриваемого индекса, находящиеся на уровне ниже 0,75 баллов. Проведение холистической коррекции привело к статистически значимому ($p < 0,01$) повышению ИВИ и в основной группе (60 чел.), получавший курс с использованием МПК, и в группе сравнения (34 чел.), в которой проводилась медикаментозная терапия и психокоррекция. Однако у пациентов основной группы зафиксирован наибольший прирост показателя, значения которого у 92,1% пациентов достигали рамок средне-статистической нормы.

Выводы. Использование метода холистической коррекции с использованием МПК является вариантом выбора в коррекции ипохондрических тенденций у лиц «опасных» профессий, подвергшихся воздействию стрессогенных факторов чрезвычайных ситуаций.

Литература:

1. Петрова Н. А. Внимание к мотивационно значимым стимулам у больных алкоголизмом / Н. А. Петрова, М. В. Зотов, В. М. Петрукович // Психофизиология профессиональной деятельности человека. – СПб., 2004. – С. 128–136.
2. Иванов, А.О. Холистический подход в медико-психологической реабилитации лиц со стрессогенными невротическими расстройствами / А.О. Иванов [и др.] // Мат. регион. научно-практ. конф. по СКФО со всерос. участием «Актуальные вопросы диагностики и лечения наркологических и психических расстройств в Чеченской республике». – Грозный: Издательство ЧГУ, 2012. – С.44 – 46.

Ключевые слова: психофизиологическая диагностика, медико-психологическая коррекция, холистическая психотерапия, ипохондрические тенденции.

Key words: psychophysiological diagnostics, medical-psychological correction, holistic psychotherapy, hypochondriacal tendencies.

**РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО КОНСТРУИРОВАНИЯ
ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБНЫХ РЯДОВ¹**

*Нижегородская Государственная Медицинская Академия,
Н.Новгород, Россия, bogaalena@yandex.ru*

Для переноса положения окклюзионной плоскости черепа пациента в артикулятор используют лицевую дугу, которая ориентирована на франкфуртскую или камперовскую горизонталь. Однако, метод использования лицевой дуги имеет следующие недостатки: - наружные слуховые проходы не совпадают с шарнирной осью; - лицевая дуга не может быть стабильной из-за variability анатомических ориентиров; - ориентация лицевой дуги по зрачковой линии может давать погрешность, если зрачковая линия не перпендикулярна сагиттальной плоскости черепа человека (2). Наряду с этим в специальной литературе известен альтернативный способ установки гипсовых моделей в артикулятор с помощью НР- плоскости, проходящей через крылочелюстные выемки и межрезцовый сосочек, который широко применяется в США и Канаде (1).

Таким образом, в настоящее время существует несколько методов воспроизведения окклюзионной плоскости в межрамном пространстве артикулятора для дальнейшего использования при конструировании искусственных зубных рядов. Однако, сравнительная оценка этих методов до сих пор не проводилась, эффективность того или иного метода до конца не изучена и не ясна их ценность для ортопедического лечения пациентов с точки зрения индивидуального конструирования окклюзионной поверхности искусственных зубных рядов.

Материалы и методы исследования. Было проанализировано 67 телерентгенограмм (ТРГ) черепа боковой проекции пациентов с ортогнатическим прикусом, также было выполнено 10 ТРГ с маркированными точками НР-плоскости с применением фольги и пломбирочного материала. Проведено исследование 47 компьютерных томограмм височно-нижнечелюстного сустава

¹Bogatova E.A., Lepahina A.A. Development methods individual design occlusive pane of artificial dental range.

(КТ ВНЧС) пациентов с ортогнатическим прикусом без патологии ВНЧС, с последующим анализом параметров в программе EzImplant-Dental-3D-Professional. Краниологическое исследование проводилось на 100 паспортизированных черепах с нижними челюстями фиксированных в краниостате (музей Военно-Медицинской Академии, г.Санкт-Петербург). Измерялось 33 линейных и угловых параметра. Проводилась сравнительная оценка трех стандартных и разработанной нами методик определения соответствия ориентации окклюзионной плоскости в межрамном пространстве артикулятороположению ее в черепе у 25 пациентов с ортогнатическим прикусом. С применением разработанной методики пролечено 100 пациентов с частичной и полной потерей зубов.

Результаты. Относительно передней черепной ямки наиболее нестабильно было положение окклюзионной плоскости ($Cv=17,89$) нижней челюсти, а расположение камперовской ($Cv=9,99$), НР ($Cv=7,75$), франкфуртской ($Cv=10,56$) плоскостей и окклюзионной плоскости верхней челюсти ($Cv=7,29$) показало более стабильные значения. Наклон плоскости НР ($Cv=27,9$), камперовской ($Cv=17,45$), окклюзионной плоскости верхней ($Cv=37,65$) и нижней челюстей ($Cv=11,53$) к франкфуртской горизонтали показали сильную вариабельность значений. При сравнении расположения шарнирной оси, плоскостей наружных слуховых проходов и орбитальной между собой были получены следующие данные. Наиболее стабильным оказалось положение шарнирной оси относительно орбитальной плоскости ($or-or/cc-ccCv 9,87$), положение орбитальной плоскости относительно плоскости наружных слуховых проходов имеет среднюю степень вариабельности ($or-or/ro-roCv 19,76$), а наиболее вариабельным оказался угол между шарнирной и орбитальной плоскостью ($cc-cc/ro-roCv 27,23$).

Выводы. Наиболее стабильным в лицевом скелете является положение НР-плоскости, которая по отношению к передней черепной ямке приближается к окклюзионной плоскости. Расположение шарнирной оси относительно плоскости наружные слуховые проходы оказалось наиболее вариабельным. Максимальное приближение НР-плоскости к окклюзионной плоскости достигается при выборе передней точки (ip) дистальнее на 3 мм от проекции отверстия резцового канала. Изучение ориентации НР-плоскости и шарнирной оси, использование разработанного нами столика для артикулятора показало, что ориентация НР-плоскости отличается более высокой точностью, чем исполь-

зование лицевой дуги.

Литература:

1. Карлсон, Д.Е. Физиологическая окклюзия. Michigan, Midwest Press, 2009. 218 с.
2. Диккерсон, Б. Томас Н. Точный перенос положения верхней челюсти в артикулятор по сагиттальной и горизонтальной плоскостям // Дентал Калейдоскоп. 2007. №4. С. 12-18.

Ключевые слова: франкфурская, камперовская, НР и окклюзионные плоскости.
Key words: horisontale, camper, НР, occlusive planes.

УДК 159.9:331.446.4

А.Г. Буенок, Р.А. Березовская

**УРОВЕНЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ МЕНЕДЖЕРОВ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЮМОРА¹**

Санкт-Петербургский государственный университет, Россия
stasia276@inbox.ru, r.berezovskaja@psy.spbu.ru

Исследование юмора долгие годы не являлось приоритетным направлением в рамках психологии, в том числе в контексте организационной психологии, как в России, так и зарубежом. Например, Р. Вествуд и С. Родос указывают на то, что выражение «юмор в работе», по мнению многих людей, является оксюмором, так как объединяет в себе взаимоисключающие понятия. Однако в последние годы отношение к феномену юмора стало заметно меняться.

Целью работы является выявление взаимосвязей между профессиональным здоровьем и юмором, а именно изучение влияния стилевых и эмоциональных особенностей юмора на профессиональное здоровье руководителей. В данных тезисах мы частично рассмотрим полученные нами результаты.

Гипотеза исследования состояла в том, что паттерны эмоционального реа-

¹ Buenok A.G., Berezovskaya R.A. Level of occupational health of managers depending from emotional features of use of humour.

гирования влияют на профессиональное здоровье менеджеров. В соответствии с современными представлениями, было выдвинуто следующее предположение: высокий уровень выраженности паттернов эмоционального реагирования на юмор - гелтофобия, гелотофилия и катагелластицизм - является фактором риска для профессионального здоровья менеджеров.

Метод исследования. Для реализации поставленной цели в работе использовались следующие психодиагностические методики: опросник «Отношение к смеху» (PhoPhiKat-45), разработанный В. Рухом и Р. Проьером и адаптированный Е.М. Ивановой с соавторами; опросник «Отношение к работе и профессиональное выгорание», разработанный В.А. Винокуром; опросник поведения и переживаний, связанных с работой (АВЕМ), разработанный У. Шааршмидтом и А. Фишером, в адаптации Т.И. Ронгинской.

Выборка. В исследовании приняли участие 178 менеджеров высшего и среднего звена производственно-коммерческих компаний Санкт-Петербурга, из них: 117 мужчин и 61 женщина. Средний возраст респондентов составил 41 год; средний стаж управленческой деятельности - 9 лет.

Результаты исследования. В соответствии с задачами исследования был проведен корреляционный анализ. По всем шкалам опросника «Отношение к смеху» получены взаимосвязи с индексом профессионального выгорания: гелтофобия ($r=0,242$ $p\leq 0,01$); гелотофилия ($r=0,268$ $p\leq 0,01$); катагелластицизм ($r=0,249$ $p\leq 0,01$). Кроме того, паттерны эмоционального реагирования - гелтофобия ($r=0,201$ $p\leq 0,01$), гелотофилия ($r=0,265$ $p\leq 0,01$) и катагелластицизм ($r=0,205$ $p\leq 0,01$) демонстрируют совместную изменчивость с таким показателем выгорания как «стремление к совершенству», а выраженные перфекционистские установки, в свою очередь, могут негативно влиять на профессиональное здоровье менеджеров.

Также, гелтофобия ($r=-0,276$ $p\leq 0,01$) и катагелластицизм ($r=-0,222$ $p\leq 0,01$) отрицательно коррелируют с таким показателем как «чувство социальной поддержки» (опросник АВЕМ). Другими словами, у менеджеров, для которых свойственны такие паттерны эмоционального реагирования как гелтофобия и катагелластицизм, наблюдается тенденция к более низким показателям эмоционального отношения к работе.

Далее, с целью установления влияния исследуемых переменных на профессиональное здоровье менеджеров был проведен регрессионный анализ. Установлено, что гелотофилия и катагелластицизм являются предикторами такого показателя

теля профессионального здоровья как профессиональная активность. Другими словами, те опрошенные менеджеры, которые, с одной стороны, периодически склонны выставлять себя объектом насмешки ($\beta = 0,424$), а с другой, – им не свойственно стремление посмеяться над своими коллегами ($\beta = -0,238$), демонстрируют более высокий уровень профессиональной активности.

Заключение. Полученные нами результаты не являются однозначными и требуют дальнейшего уточнения: влияние эмоциональных особенностей отношения к юмору и смеху на профессиональное здоровье менеджеров может быть разным. Паттерны, которые оценивались с помощью методики В.Руха и Р.Пройера, на наш взгляд, относятся, скорее, к дезадаптивным формам отношения к смеху и юмору. Анализ распределения средних значений по всем шкалам опросника "Отношение к смеху" показал, что в выборке практически нет респондентов с высоким или низким уровнем выраженности показателей: все они имеют среднюю степень выраженности (в пределах здоровой нормы) и практически не дифференцируют изучаемую нами группу менеджеров. Таким образом, на наш взгляд, необходимо расширить методический психодиагностический инструментарий, используемый для выявления особенностей влияния юмора на уровень профессионального здоровья современных руководителей. Возможно, продуктивно было бы дополнить количественный подход к оценке эмоциональных особенностей юмора качественным.

Ключевые слова: психология профессионального здоровья, профессиональное здоровье, юмор, паттерны эмоционального реагирования, менеджеры.

Key words: psychology of occupational health, occupational health, humour, patterns of emotional reaction, managers.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ОЖИРЕНИЕМ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ¹

Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет

им. акад. И.П.Павлова , tosa14@rambler.ru

По данным ВОЗ количество людей, страдающих ожирением, по всему миру с 1980 г. увеличилось в два раза; в 2010 г. более чем 1,4 млрд взрослых страдали от избыточного веса; 235 млн человек (4-10% населения в разных странах) страдают БА.

Известно, что БА может возникнуть в любом возрасте: у половины больных БА развивается до 10 лет, у трети - до 40. Существует предположение, что взаимосвязь между БА и ожирением является эпифеноменом, показывающим, что ожирение - фактор риска для возникновения и развития БА. Оно основано на результатах многочисленных исследований, выполняемых в мире. Так, Американское торакальное общество в 2010 г. пришло к выводу, что "БА у тучных может представлять уникальный фенотип БА, с более тяжелым заболеванием, которая не поддается обычной терапии» [1].

Таблица 1

Предполагаемые механизмы взаимосвязи между ожирением и БА

Этиология	Факторы влияния
Коморбидность, генетические изменения	Гастроэзофагеальная болезнь, СД 2 типа, синдром ночного апноэ
Легочные эффекты, возникающие при ожирении	Снижение функциональной остаточной емкости легких, снижение дыхательного объема
Адипокины	TNF-а, лептин, адипонектин

Коморбидность. Вероятно, что ожирение приводит к БА не напрямую, а через различные факторы в процессах других болезней. Так, оно увеличивает риск развития ГЭРБ и синдрома ночного апноэ, а эти состояния повышают риск БА. Однако исследования показали, что связь между ожирением и БА не зависит от

¹Vasilieva T.S., Lalaeva T.M., Mineev V.N. Association between obesity and asthma.

корректировки ГЭРБ и синдрома ночного апноэ. Учитывая взаимосвязь между ожирением и резистентностью к инсулину, доказательства связи между БА и СД 2 типа могут привести к лучшему пониманию роли ожирения при БА.

Легочные эффекты. Сократительные эффекты паренхимы легких на дыхательные пути (ДП) уменьшаются при понижении объема легких (Vincent и др., 1970). Zerah (1993) и Rubinstein (1990) обнаружили, что снижение Gaw (бронхиального сопротивления) наблюдается при ожирении и может целиком объяснять механизм снижения объема легких. Исходя из того, что при ожирении функциональная остаточная емкость легких снижается, можно предположить, что видимыми последствиями ожирения являются уменьшение калибра ДП и увеличение чувствительности ДП [2], имеющие место при БА. Изменение структуры дыхания вследствие тучности может способствовать сужению ДП [3]. Nakala и др. отметили, что после снижения веса улучшаются показатели, отвечающие за обструкцию ДП.

Адипокины относятся к белкам, синтезируемым и выделяемым из жировой ткани. Они включают в себя цитокины, хемокины, гормоны, участвующие в регуляции энергии, и другие факторы. У людей с избыточной массой тела обнаружено изменение концентрации многих адипокинов в крови. Эти изменения могут повлиять на функции ДП, что и приводит к развитию БА. Отмечено, что TNF- α , ИЛ-6 и лептин, у пациентов, страдающих ожирением и БА выше, чем у пациентов без ожирения.

Лептин синтезируется из жировой ткани и воздействует на гипоталамус, вызывая чувство сытости и увеличивая метаболизм. Уровни лептина в крови значительно повышены у тучных людей и мышей с ожирением (Bryson и др., 1999), что свидетельствует о лептинорезистентности при ожирении. Лептин также обладает провоспалительным эффектом, но его влияние на цитокины Th1 и Th2 разнонаправленное — увеличивается продукция Th1, но уменьшается продукция Th2. На основе провоспалительных эффектов лептина предполагают, что этот гормон может иметь отношение к БА. В этом контексте интересно отметить, что даже с учетом ИМТ, уровни лептина выше в крови у пациентов с астматическим статусом по сравнению с лицами, которые не страдают БА (Guler и соавт., 2004). Если предположить, что лептин играет роль при БА, то его влияние через типичные аллергические механизмы маловероятно.

Адипонектин является одним из самых распространенных генных продуктов в жировой ткани. При ожирении, в отличие от других адипокинов, в сыворотки

крови отмечается снижение уровней адипонектина, а в случае снижении массы тела, наоборот (Kern и др., 2003). Адипонектин обладает противовоспалительными свойствами [4], поэтому можно предположить, что его снижение при ожирении может способствовать развитию БА. Важно отметить, что адипонектин ингибирует пролиферацию культивируемых клеток гладких мышц сосудов. Если адипонектин имеет одинаковое влияние на гладкую мускулатуру ДП, то снижение его уровня у тучных людей также может привести к астматическому статусу дыхательных путей.

Понимания взаимосвязи между ожирением и БА открывает новые терапевтические стратегии в лечении тучных пациентов с БА. Усилия, направленные на снижение веса, должны рассматриваться как обязательный этап терапии таких больных.

Литература:

1. A. E. Dixon, F. Holguin, A. Sood et al., "An official American Thoracic Society Workshop report: obesity and asthma," *Proceedings of the American Thoracic Society*, vol. 7, no. 5, pp. 325–335, 2010.
2. A. E. Dixon, R. E. Pratley, P. M. Forgione et al., "Effects of obesity and bariatric surgery on airway hyperresponsiveness, asthma control, and inflammation," *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, vol. 128, no. 3, pp. 508.e2–515.e2, 2011.
3. E. R. Sutherland, C. A. Camargo, W. W. Busse et al., "Comparative effect of body mass index on response to asthma controller therapy," *Allergy and Asthma Proceedings*, vol. 31, no. 1, pp. 20–25, 2010.
4. D.C. Todd, S. Armstrong, L. D'Silva, C. J. Allen, F. E. Hargreave, and K. Parameswaran, "Effect of obesity on airway inflammation: a cross-sectional analysis of body mass index and sputum cell counts," *Clinical and Experimental Allergy*, vol. 37, no. 7, pp. 1049–1054, 2007.

Ключевые слова: ожирение, бронхиальная астма, лептин, адипонектин.

Keywords: obesity, asthma, leptin, adiponectin.

**СОЦИАЛЬНЫЕ И МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ
У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ БЛОКАДУ ЛЕНИНГРАДА¹²**

*Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург;
Санкт-Петербургский государственный университет*

Проблема здоровья пациентов пожилого и старческого возраста имеет большое социальное и медицинское значение в связи с постарением населения не только в нашей стране, но и в мире [1,2]. Изучение здоровья пожилого населения позволяет определить главные направления в лечении и реабилитации [1,3].

Цель исследования - изучение некоторых социальных и медицинских показателей у пациентов-блокадников, лечившихся в больнице № 46 в 2012 году.

Материал и методы. Было обследовано 87 больных: 76 женщин и 11 – мужчин. На момент обследования пациенты-блокадники распределились таким образом, что 8% (7 больных) приходилось на долю 74-75 лет, на возраст 76-85 лет 92%. Для исследования проводился опрос по разработанному опроснику, включающего следующие данные: возраст ко времени исследования и к началу блокады, семейное положение после блокады, участие в трудовой деятельности во время блокады; образовательный уровень, профессия, болезни в послеблокадный период, способность к самообслуживанию.

Как показал опрос 72% (62 человека) блокадников имели братьев и сестер. Во время блокады 23% (20 человек) трудились на заводах, во время блокады им было 14 лет и старше. Самым уязвимым для заболеваний у перенесших блокаду Ленинграда во все периоды жизни, включая и отдаленный послеблокадный период оказался возраст на период блокады – до 5 лет. По нашим данным 58% (50 больных) в этом возрасте перенесли блокаду Ленинграда. Больные, лечившиеся по поводу ишемической болезни сердца (ИБС), составили 85% (74 больных), перенесли не фатальный инфаркт миокарда 43% (37 человек). Сочетание ИБС с артериальной гипертензией (АГ) отмечено у 84% (73 че-

¹ Статья подготовлена в рамках проекта 13-03-00419 а при финансовой поддержке РФНФ.

² E.V. Vedeneev, I. A. Baruzdin. Social and health indicators.

ловек). У всех больных определялось по 5-8 сочетанных заболеваний. Наиболее часто ИБС сочеталась с АГ, с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (позвоночника и суставов), желудочно-кишечного тракта, эндокринными заболеваниями. Болезни органов дыхания в виде хронической обструктивной болезни легких и бронхиальной астмой у 32% (27%) больных. Способность к самообслуживанию сохранилась у 82% (71) обследованных.

В трудные послевоенные годы 52% (45 человек) получили высшее образование, среднее специальное образование выявлено у 23% (20 блокадников), 25% (21 блокадник) имели рабочие профессии, но, как правило, высоких разрядов (электрики, монтажники, слесари и т.п.)

Вступили в брак все обследованные; на время обследования 41% (35 человек) вдовствовали.

Таким образом, предпринятое исследование позволило выявить некоторые социальные и медицинские показатели больных, перенесших блокаду Ленинграда.

1. Более половины опрошенных больных, жителей блокадного Ленинграда имели возраст во время блокады до 5 лет, самый уязвимый для развития сердечных заболеваний (ИБС, АГ).
2. У всех больных помимо сердечно-сосудистых заболеваний имели от 5 до 8 сочетанных и коморбидных болезней.
3. Способность к полному самообслуживанию сохранилась у 82% больных.
4. На начало блокады 73% детей жили в многодетных семьях (3 и более детей).
5. В послевоенное время 75% (три четверти) блокадников получили высшее и среднее специальное образование.
6. Все обследованные находились в браке, 41% на время осмотра вдовствовали.

Литература:

1. Вьюков А.С., Михайлова Н.В. «Проблемы медико-психологической и социальной реабилитации лиц пожилого возраста в России»/ Пушкинские чтения. Тезисы докладов IV науч.-практ. Геронтологической конференции с международным участием, посвящённой памяти Э.С. Пушкиной. Спб., 2008. С. 20-21.
2. Галченко Е.А. «Социальная помощь пожилым людям негосударственной общественной организацией. Опыт работы Семёновского благотворительного общества» / Пушкинские чтения. Тезисы докладов IV науч.-практ. Геронтоло-

гической конференции с международным участием, посвящённой памяти Э.С. Пушкиной. – Спб., 2008. – стр. -22-23

3. Григорьева И.А. «Старение населения и изменение теоретических подходов к социальной политике» / Пушкинские чтения. Тез. Докл. IV науч.-практ. Геронтологической конф. с междунар. участием, посвящ. памяти Э.С. Пушкиной. СПб., 2008. С. 27-28.

Ключевые слова: социальные и медицинские показатели, жители блокадного Ленинграда.

Key words: social and health indicators, people of the blockade Leningrad.

УДК 612.428:612.67:615.322

О.В. Горчакова, В.Н. Горчаков

ВОЗМОЖНОСТИ ФИТОТЕРАПИИ В ОПТИМИЗАЦИИ СТРУКТУРЫ И ФУНКЦИИ ЛИМФОУЗЛА ПРИ СТАРЕНИИ¹

*Новосибирский государственный университет; ФГБУ «НИИ
экспериментальной и клинической лимфологии» СО РАМН,
Новосибирск, Россия, gorchak@soramn.ru*

Введение. В стратегии здоровьесбережения населения определяющим является профилактическое направление, что требует изменения представлений о методах предупреждения возрастзависимой патологии. Усиленное развитие лимфологии в интеграции с другими науками определяет необходимость и перспективность исследований лимфатической системы в патогенезе и саногенезе возрастзависимой патологии. Существующие трудности с выбором лекарственных растений [3, 4], диктует необходимость углубленного изучения их воздействия на лимфатическую систему и сопряженных с ней органов. Вместе с тем механизмы компенсаторно-адаптационных процессов, лежащие в основе действия фитотерапии на организм в пожилом и старческом возрасте, остаются недостаточно выясненными, что существенно снижает возможности их практического

¹ O.V. Gorchakova, V.N. Gorchakov. Potentialities of phytotherapy in optimization of the structure and function of the lymphnode during aging.

применения с позиции современной лимфологии.

Цель исследования – обосновать целесообразность применения оригинального фитосбора для профилактики и коррекции возрастных изменений в лимфатической системе для реализации эндоэкологической реабилитации лиц пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. Эксперимент проводили на 160 белых крысах-самцах Wistar разного возраста (молодые – 3-4 месяца и старые – 12-15 месяцев). Животные получали при свободном доступе к воде стандартную диету, которая включала экструдированный комбикорм ПК-120-1. Дополнительно давали биоактивный фитосбор (БАФ) следующего состава: корень и лист бадана, родиола-розовая, копеечник сибирский, лист черники, брусники, смородины, шиповник майский, чабрец, пищевые волокна. Выбор конкретных лекарственных растений основан на принципах фитотерапии и лимфотропного эффекта [3, 4]. Фитосбор применяли в течение одного месяца в суточной дозе 0,1-0,2 г/кг у животных разного возраста. В эксперименте проводили прижизненную инъекцию туши для уточнения взаимосвязи региона лимфосбора с регионарным лимфоузлом. Оценивали время распространения туши по афферентному лимфатическому руслу и через лимфоузел у животных разного возраста. Паховые лимфоузлы исследовали гистологическим методом [2]. Морфометрический анализ структурных компонентов лимфатического узла осуществляли с помощью морфометрической сетки [1]. Полученные данные подвергли обработке по программе статистического анализа StatPlusPro 2009, AnalystSoftInc.

Результаты и обсуждение. С возрастом наблюдается прогрессирующее снижение лимфооттока и капилляризации тканей, которое связано редукцией кровеносного и лимфатического русел, носящее универсальный характер [5]. Функция лимфоузла сохраняется и отражает состояние напряжения и компенсации на уровне отдельных его компартментов (лимфоидной дольки) в старческом возрасте. У геронтов структура лимфоузла имеют общие морфологические признаки, отражающие общий процесс старения, особенно это касается соединительнотканного компонента. Развитие субкапсулярного склероза отражается на дренажной функции лимфоузла и его структуре. Своеобразием является мозаичность структуры лимфатического узла, зависящего от локализации склероза на фоне сниженного лимфопоэза (изменяется трансформация лимфоцитов с избыточным образованием средних лимфоцитов и задержкой дифференцировки лимфобластов).

Прием фитосбора приводит к активному лимфообразованию, изменению числа капилляров в тканевом микрорайоне и усилению сократительной активности лимфангиона, что в итоге обеспечивает естественную интракорпоральную лимфодетоксикацию межклеточного (интерстициального) пространства. При приеме фитосбора скорость пассажа туши через лимфоузел увеличивается в 1,5 раза у геронтов. Обращает внимание, что в разные возрастные периоды всегда имеется меньшая часть животных (в пределах 10-20 %), отличающихся по скорости заполнения лимфатической системы от преобладающего числа животных в группе исследования. Полагаем, что скорость заполнения тушью афферентного лимфатического русла и лимфоузла зависит от структурной организации последнего.

Фитотерапия оказывают существенное влияние на структуру и цитоархитектонику лимфоузла и способствует сохранению лимфоидной дольки, что обуславливает компенсацию функции лимфоузла в старости. При этом меняется размерность структурно-функциональных зон лимфоузла. Наблюдается уменьшение в 1,76 раза площади коркового плато при увеличении в 1,21 раза площади паракортекса. Изменение площади коркового плато и паракортекса можно связать миграцией лимфоидных клеток внутри лимфатического узла и указывает на активацию клеточного звена иммунитета. В условиях фитотерапии наблюдается тенденция к увеличению размера лимфоидных узелков и формирование их на границе коркового и мозгового веществ в лимфоузле. Оптимизируется размер синусной системы, она уменьшается в 1,3 раза в условиях приема фитосбора у геронтов. В результате фитотерапии происходит увеличение плотности лимфоцитов в корковом веществе и плазмоцитов в мягкотных тяжах, что определяет иммунный ответ по гуморальному типу [3].

Изменение плотности клеток отражает как изменение площади структурно-функциональных зон, так и направленный процесс миграции лимфоидных клеток внутрь лимфоузла. Увеличение плотности клеток в зонах лимфоузла после фитотерапии указывает на формирование иммунного ответа по смешанному типу.

Заключение. Полученные результаты доказывают адресное воздействие фитосбора на определенный уровень структурной организации лимфодренажного механизма через оптимизацию лимфотока, структурной организации и цитоархитектоники лимфоузла в условиях старения организма. Оригинальный фитосбор обладает лимфотропными свойствами, что можно расценивать как

инновацию в предупреждении возрастных изменений лимфатической системы, когда через управление структурой и функцией лимфатической системы обеспечивается оздоровление внутренней среды организма. Результаты имеют практическое значение для использования лимфотропной и иммуноориентированной фитотерапии в программах эндоэкологической реабилитации и антистарения.

Литература.

1. Автандилов Г.Г. Медицинская морфометрия / Г.Г. Автандилов. – М.: Медицина, 1990. – 384 с.
2. Белянин В.Л. Диагностика реактивных гиперплазий лимфатических узлов / В.Л. Белянин, Д.Э. Цыплаков. – Санкт-Петербург-Казань, 1999. – 328 с.
3. Горчаков В.Н. Фитолимфонутрициология / В.Н. Горчаков, Э.Б. Саранчина, Е.Д. Анохина // Научно-практ. журнал «Практическая фитотерапия», 2002. – № 2. – С.6-9.
4. Корсун В.Ф. Фитотерапия экземы / В.Ф. Корсун, А.А. Кубанова, С.Я. Соколов. – Минск: «Навука і Тэхніка», 1995. – 276 с.
5. Топорова С.Г. Особенности системы околоклеточного гуморального транспорта при старении / С.Г. Топорова // Альманах «Геронтология и гериатрия». – М., 2003. – Вып. 2. – С.90-94.

Ключевые слова: лимфоузлы, геронтология, фитокоррекция.

Keywords: lymph nodes, gerontology, phytocorrection.

*А.В. Дергунов¹, А.О. Момбеков²,
Э.И. Абдуллаев¹, И.М. Васильчук¹, Д.С. Черкезян¹*

**ЭНДОКРИННЫЙ ПРОФИЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО
АРТРОЗА ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА В РАННЕМ ПЕРИОДЕ
КАТАМНЕСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ¹**

¹*Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург,
adergunov@list.ru;* ²*Диагностический центр №1, Москва*

Резюме. Деформирующий остеоартроз голеностопного сустава (ДАГС) из всех вариантов остеоартроза составляет 9-25%, уступая лишь тазобедренному (30-40%) и коленному (33,3%) (Калашников 2000; Закревский Л.К. с соавт., 1996; Creamer P. 1997, 1999; Pullig O. Et al., 1999), при этом является одной из наиболее сложных и наименее решенных медико-социальных проблем, в большинстве случаев развиваясь в следствии перенесённой тяжёлой травмы одной или нескольких его анатомических составляющих - наружной и внутренней лодыжки, большеберцовой кости, таранной кости (Закревский Л.К., 1996; Загородний Н.В., 2005).

Abstract: Deforming osteoarthritis of the ankle joint (DAGS) of all variants of osteoarthritis is 9-25 % , second only to the hip (30-40 %) and knee (33.3 %) (Kalashnikov, 2000; Zakrevskii L.K. et al., 1996; Creamer P. 1997, 1999; Pullig O. et al., 1999), with one of the most difficult and least unsolved medical and social problems, in most cases, developing as a consequence of undergoing a serious injury to one or more of its anatomical components - the outer and inner ankle, tibia, talus (Zakrevskii L.K., 1996; Zagorodniy N.V., 2005).

Введение. Любая травма, как известно, является стрессом и проявляется непрерывно нарастающей, восходящей к структурным элементам головного мозга (ретикулярная формация, таламус, кора больших полушарий) мощного болевого потока, вызванного повреждением нервных элементов, органов и тканей. Все это мобилизует и изменяет функции сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной, эндокринной, иммунной и других систем организма[1-3]. Большинство авторов обнаружили у больных травматической болезнью продолжительную

¹Dergunov A.V., Mombekov A.O., Abdullaev E.I., Vasilchuk I.M., Cherkesian D.S. The endocrine profile in the pathogenesis of deforming arthrosis of the ankle joint in the early period of follow-up.

активацию коры надпочечников, причем по мере нарастания тяжести травмы и шока концентрация глюкокортикоидов в плазме крови также нарастала [4,5]. В.В. Давыдовым и соавт. (1980) было также показано увеличение концентраций АКТГ и кортизола у больных травматической болезнью, причем не только в плазме крови, но и эритроцитах, моче и ликворе. Подобные изменения в работе гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы (ГГНС) авторы в большинстве случаев рассматривают с позиции стресс-реакции и общего адаптационного синдрома.

Цель исследования. Изучить роль адренокортикотропного гормона (АКТГ) и кортизола в сыворотке крови у больных в отдаленном периоде деформирующего артроза голеностопного сустава (ДАГС) различной степени тяжести и в разные сроки катamnестического периода наблюдения.

Материалы и методы. Предметом исследования явились две группы больных. Первая из них состояла из 624 человек - в возрасте от 18 до 65 лет - в отдаленном периоде ДАГС различной степени тяжести с катamnезом до трех лет. Среди обследованных было 424 (67,9%) мужчин и 200 (32,1%) женщин, что объяснялось большей подверженностью травматизму, преимущественно производственному и транспортному, лиц мужского пола.

Наблюдение всех пациентов велось по единому диагностическому алгоритму, включающему все виды обследования, а именно: клиническое с использованием наборов психометрических тестов, комплексное эндокринное, рентгеновизуализационные и доплерографические методы.

При исследовании стрессреализующей и стресслимитирующей систем определяли количество АКТГ и кортизола в сыворотке крови. Гормональные показатели определялись с помощью радиоиммунологического метода.

Анализ данных проводился с использованием статистических пакетов STATISTIKA 5.

Результаты. При исследовании основных гормонов стресс-реализующей системы - АКТГ и кортизола - у больных ДАГС различной степени тяжести в различные сроки катamnестического наблюдения были получены следующие результаты. У пациентов в раннем отдаленном периоде ДАГС (катamnез до трех лет) с легкой и среднетяжелой формами концентрация АКТГ в сыворотке крови была соответственно в 2,0 и 2,5 раза выше контрольного уровня. Содержание кортизола в сыворотке крови у этих больных было также существенно выше контрольного значения (на 42% и 69% соответственно). В то же время, у

данной категории больных с тяжелой степенью ДАГС, концентрации АКТГ и кортизола в сыворотке крови были достоверно ниже, чем в контрольной группе (на 48% и 26% соответственно).

Закключение. Можно предположить, что у больных ДАГС легкой и средней степени тяжести, в раннем отдаленном периоде возникает очаг патологического возбуждения, импульсы от которого идут к гипоталамусу, стимулируя выработку кортикотропин-релизинг фактора, что в свою очередь, приводит к активации синтеза АКТГ передней долей гипофиза. В ответ на это кора надпочечников, адекватно реагируя, усиливает синтез основного глюкокортикоида – кортизола. Данный факт свидетельствует о сохранении функционирования основной стрессреализующей системы организма – ГГНС. Однако, повышение концентрации кортизола на фоне травматического повреждения ГС может сопровождаться и снижением чувствительности нейронов к кортизолу (Dimoroulou I., Tsagarakis S., Assithianakis G. et al., 2003). При этом отмечается незначительная иммуносупрессия, в основном за счет снижения процентного содержания хелперно-индукторных лимфоцитов, НК-клеток и В-лимфоцитов, при повышении процентного содержания супрессорно-эффекторной субпопуляции Т-лимфоцитов.

Литература:

1. Коновалов, С.С. Профилактическая нейроиммуноэндокринология. / С.С. Коновалов, А.Н. Ильницкий, К.И. Прощаев, И.М. Кветной - СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК. – 2008. – 346 с.
2. Greenberg, M. Handbook of neurosurgery. Fouth edition./M.Greenberg. - Lakeland, Florida, 1997.-964p.
3. Stratmoen, J. High incidence of hypopituitarism among traumatic brain injury patients / J.Stratmoen // Neurology Today. – 2005. – Vol. 5. – N 3. – P.84.
4. Кулагин, В.К. Патологическая физиология травмы и шока. / В. К. Кулагин. – Л.: Медицина, 1978. – 296 с.
5. Bernard, F. Incedence of adrenal insufficiency after severe traumatic brain injury varies according to definition used: clinical implication / F.Bernard, J.Outtrim, D.K.Menon, B.F.Matta // Br. J. Anaesth. – 2006. – Vol. 96. – N 1. – P.72-76.

Ключевые слова: Артроз, голеностопный сустав, адренкортикотропный гормон (АКТГ), кортизол, нейроэндокринная система, травма голеностопного сустава, катамнез, реабилитация.

Keywords: Osteoarthritis, ankle, adrenocorticotrophic hormone (ACTH), cortisol, the neuroendocrine system, trauma ankle catamnesis, rehabilitation.

УДК 612.112-94

*А.В. Дергунов¹ А.О. Момбеков²,
Э.И. Абдуллаев¹, И.М. Васильчук¹, Д.С. Черкезян¹*

**РОЛЬ ИНТЕРЛЕЙКИНА-1 β и ИНТЕРЛЕЙКИНА-4 В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ
И ИСХОДОВ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО АРТРОЗА ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА
В РАЗНЫЕ СРОКИ КАТАМНЕСТИЧЕСКОГО ПЕРИОДА НАБЛЮДЕНИЯ¹**

*¹Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург,
adergunov@list.ru; ²Диагностический центр №1, Москва*

Резюме. Установлено, что все клинические варианты течения отдаленного периода у больных деформирующим артрозом голеностопного сустава с катамнезом до трех лет характеризуются прогрессивным, связанным с тяжестью полученной травмы снижением концентрации интерлейкинов-1 β и -4, что свидетельствует о развитии вторичной комбинированной иммунной недостаточности. При длительности катамнестического наблюдения более десяти лет содержание интерлейкинов-1 β и -4 в сыворотке крови по мере утяжеления травмы несколько повышается, что позволяет расценивать данный факт с одной стороны, как активацию гуморального звена иммунной и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой систем, так и увеличение активности иммуновоспалительного процесса в тканях сустава. Это лежит в основе формирования пространственной и временной цепи взаимосвязанных первичных и вторичных патологических реакций.

Abstract. Found that all of the clinical variants of the course late period in patients with deforming arthrosis of the ankle joint with Catamnesis to three years are characterized by a progressive, related to the severity of the injury lower concentrations interleukin-1 β and 4, which shows the development of the secondary combined immune deficiency. When the duration of follow-up for more than ten years, the content

¹ A.V. Dergunov, A.O. Mombekov, E.I. Abdullaev, I.M. Vasilchuk, D.S. Cherkezian. Role of interleukin-1 β and interleukin-4 in the pathogenesis of deforming arthrosis of ankle joints at different times follow-up period of observations.

interleukin-1 β and -4 in serum as worsening injury increases slightly, allowing to regard this fact on the one hand, the activation of humoral immune system and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis, and an increase in activity immunological process in the tissues of the joint. This is the basis for the formation of spatial and temporal chain of related primary and secondary pathological reactions.

Введение. Известно в настоящее время, что ИЛ-1 представляет собой классический провоспалительный цитокин и характеризуется широким спектром иммунных и неиммунных эффектов. ИЛ-1 вызывает выраженные системные реакции в виде лихорадки, медленно-волнового сна, депрессии, индуцирует выработку белков острой фазы воспаления, рилизинг-факторов гипоталамуса, высвобождение нейропептидов. Повышение концентрации ИЛ-1 β не всегда фиксируется даже при острых воспалительно-деструктивных процессах. Распространена точка зрения, что, помимо высвобождения ИЛ-1 β из макрофагов путем секреции, основное его количество попадает в кровь после гибели этих клеток. Очевидно, только в условиях тяжелого повреждения, каким является травма голеностопного сустава и другие тяжелые органические повреждения крупных суставов, в сыворотке крови может наблюдаться изменение содержания данного цитокина [1–5].

Интерлейкин-4 (ИЛ-4) по направленности действия не относится к классическим провоспалительным цитокинам и характеризуется широким спектром действия на В-клетки (вхождение в S-фазу), Т-клетки (индуктор пролиферации и дифференцировки), тимоциты, макрофаги (повышение экспрессии Ia-антигенов), гемопоэтические предшественники, эозинофилы (поддерживает рост), нейтрофилы и эпителиальные клетки, влияет на изотопическое переключение синтеза IgE и IgG1 в В-клетках, стимулированных липополисахаридом. При травме, учитывая большую вероятность развития иммунных реакций в тканях суставов, изучение содержания данного цитокина представлялось весьма интересным и полезным [10–11].

Цель исследования. Изучить роль интерлейкина-1 β и интерлейкина-4 в сыворотке крови у больных в отдаленном периоде деформирующего артроза голеностопного сустава (ДАГС) различной степени тяжести и в разные сроки катamnестического периода наблюдения.

Материал и методы исследования. Предметом изучения явились две группы больных. Первая из них состояла из 312 человек в возрасте от 18 до 65 лет в отдаленном периоде ДАГС различной степени тяжести с катamnезом до трех лет.

На момент возникновения заболевания средний возраст пациентов в этой группе составил $39,6 \pm 4,44$. Среди обследованных было 212 (67,9%) мужчин и 100 (32,1%) женщин, что объяснялось большей подверженности травматизму, преимущественно производственному и транспортному, лиц мужского пола.

Следующей категорией больных, включенных в дизайн исследования и представляющей интерес в связи с поставленными целями, явилась группа больных из 94 человек - в возрасте от 29 до 65 лет - в отдаленном периоде ДАГС различной степени тяжести с катамнезом более десяти лет. Среди обследованных также преобладали лица мужского пола: 52 (55,3%) мужчины и 42 (44,7%) женщины. Контроль - 58 человек, здоровые лица, распределение мужчин и женщин равномерное.

Методика определения концентрации интерлейкинов 1- β , 4, 6 и фактора некроза опухоли- α в сыворотке крови. Определение содержания цитокинов (интерлейкина-1 β , 4, 6 и фактора некроза опухоли- α) в сыворотке крови выполнялось иммуноферментным методом с использованием коммерческих наборов ProCon («Протеиновый контур», Санкт-Петербург, Россия). Измерения проводили с помощью вертикального спектрофотометра «MultiscanMCC 340». Количественное содержание цитокинов в сыворотке крови и ЦСЖ выражали в пкг/мл. Статистическая обработка материала осуществлялась с помощью пакета прикладных программ MicrosoftExcel с расчетом критерия Стьюдента. Результаты и их обсуждение. Данные о содержании интерлейкина-1 β (ИЛ-1 β) в сыворотке крови у больных ДАГС различной степени тяжести представлены в табл. 1.

Таблица 1

Содержание интерлейкина-1 β в сыворотке крови у больных ДАГС различной степени тяжести в разные сроки катамнестического периода наблюдения (пкг/мл).

Степень тяжести травмы	Катамнестический период до 3-х лет (M \pm m)	Катамнестический период более 10 лет (M \pm m)
Доноры	32,64 \pm 3,75	
Легкая	30,42 \pm 2,97	34,13 \pm 3,81
Средняя	25,71 \pm 1,91*	29,12 \pm 3,14
Тяжелая	19,33 \pm 1,71*	39,44 \pm 2,73* "

Примечание: * - обозначены величины, достоверно отличающиеся от контроля, " - обозначены величины, достоверно отличающиеся от значений в группах сравнения.

В сыворотке крови у пациентов контрольной группы содержание ИЛ-1 β составило 32,64 \pm 3,75 пкг/мл. У больных ДАГС легкой степени тяжести содержание данного цитокина не отличалось от контрольных значений на протяжении всего срока наблюдения. В раннем восстановительном периоде при средней степени тяжести отмечалось снижение ИЛ-1 β в сыворотке крови на 21% по отношению к контрольным значениям и составило 25,71 \pm 1,91 пкг/мл. В период наблюдения более 10-и лет после травмы у этой группы пациентов содержание данного цитокина не отличалось от контрольных значений и значений, зафиксированных в группе сравнения. При тяжелой степени ДАГС в раннем восстановительном периоде было зафиксировано выраженное снижение ИЛ-1 β в сыворотке крови до 19,33 \pm 1,71 пкг/мл (что существенно отличалось на - 40% по отношению к контрольным значениям). В период наблюдения более 10-и лет у больных с тяжелой травмой отмечалось повышение изучаемого показателя на 20% по отношению к контрольным значениям и на 101% по отношению к аналогичному показателю в группе сравнения.

Данные о содержании интерлейкина-4 в сыворотке крови у больных с ДАГС различной степени тяжести представлены в табл. 2.

Таблица 2

Содержание интерлейкина-4 в сыворотке крови у больных ДАГС различной степени тяжести в разные сроки катамнестического периода наблюдения (пкг/мл)

Степень тяжести травмы	Катамнестический период до 3-х лет (M \pm m)	Катамнестический период более 10 лет (M \pm m)
Доноры	25,22 \pm 2,93	
Легкая	21,21 \pm 2,91	24,56 \pm 3,17
Средняя	18,34 \pm 1,79*	29,23 \pm 2,14"
Тяжелая	14,21 \pm 1,69*	32,46 \pm 2,41*"

Примечание: * - обозначены величины, достоверно отличающиеся от контроля, " - обозначены величины, достоверно отличающиеся от значений в группе сравнения

Содержание интерлейкина-4 (ИЛ-4) в сыворотке крови у пациентов контрольной группы было зафиксировано на уровне 25,22 \pm 2,93 пкг/мл. У паци-

ентов с легкой формой ДАГС не было зафиксировано достоверных различий значений изучаемого показателя по сравнению с группой контроля. При среднетяжелом течении ДАГС в раннем восстановительном периоде отмечалось снижение содержания интерлейкина-4 до $18,34 \pm 1,79$ пкг/мл (ниже контрольных значений на 28%). При катанестическом наблюдении более 10-и лет после травмы у пациентов данной группы содержание изучаемого цитокина возвращалось к контрольным значениям и на 61% превышало значение, зафиксированное в группе сравнения (легкая форма ДАГС). При тяжелой форме ДАГС содержание интерлейкина-4 в сыворотке крови было зафиксировано на уровне $14,61 \pm 1,69$ пкг/мл и это было ниже контрольных значений почти на 41%. В позднем восстановительном периоде значения данного показателя превысило контрольные значения на 30% и значения в группе сравнения на 121% и составило $32,46 \pm 2,41$ пкг/мл.

Таким образом, у больных ДАГС легкой степени тяжести содержание ИЛ-1 β в сыворотке крови не отличалось от контрольных значений на протяжении всего срока наблюдения. При ДАГС средней и тяжелой степени тяжести ДАГС в раннем катанестическом периоде отмечалось снижение ИЛ-1 β в сыворотке прямо пропорционально тяжести заболевания; в период наблюдения более 10-и лет после травмы содержание данного цитокина не отличалось от контрольных значений и значений, определяемых у больных с легкой и среднетяжелой травмой. Мы объясняли эту тенденцию тем, что активация тормозящих нейроиммунных путей подобных симпатической нервной системе, но также и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы [6–9], ведет к системной иммунодепрессии и снижению количества и функциональной активности клеток, синтезирующих провоспалительные цитокины. У больных с катанезом более 10 лет с тяжелой травмой отмечалось повышение изучаемого показателя. Активация цитокинов в ткани сустава повреждением не может быть полностью разрушительной. Есть данные, что ИЛ-1 стимулирует продукцию фактора роста нервов, важного нейротрофического фактора [13], и раскрытие периферических нейронов антагонисту ИЛ-1- рецептора тормозит их регенерацию [14]. Эти сведения говорят о том, что ответ ИЛ-1 на повреждение может иметь регенерирующие эффекты через стимуляцию образования локально активных нейротрофических факторов, что объясняет повышение его содержания в сыворотке крови в отдаленные сроки наблюдения. В то же время чрезмерное повышение содержания ИЛ-1 β может вызывать повреждение нейроэндокрин-

ной и иммунной систем, а также стимулировать нейродегенераторные процессы [15].

Динамика показателей содержания ИЛ-4 в период наблюдения до 3 лет после травмы голеностопного сустава подтверждает наличие посттравматической иммуносупрессии. Повышение уровня ИЛ-4 в позднем восстановительном периоде у больных с тяжелой ЗЧМТ, по-видимому, связано с его участием в регуляции иммунного ответа на выраженное повреждение нервной ткани.

Заключение. Установлено, что все клинические варианты течения отдаленного периода ДАГС у больных с катамнезом до трех лет характеризуются прогрессирующим, связанным с тяжестью полученной травмы снижением концентрации интерлейкинов-1 β и -4, что свидетельствует о развитии вторичной комбинированной иммунной недостаточности. При длительности катамнестического наблюдения более десяти лет содержание интерлейкинов-1 β и -4 в сыворотке крови по мере утяжеления травмы несколько повышается, что позволяет расценивать данный факт с одной стороны, как активацию гуморального звена иммунной системы, так и увеличение активности иммуновоспалительного процесса в тканях сустава. Это лежит в основе формирования пространственной и временной цепи взаимосвязанных первичных и вторичных патологических реакций [12].

Литература:

1. Бакалюк, О.И. и др. Первичный остеоартроз: роль локальных иммунологических реакций, пути коррекции / О.И. Бакалюк, С.И. Белозецкая-Смиян, Н.И. Швед и др. // Патол. физиол., Экспер. тер. 1997. – № 1. – С. 24–26.
2. Безгин, А.В. Нарушение локального иммунного статуса и их коррекция при остеоартрозе: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.В. Безгин. – Курск, 2004. – 22 с.
3. Бердюгина, О. В. Иммунологический мониторинг регенерации костной ткани / О. В. Бердюгина // Травматология и ортопедия России. – 2006. – № 3. С. 64–69.
4. Возианов А.Ф. Цитокины. Биологические и противоопухолевые свойства / А.Ф.Возианов, А.К.Бутенко, К.П.Зак. – Киев: Наук. думка. – 1999. – 313 с.
5. Делевский, Ю.П. Иммунопатологические проявления при дистрофических заболеваниях позвоночника и крупных суставов и их патогенетическое значение / Ю.П. Делевский, Е.Б. Волков // Ортопед., травматол. – 1997. – № 3. – С. 33-35.

6. Дубровин, Г.М. Диспансерный контроль за больными деформирующим гонартрозом / Г.М. Дубровин, П.В. Ковалев, Н.В. Стороженко, С.Н. Тихоненков // Вестн. травматол. и ортопед. 2001. – № 3. – С. 48-53.
7. Емельянов, В.Г. Деформирующий артроз голеностопного сустава / В.Г. Емельянов, А.В. Стоянов // Травматология и ортопедия. Т.З.: . под ред. Н.В. Корнилова и Э.Г. Грязнухина. СПб.: Гиппократ, 2006. – С. 513–535.
8. Заболотных, И.И. Болезни суставов: Руководство для врачей / И.И. Заболотных. СПб: СпецЛит, 2005. – 221 с.
9. Игнатъева, В.К. Остеоартроз: монография / В.К. Игнатъева, И.М. Марусенко, Н.Н. Везикова, О.Ю. Варга. Петрозаводск: ПетрГУ, 2003. – 88с.
10. Кетлинский, С.А. Цитокины / С.А. Кетлинский, А.С. Симбирцев.- М.: Фолиант, 2008. – 552с.
11. Клековкина, Е.В. Медиаторы иммунного воспаления в крови и синовиальной жидкости у больных остеоартрозом и ревматоидным артритом / Е.В. Клековкина, Б.Ф. Немцов // Цитокины и воспаление. 2006. – Т. 5, № 3. – С. 55–57.
12. Крыжановский, Г.Н. Общая патофизиология нервной системы (руководство) / Г.Н. Крыжановский. – М.: Медицина, 1997. – 256с.
13. Friedman, W.J. Regulation of beta-nerve growth factor expression by inflammatory mediators in hippocampal cultures. / W.J. Friedman, L. Larkfors, C.Ayer-LeLievre et al. // J. Neurosci. Res. – 2008. – Vol. 27. – P.374–382.
14. Guenard, V. Peripheral nerve regeneration is impeded by interleukin-1 receptor antagonist released from a polymeric guidance channel. / V.Guenard, C.A.Dinarello, P.J.Weston, P.Aebischer // J. Neurosci. Res. – 2007. – Vol. 29. – P. 396–400.
15. Rothwell, N.J. Cytikines – killers in the brain? / N.J.Rothwell // J. Physiol. – 1999. – Vol. 514. – N 1. – P. 3-17.

Ключевые слова: Артроз, голеностопный сустав, интерлейнин-1 β , интерлейнин 4, иммунная система, травма голеностопного сустава, катамнез, реабилитация.
Key words: Osteoarthritis, ankle, interleynin-1 β , interleynin 4, the immune system, trauma ankle catamnesis, rehabilitation.

СТАТУС ПИТАНИЯ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЫХ МУЖЧИН¹

*Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Беларусь, xudababy@mail.ru,*

В настоящее время состояние статуса питания человека рассматривается как прямой показатель, характеризующий состояние здоровья по структуре тела, функциональным возможностям и адаптационным резервам организма. Его формирование зависит от фактического питания, генетической детерминированных особенностей метаболизма питательных веществ, а также от различных факторов и условий жизнедеятельности.

Цель настоящего исследования – гигиеническая оценка влияния фактического питания на формирование статуса питания мужчин 18 – 25-летнего возраста. Объектом исследования явились военнослужащие срочной службы различного срока службы, находящиеся в одинаковых условиях учебно-боевой деятельности.

Оценка фактического питания осуществлялась по результатам анализа недельных раскладок продуктов. Структура тела оценивалась по индексу массы тела (ИМТ), жировому компоненту тела и состоянию мышечной массы [1]. Функциональные возможности организма определялись по результатам выполнения нагрузочных проб и состоянию физической подготовленности. Адаптационные возможности организма исследовались по адаптационному потенциалу (АП) системы кровообращения [2].

Результаты исследований рационов питания свидетельствуют, что они по нутриентному составу и пищевой энергии в основном являются адекватными потребностям организма. Имеет место недостаточное количество белков животного происхождения (38% от общего количества белка), кальция, рибофлавина и ниацина. Отмечается неоптимальное соотношение между кальцием, фосфором и магнием.

Результаты проведенного исследования показали, что интегральными критериями оценки состояния здоровья военнослужащих в связи с характером

¹Doroshevich V.I., Shirko D.I. Nutritional status and health of young men.

питания являются показатели структуры тела и состояния адаптации: величина жирового компонента тела и мышечной массы тела, индекса массы тела (ИМТ) и АП системы кровообращения. Пределами колебаний величин основных показателей гомеостаза, характеризующих оптимальное состояние здоровья военнослужащих срочной службы в связи с характером питания, являются: для жирового компонента тела – 12–18 %, мышечной массы – 38,4–46,9 %, АП системы кровообращения – 2,01–2,30 балла.

Исследования физиологических резервов организма с различным уровнем жирового компонента тела свидетельствуют о снижении показателей кислородного обеспечения организма при содержании жира в теле менее 9 и более 21% по сравнению с лицами, имеющими оптимальные величины. У молодых мужчин указанных выше групп зарегистрированы статистически достоверные ухудшения результатов таких функциональных проб как произвольная задержка дыхания, проба Генча, показатель сердечной деятельности (проба Руфье–Диксона).

Материалы изучения физической работоспособности показывают, что наиболее информативными показателями, свидетельствующими о снижении максимальной аэробной способности организма, являются PWC_{170} и максимальное потребление кислорода, рассчитанные на 1 кг МТ. Величины данных показателей значительно снижаются у молодых мужчин с количеством жира в теле более 21%. Установлена сильная степень обратной корреляционной связи между количеством жира в теле, удельной механической мощностью выполняемой работы и максимальным потреблением кислорода.

Военнослужащие с оптимальным статусом питания в $88,1 \pm 0,26$ % случаев имеют удовлетворительное состояние адаптации. У молодых мужчин с пониженным статусом питания удовлетворительное состояние адаптации наблюдается в $38,6 \pm 0,57$ % случаев. При повышенном статусе питания удовлетворительное состояние адаптации отмечается в $84,3 \pm 0,61$ % случаев, а при избыточном – в $54,5 \pm 2,33$ % случаев. Менее благоприятные результаты адаптации к условиям военной службы были зарегистрированы у военнослужащих с количеством жира в теле менее 9 %, удовлетворительное состояние адаптации у них наблюдалось всего лишь в $22,2 \pm 0,86$ % случаев.

Литература:

1. Кошелев, Н.Ф. гигиена питания войск / Н.Ф. Кошелев, В.П. Михайлов, С.А. Лопатин. – СПб.:ВМА, 1993. – Ч 2. – 259 с.

2. Оценка функционального состояния организма на основе математического анализа сердечного ритма: метод. рекомендации / ДВО АН СССР ; Ин-т биологии моря ; сост. Р.М. Баевский[и др]. – Владивосток, 1987. – 72 с.

Ключевые слова: статус питания, военнослужащие.

Keywords: nutritional status, militarymen.

А. Драганова

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ¹

*Санкт-Петербургский государственный университет,
медицинский факультет*

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) занимает одно из первых мест по инвалидизации и смертности населения экономически развитых стран. Российская Федерация по уровню смертности от сердечно - сосудистых заболеваний находится в первой пятерке (WHO, causes of death, 2008: data sources and methods, 2010). Так, заболеваемость болезнями системы кровообращения по данным Росстата в 2010 году составила 3743 тысяч человек. Инвалидизация составила 350 тысяч человек (39,2% от всех впервые признанных инвалидами), а смертность от болезней кровообращения составила 1151,9 тысяч человек (56,8% от всех смертей). Большая часть из них приходилась на ИБС (Россия в цифрах, 2012).

По мере роста благосостояния жителей Российской Федерации увеличивается доля людей, страдающих абдоминальным ожирением. Вместе с ней растет и число пациентов с метаболическим синдромом (Россия в цифрах, 2012).

Несмотря на то, что патогенез метаболического синдрома (МС) и отдельных его компонентов носит сложный характер и до конца не изучен, в настоящее время большинство организаций, занимающихся стандартизацией этого понятия, отводят важную роль развивающейся в рамках этого синдрома атерогенной дислипидемии (Willet A. et al., 1995; Mokdad A.H., Ford E.S., 2003). Комбинация повышенных триглицеридов и низкая концентрация холестерина (ХС)

¹Draganova A. Clinical features of acute coronary syndrome in patients with metabolic syndrome.

липопротеидов высокой плотности (ЛВП) в сочетании с повышенным аполипопротеином В, мелкими плотными частицами липопротеидов низкой плотности (ЛНП) и мелкими частицами ЛВП - все эти компоненты независимо атерогенны (D'Agostino R.V. et al, 2008; Brunzell J.D. et al., 2008). Низкий уровень холестерина ЛВП и высокий — триглицеридов являются факторами риска ишемической болезни сердца. В связи с этим, частота развития ИБС у пациентов с метаболическим синдромом гораздо выше, чем в среднем в популяции. Большинство исследователей отмечают высокую агрессивность течения ИБС у таких больных, меньшую эффективность от проводимой консервативной терапии, высокий риск рестеноза после проведения реваскуляризирующих операций и высокий риск жизнеугрожающих осложнений (Congro R. et al., 2003).

Целью данного исследования стала оценка МС как фактора, влияющего на краткосрочный прогноз.

Материалы и методы. В исследование были включены 50 пациентов, госпитализированных в экстренном порядке в Александровскую больницу с диагнозом острый коронарный синдром (ОКС) и которым в течение 24 часов выполнялась коронароангиография. Всем больным при поступлении проводилось общеклиническое обследование, выполнялась ЭКГ, оценивались маркеры повреждения миокарда (тропонин-И, КФК-МВ).

Пациенты были разделены на две группы: 20 человек с наличием МС и 30 человека без МС. В группе с МС было 10 женщин (средний возраст 67,4, ИМТ 32,9±3,9) и 10 мужчин (средний возраст 57,6±7,5, ИМТ 33,3±3). В группе контроля - 14 женщин (средний возраст 66,1±7, ИМТ 26,7±2,2) и 16 мужчин (средний возраст 61,8±10,5, ИМТ 26,4±2,7).

Результаты. В группе пациентов с МС доля инфаркта миокарда (ИМ) составила 60%, доля пациентов с нестабильной стенокардией (НС) - 40%; в контрольной группе 70% и 30%, соответственно. По результатам коронароангиографии у пациентов с МС преобладал сбалансированный тип кровотока (70%), в группе контроля у 23,3% больных выявлен левый тип, у 23,3% - правый, у 53,4% - сбалансированный. У пациентов с МС по сравнению с группой контроля с высокой частотой наблюдалось многососудистое поражение (45% и 16,7%, соответственно, $p=0,01$).

Оценивались результаты 22 ЭХО-КГ, выполненных в течение 72 часов после поступления. По данным ЭХО-КГ у пациентов с МС сразвившимся ИМ гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) наблюдалась у 75% случаев; у тех, у кого ИМ

не развился- в 33,3% ; без метаболического синдрома с ИМ и без ИМ 80% и 80%, соответственно.

Выводы. Более чем у половины пациентов с МС встречалось многососудистое поражение, однако, острое повреждение миокарда у них бывает не чаще, чем в группе контроля, что, вероятнее всего, связано с развитием коллатерального кровообращения на фоне хронической гипоксии. Отсутствие ГЛЖ у пациентов с МС, по всей видимости, может считаться прогностически благоприятным признаком.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, метаболический синдром.

Keywords: acute coronary syndrome, metabolic syndrome.

УДК 614.2.

В.А. Дуфинец

**СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ТЕНДЕНЦИИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ
ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ЗАКАРПАТСКОЙ ОБЛАСТИ:
НАЦИОНАЛЬНЫЙ И РЕГИОНАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ**

*Мукачевский частный центр «Визус», г. Мукачево, Закарпатская область,
Украина*

Введение. Целью исследования было установление основных тенденций офтальмологической заболеваемости и инвалидности населения Закарпатской области.

Материалы и методы. С помощью медико-статистического метода были изучены основные медико-статистические показатели, характеризующие состояние и динамику заболеваемости населения Закарпатской области болезнями органа зрения за период 2006 -2011 гг. Предметом исследования стали общая и первичная заболеваемость болезнями глаз взрослых и детей, включая глаукому, катаракту, миопию, а также первичная инвалидность вследствие болезней органа зрения. Проведен сравнительный анализ с аналогичными показателями в Украине в целом.

Результаты. Распространенность болезней глаз среди взрослого населения Закарпатской области за период 2006-2011 гг. имела тенденцию к росту. При-

рост общей заболеваемости составил 47,9%. Наиболее высокие уровни распространенности выявлены по следующим нозологическим формам: конъюнктивит (965,5 случаев на 100 тыс. населения), катаракта (675,4), миопия (675,0), глаукома (367,6), болезни склеры (218,2).

Среди детей в возрасте до 14 лет включительно распространенность офтальмологической патологии выросла за пятилетний период на 6,0%, а первичной заболеваемости на 18,4%. По уровням распространенности отдельных видов патологии преобладали миопия (10,6 случая на 1000 детского населения) и конъюнктивиты (21,3 случая соответственно).

Наибольший удельный вес в структуре распространенности болезней глаз у взрослых имели конъюнктивиты (15,9%), катаракта (11,1%), миопия (11,1%), глаукома (6,0%). В течение 2006-2011 гг. происходил рост общей заболеваемости наиболее социально значимыми видами офтальмологической патологии, в частности, глаукомой – на 28,4%, катарактой – на 47,7%, миопией – на 28,4%.

Анализ общей и первичной заболеваемости болезнями глаз взрослого населения Украины также выявил тенденции к росту. Так, распространенность офтальмологической патологии увеличилась в течение 2006-2011 гг. на 3,5%, заболеваемость – на 4,1%. Установлено, что в Закарпатской области при более низких показателях распространенности офтальмологической патологии, темпы их роста существенно выше (+47,9%), чем по стране в целом (+3,5%).

Выявлены существенные различия в заболеваемости и распространенности болезней глаз среди взрослого населения различных районов области, достигающие по показателям первичной заболеваемости 2,5 раза (от 2575,0 до 6995,9 случая на 100 тыс. населения), по уровню общей заболеваемости – 2,1 раза (от 4368,7 до 9015,4 случая на 1000 населения).

Первичная инвалидность взрослого населения Украины вследствие болезней органа зрения в течение 2006-2011 гг. остается стабильно высокой 1,6–1,7 на 10 тыс. населения. В её структуре ведущее место занимают последствия травм глаза и орбиты (19,6%), патология глазного дна (19,0%), глаукома (16,4%), миопия (12,7%). Инвалидность вследствие болезней глаз по удельному весу занимает седьмое место в общей структуре первичной инвалидности.

Заключение-выводы. На основании результатов поведенных исследований сделан вывод о негативных тенденциях к росту заболеваемости взрослого и детского населения Закарпатской области болезнями глаза и его придаточного

аппарата. И хотя областные показатели – ниже средних по стране, темпы их роста значительно опережают среднеукраинские, что является неблагоприятным в прогностическом плане и требует принятия адекватных мер по предупреждению указанной патологии и предоставления качественной медицинской помощи населению.

Ключевые слова: болезни глаза и его придаточного аппарата, заболеваемость, распространенность болезней.

Keywords: diseases of the eye and adnexa, incidence, prevalence.

В.В. Закревский, Д.В. Копчак

НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ «ЦИВИЛИЗАЦИИ»¹

*Северо-Западный Государственный Медицинский Университет
им.И.И.Мечникова, Санкт-Петербург, vzakr@mail.ru*

Одной из главных задач в решении проблемы профилактики и лечения заболеваний «цивилизации», таких как ожирение, метаболический синдром, дислипидемия, сахарный диабет 2–го типа и других, является исследование и оценка влияния внешних и внутренних факторов, определяющих пищевое поведение человека, и механизмов его формирования. К сожалению, современное общество провоцирует многих людей, особенно детей и подростков, к модификации пищевых предпочтений в сторону деградации, обусловленной экономическими, социальными, психологическими и нравственными причинами. Это усугубляет проблему, связанную с разъяснением принципов полноценного питания среди населения и обучение этим принципам, и не способствует эффективной профилактике заболеваний.

Цель исследований. Изучение механизмов формирования пищевого поведения человека и оценка влияния его на развитие заболеваний.

Материал и методы исследований. В работе использовался метод литературного исследования источников, в которых рассматривались вопросы фор-

¹V.V. Zakrevskiy, D.V. Kopychak. Infringements of food behaviour as the risk factor of development of diseases of "civilization".

мирования пищевого поведения человека и его роль в развитии болезней «цивилизации».

Результаты и их обсуждение.

Пищевое поведение – это совокупность поведенческих действий человека, являющихся неотъемлемой составляющей его образа жизни, направленных на выбор пищи, условия и режим приема пищи для удовлетворения физиологических, психологических и социально-экономических потребностей. Рисунок пищевого поведения, обеспечивающего этот процесс, относительно прост, но чрезвычайно сложны его внутренние составляющие, охватывающие взаимодействие различных физиологических систем [1].

Пищевое поведение каждого человека формируется под влиянием семейных, национальных, психофизиологических особенностей, социально-культурных и этических ценностей, особенностей метаболизма в организме и состояния здоровья. Оно зависит от взаимодействия чувства голода и сытости, энергетического и специализированного аппетита, соотношения мотивационных и эмоциональных компонентов. Доказано [2], что пищевое поведение военнослужащих определяется выраженностью чувства голода и насыщения, органолептическими свойствами блюд, гигиеническим воспитанием довольствующихся, а также их вкусовыми и пищевыми предпочтениями.

Пищевое поведение человека определяется 2-мя основными факторами: качеством и безопасностью продуктов питания и блюд и индивидуальными особенностями организма. При этом выбор продуктов может в меньшей степени зависеть от индивидуальных предпочтений, и в большей – от того, что доступно по средствам [4].

Под качеством продукта подразумеваются признаки, которые непосредственно воздействуют на человека и могут быть определены или измерены в продукте. К ним относятся следующие виды ценностей: вкусовая, пищевая, биологическая, потребительская, психологическая, социально-культурная.

Как правило, предпочтение отдается тем продуктам и блюдам, которые в максимальной степени отвечают вкусовым ожиданиям человека. С вкусовой ценностью взаимосвязано получение удовольствия от пищи, которое обязательно должно иметь место после выполнения всех высоких требований к продуктам питания, таких как безопасность, пищевая и биологическая ценность.

Наблюдения, связанные с изучением фактического питания различных групп населения, показывают, что в течение длительного времени могут по-

требляться только приятные на вкус продукты и блюда. Рекомендацию употреблять только полезную для здоровья пищу, хотя и находит поддержку у населения, невозможно укоренить в быту, если эта пища не обладает одновременно хорошими вкусовыми качествами [3].

К индивидуальным особенностям организма, определяющих его пищевое поведение, можно отнести психо-эмоциональное состояние, особенности метаболизма и физиологических систем организма, имеющиеся заболевания и другие. Для некоторых людей важное значение могут иметь психические аспекты, связанные с потреблением в пищу сахара и кондитерских изделий. С детства сладкое ассоциируется с такими приятными чувствами, как любовь, тепло, поощрения и др. Поэтому очень легко и незаметно можно переступить грань наслаждения и ложного удовлетворения вкусовых потребностей.

Вывод. Пищевое поведение следует рассматривать как мультидисциплинарную проблему. Расстройства пищевого поведения относятся к разряду одних из наиболее сложных в диагностическом и лечебном планах. Коррекция образа жизни людей в сторону здорового, в том числе его пищевой компоненты, является одной из основных мер профилактики болезней «от цивилизации».

Литература:

- 1.Кассиль В.Г. Пищевое поведение в онтогенезе. – Л.: Наука, 1990. – 120 с.
- 2.Лопатина В.Ф. Психофизиологические особенности алиментарного поведения военнослужащих. – Автореф. Дис....канд. мед. Наук. – СПб., 1996. – 18 с.
- 3.Полноценное питание (Пер. с нем. А.А. Урсуленко). – Херсон: Изд-во «ТДС», 2012. – 512 с.
- 4.Food and health in Europe: a new basis for action; summery. WHO, 2003. 38 p.

Ключевые слова: пищевое поведение, болезни цивилизации.

Key words: food behaviour, diseases of «civilization».

ЗАГРЯЗНЕННОСТЬ МЯСНОГО СЫРЬЯ НИТРОФУРАНАМИ – ОДИН ИЗ ИНДИКАТОРОВ НЕБЕЗОПАСНОСТИ ПИЩЕВОЙ ПРОДУКЦИИ ДЛЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ¹

*Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И.Мечникова, Санкт-Петербург, vzakr@list.ru*

В статье представлены результаты мониторинга нитрофуранов в различных видах мясного сырья поступающего на современные мясоперерабатывающие предприятия Санкт-Петербурга. Исследования проводились с использованием метода иммуноферментного анализа, обладающего высокой чувствительностью, быстротой получения результатов и большой производительностью.

Введение. Нет необходимости доказывать, что здоровье человека напрямую связано с одним из факторов окружающей среды - питанием. По мере осложнения экологической и экономической ситуации, все более обостряется проблема качества и безопасности продовольственного сырья и пищевых продуктов [1,2]. Их контаминация различными ксенобиотиками в большей степени зависит от уровня загрязненности окружающей среды. От 20% до 90% загрязнителей поступает в организм человека с пищей. Это связано с тем, что ксенобиотики, попадая в окружающую среду в результате антропогенной деятельности человека, способны накапливаться в почве, грунтовых водах, водоемах с последующей миграцией в растения и организм животных [4].

В сельском хозяйстве для откорма животных широко применяются стимулирующие рост лечебно-профилактические антибактериальные средства в виде кормовых добавок, в том числе препараты нитрофурановой группы. Экономические выгоды от их применения очевидны, так как они в значительной степени снижают себестоимость конечной продукции. Однако при этом возникает возможность загрязнения ими животноводческой пищевой продукции [7].

Нитрофураны – группа антибактериальных лекарственных средств, полученных из 2 замещенного фурана присоединением к нему нитрогруппы в пятом

¹V.V.Zakrevskiy, S.N.Leleko. Contamination of raw meat nitrofurans - one of the indicators unsafe food products to consumers.

положении. По химическому строению они относятся к 5 – нитро-2-фуруфлуиденгидрозомам или 5 нитро-2-фурил (β -акрилен) гидрозомам [3,5]. Они эффективны в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий, а также некоторых крупных вирусов, трихомонад, лямблий. В зависимости от химического строения отдельные соединения этого ряда несколько различаются по спектру действия [5]. Из многочисленных синтезированных в 50-е гг. XX века в Институте органического синтеза АН Латвии производных нитрофурана в качестве химиотерапевтических средств наиболее широко применяются: нитрофурацилин (фурацилин), нитрофурантоин (фурадонин), фуразолидон, фуразидин (фурагин). Исходный продукт синтеза производных 5-нитрофурана – фурурол (α – фурилальдегид) [9].

Многие лекарственные препараты, попадая в организм животных и человека, образуют метаболиты. Препараты нитрофурановой группы являются легкометаболизирующими веществами, которые быстро распределяются по организму [10]. Период полураспада в организм исходных препаратов составляет от 7 до 63 минут [13], при этом метаболиты образуют стабильные связи с белками, в результате чего удерживаются в организме в течение длительного времени. Например, 3-амино-2-оксазолидинон (АОЗ) является основным метаболитом фуразолидона, 3-амино-5-морфолинометил-2-оксазолидинон (АМОЗ) – фурализона, 1 – аминогидантоин (АГД) – фурадонина и семикарбозид (СЕМ) – фурацилина [11,14]. Данные метаболиты являются первичными и наиболее типичными, однако более токсичны вторичные метаболиты. Например, АОЗ в процессе обмена может образовывать β -гидроксиэтилгидразин, который обладает мутагенным и канцерогенным действием [12].

С 1995 года полностью запрещено использование нитрофуранов в животноводческом производстве в Европейском Союзе (Постановление Комиссии, 1995) из-за опасений канцерогенности остатков препарата и их потенциально вредных воздействий на здоровье человека. Несмотря на установленное законом запрещение использования нитрофуранов в этих и других странах, они продолжают оставаться доступными для использования в ветеринарии, как в странах Европейского Союза, так и во многих развивающихся странах по причине их эффективности и доступности, что подтверждается системой RapidAlertSystemforFoodandFeed - (RASFF) [15].

Цель исследования - провести мониторинг остаточных количеств метаболитов нитрофуранов АМОЗ и АОЗ в мясном сырье, поступающем на мясопе-

перерабатывающие предприятия Санкт-Петербурга.

Материал и методы. В проводимой работе использовались следующие средства измерений, вспомогательные устройства и материалы: программно – аппаратный комплекс для иммуноферментного анализа: портативный стриповыйридер «BETTY» для одноволновых измерений с фильтром на 450 нм, программное обеспечение RIDA[®]SOFTWin (Артикул Z9999); испаритель QS-S EBA ЭКО, центрифуга лабораторная медицинская ОПн-3 с ротором (Россия), аналитические лабораторные весы ВЛР-200 (Россия), вортексMSN-3500, диспергатор (Германия) тест-системы для количественного определения метаболитов нитрофуранов (AMOZ и AOZ) RIDASCREEN Nitrofurantolamide AMOZ и AOZ (ООО «Системные решения Стайлаб» R-Biopharm).

Исследования методом иммуноферментного анализа (ИФА) выполнялся в соответствии с методическими рекомендациями утвержденные Минсельхозом России за номером 5-1-14/1005 от 11.10.2015г. В основе теста – взаимодействие антигенов с антителами. Лунки стриповмикротитровального планшета покрыты антителами захвата, связывающимися с анти-АОЗ антителами (AMOZ).

Из основных этапов анализа можно выделить: пробоподготовку, дериватизацию и обработку полученных результатов.

Пробоподготовка: бралась навеска 1 г гомогенизированной пробы смешивали её с 3,8 мл дистиллированной воды, добавляли 0,5 мл 1М HCL и 300 мкл 10 мМ 2- нитробензальдегида (в ДМСО) затем энергично встряхивали.

Дериватизация - процесс получение производных анализируемого вещества, обладающих иными (лучшими) аналитическими свойствами. Пробы инкубировали при температуре 50°C в течение 3-х часов, либо в течение 16 часов (в течение ночи) при 37°C. После инкубации добавляли: 5мл 0,1 М K₂HPO₄, 0,4 мл 1М NaOH и 5 мл этилацетата и 30 секунд энергично встряхивали. После этого центрифугировали при комнатной температуре (20 - 25°C) в течение 10-ти минут при 3000 g. После центрифугирования переносили 2,5 мл этилацетатной фазы (верхний слой) в новую чистую пробирку и испаряли досуха. Затем растворяли сухой остаток в 1 мл n-гексана и тщательно перемешивали с 1 мл буфера для проб. После этого подвергали пробу центрифугированию при комнатной температуре (20 - 25 °C) в течение 10-ти минут при 3000g. и в итоге для анализа использовали 50 мкл раствора (нижняя водная фаза) на лунку планшета.

При проведении тестирования бралось необходимое количество лунок для

анализа. В первые шесть парных лунок добавляли пипеткой 50 мкл стандартных растворов, в остальные лунки вносили исследуемые пробы. Затем в каждую лунку добавляли по 50 мкл ферментного конъюгата, по 50 мкл раствора антител и перемешивали с последующей инкубацией при комнатной температуре (20 - 25° С) в течение 1-го часа. После этого промывали лунки 3-хкратно моющим буфером. После промывки добавляли по 100 мкл субстрата/хромогена в каждую лунку, перемешивали и оставляли на инкубацию при комнатной температуре (20 - 25° С) в течение 15 минут в темноте. Заключительным этапом было добавление в каждую лунку по 100 мкл стоп-раствора, с последующим измерением на фотометре.

Для единичных измерений при обработке результатов иммуноферментного анализа мы использовали модель вероятности с логистическим распределением, а для двойных или нескольких определений применялся кубический сплайн. Стандартная кривая прилагается к каждому набору ИФА.

$$\frac{\text{оптическая плотность стандартного раствора (или пробы)}}{\text{оптическая плотность нулевого стандарта}} \times 100 = \% \text{ опт. плотности}$$

Нулевой стандарт приравнивается, таким образом, к 100%, а величины оптической плотности указываются в процентах. По величинам относительной оптической плотности, вычисленным для стандартных растворов, и соответствующим значениям концентрации АОЗ (нг/кг) или (АМОЗ) строится калибровочная кривая (рис.1) в полулогарифмической системе координат. Для того чтобы вычислить концентрацию АОЗ в нг/кг или (АМОЗ) в исходной пробе, величину концентрации АОЗ (АМОЗ), полученную по калибровочной кривой, следует умножить на соответствующий фактор разбавления. При выполнении анализа в соответствии с приведенной методикой фактор разбавления равен 2 [6].

Для обработки результатов также использовалась лицензионная программа RIDA[®]SOFTWin (Артикул Z9999), которая позволила обработать большое количество проб, исключить математические ошибки и проанализировать результаты различными математическими методами (линейной регрессии, Logit/Log, сплайн-интерполяции и обработка результатов методом 4-параметров).

Совместно с Управлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Санкт-Петербургу

проводился отбор проб на четырех мясоперерабатывающих заводах Санкт-Петербурга по ГОСТу Р 51447-99 (ИСО 3100-1-91). Было отобрано 33 пробы различного вида мяса (индейка, говядина, калтык, свинина, телятина, ягнятина, курица), в том числе 3 пробы готовой продукции: ветчина из куриной грудки, сервелат классический, колбаса сырокопченая "Богородска". Мясное сырье поступала на заводы из стран: Россия, Бразилия, Парагвай, Аргентина, Испания, США, Ирландия, Австралия, Дания, Новая Зеландия, Уругвай и Германия.

В соответствии с решением Комиссии Таможенного союза от 28.05.2010 №299 (ред. от 15.01.2013) «О применении санитарных мер в таможенном союзе» содержание нитрофуранов (включая фуразолидон) не допускается в продукции животного происхождения на уровне определения методов [8]. Используя метод иммуноферментного анализа, который обладает высокой чувствительностью, можно идентифицировать метаболиты нитрофуранов на пределе обнаружения от 0,2 мкг/кг. Поэтому положительными пробами в исследовании считались те, в которых уровень был выше 0,2 мкг/кг [6].

Результаты и обсуждение.

Исследованию на содержание остаточных количеств метаболитов АМОZ и АОZ нитрофурановых препаратов подвергались 33 исследуемых проб (табл. 1). В 21 случае (63%) был обнаружен метаболит АМОZ, в концентрации от 0,308 до 16,2 мкг/кг. Наибольшая концентрация была выявлена в сырье, поставляемом из Уругвая, Германии, Аргентины, Испании и России. При определении второго метаболита - АОZ, было выявлено 12 положительных проб (63%), в концентрации от 0,336 до 16,2 мкг/кг. В полученных результатах обращает на себя внимание, что 5 проб (15,5%) содержали как метаболит АМОZ так и - АОZ. При исследовании готовой продукции, такой как ветчина из куриной грудки, сервелат классический, колбаса сырокопченая "Богородска", метаболит АМОZ присутствовал во всех пробах в концентрациях от 0,308 до 0,460 мкг/кг, АОZ отсутствовал.

При сравнении показателей содержания метаболита АМОZ в мясном сырье импортного (Бразилия, Парагвай, Аргентина Испания США, Ирландия Австралия, Дания, Новая Зеландия, Германия, Уругвай) и отечественного производства определено, что в 23 исследованных импортных образцах мясного сырья обнаружены в 14 случаях (60%), а в 10 отечественных образцах мясного сырья - в 7 случаях (70%).

Таблица 1

Показатели (в абс. цифрах) выявляемости метаболитов AMOZ и AOZ в мясном сырье, поступившем на мясоперерабатывающие предприятия Санкт-Петербурга в 2012-2013 гг. из разных стран мира

Страна происхождения	Объект исследования	Метаболиты		Количество положительных проб	
		AMOZ мкг/кг	AOZ мкг/кг	AMOZ	AOZ
Бразилия	Филе бедра индейки	<0,2	<0,2	0	0
	Мясо говядины бескостное замороженное	<0,2	<0,2	0	0
	Свинина бескостная замороженная	0,393	0,901	1	1
	Говядина бескостная охлажденная - оковалок говяжий	<0,2	<0,2	0	0
	Говядина бескостная (мороженная боенская)	1,07	<0,2	1	0
	Свинина	<0,2	0,595	0	1
Парагвай	Говядина бескостная замороженная	>16,2	>16,2	1	1
	Говядина бескостная замороженная внешняя часть бедра	<0,2	<0,2	0	0
	говядина бескостная толстый край	>16,2	>16,2	1	1
Россия	Говядина "Пикантная"	<0,2	<0,2	0	0
	Ветчина из куриной грудки	0,460	<0,2	1	1
	Сервелат классический	0,348	<0,2	1	0
	Колбаса сырокопченая "Богородска"	0,308	<0,2	1	0
	Грудка куриная	<0,2	0,421	0	1
	Филе курицы	<0,2	0,581	0	1
	Курица /филе/	1,69	<0,2	1	0
	Курица /филе/	2,07	<0,2	1	0
	Курица /филе/	2,95	<0,2	1	0
	Курица /филе/	2,09	<0,2	1	0
Аргентина	Замороженный говяжий калтык	>16,2	>16,2	1	1
Испания	Свинина на кости	<0,2	<0,2	0	0
США	Мясо говядины бескостное замороженное	0,365	0,336	1	1
	Замороженная бескостная говядина- оковалок	0,461	<0,2	1	0
Ирландия	Шея свиная бескостная, замороженная,	0,352	<0,2	1	0
Австралия	Телятина бескостная (вырезка) охлажденная	0,998	0,589	1	0

Таблица 1 (продолжение)

Страна происхождения	Объект исследования	Метаболиты		Количество положительных проб	
		АМОЗ мкг/кг	АОЗ мкг/кг	АМОЗ	АОЗ
	Ягнятина на кости охлажденная в в/у (отбивная ягнелка на 4-х ребрышках)	<0,2	0,601	0	1
Дания	"Лопатка" говядина охлажденная, бескостная - вакуум.	<0,2	0,858	0	1
Новая Зеландия	Ягнятина	<0,2	0,921	0	1
Германия	Свинина (триминг)	1,82	<0,2	1	0
	Свинина (триминг)	2,05	<0,2	1	0
	Свинина (триминг)	2,31	<0,2	1	0
Уругвай	говядина - триминг, мороженое	0,890	<0,2	1	0
	Говядина - триминг, мороженое	0,775	<0,2	1	0
Итого:				21	12

Содержание метаболита АОЗ в импортной продукции обнаружено в 9 пробах (39%), а в отечественной - 2 (20%) (рис 1).

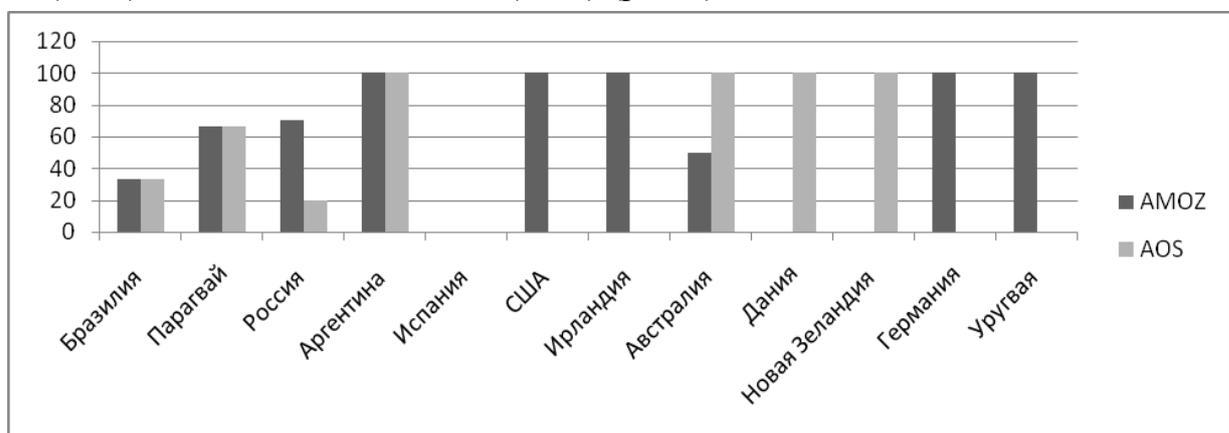


Рис 1. Частота обнаружения метаболитов нитрофуранов АМОЗ и АОЗ в мясном сырье поступающего на мясокомбинаты Санкт-Петербурга, %

Заключение.

В результате проведенных исследований по определению метаболитов нитрофуранов АМОЗ и АОЗ в мясе и мясной продукции можно сделать вывод, что как в странах-поставщиках мясного сырья в Россию, так и в самой России в животноводстве используются такие нитрофураны, как фуралтадон и фуразолидон, что приводит к контаминации мясной продукции метаболитами этих

антибактериальных препаратов. Это может быть связано с лечением больного животного или с целью ростостимулирующего эффекта, а также вследствие нарушения ветеринарных правил предубойной подготовки животных (запрещено отправлять на убой животных, которым применяли антибиотики и другие лекарственные средства в течение 14 дней после их применения).

Проведенные исследования мясного сырья на содержание нормируемых санитарным законодательством РФ нитрофуранов выявили их превышение в мясе и мясной продукции, импортируемой в Россию из некоторых стран мира (Уругвая, Германии, Аргентины, Испании), и показали, что мониторинг за препаратами нитрофуранового ряда в этой группе продуктов является актуальной проблемой, так как пищевые продукты, контаминированные нитрофуранами, оказывают негативное влияние на здоровье потребителей.

Литература:

1. Закревский В.В. Безопасность пищевых продуктов и биологических активных добавок к пище. Практическое руководство по санитарно-эпидемиологическому надзору. – СПб.:ГИОРД, 2004. – 280с.
2. Закревский В.В., Лелеко С.Н. Состояние загрязненности мясного сырья нитрофуранами в условиях традиционного животноводства.// Профилактическая и клиническая медицина. – 2012.- №3(44). –С. 96-99.
3. Ковалев В.Ф. Антибиотики, сульфаниламиды и нитрофураны в ветеринарии: справочник / Ковалев В.Ф., Волков И.Б., Виолин Б.В. М.: Агропромиздат, 1988. -240с.
4. Лаврик О.Л. Законодательное регулирование качества пищевых продуктов /О.Л. Лаврик, С.В. Морозов //ГПНТБ. Новосибирск, 1997.-136с.
5. Машковский М.Д. Лекарственные средства. 15-е изд., перераб., испр. и доп. – М.: РИА «Новая волна»: Издатель Умеренков, 2007. – 1206 с.: ил.
6. МУ 5-1-14/1005 "Методические указания по количественному определению антибактериальных препаратов в продовольственном сырье и продуктах питания животного происхождения методом конкурентного иммуноферментного анализа». – М. -2012.
7. Припутина Л.С. Гигиеническое значение использования кормовых антибиотиков в животноводстве /Л.С. Припутина, О.Д. Ольшевская, Т.В. Воробьева, Ж.Я. Жильская // Вопросы питания. 1982. - № 1. - С. 50 - 53.
8. Решение Комиссии Таможенного союза от 28 мая 2010 г. № 299 (ред. от 15.01.2013) «О применении санитарных мер в таможенном союзе».

9. Соколов В.Д. Перспективы применения химиопрепаратов //Ветеринарная практика. - 1997. №1.-С. 6-14.
10. Тимофеев Б.А. Профилактика лекарственных осложнений у сельскохозяйственных животных. – М.: Росагропромиздат, 1989.-160 с.
11. Finzi J.K. et al.// J. of Chromatography. 2005, В, 824.
12. Mottier P. Et al. // J. of Chromatography A, 1067(2005) 85-91.
13. Nouws J.F.M., Laurensen J.: Postmortal degradation of furazolidone and fural-tadone in edible tissues of calves. // Veterinary Quarterly, 12, 1990, 56–59.
14. Vass M., Hruska K., Franek M.: Nitrofurans antibiotics: a review on the application, prohibition and residual analysis// VeterinarniMedicina 53, 2008 (9): 469–500 Review Article, Veterinary Research Institute, Brno, Czech Republic.
15. http://ec.europa.eu/food/food/rapidalert/members_en.htm

Ключевые слова: метаболиты нитрофуранов, пищевые продукты, показатели безопасности.

Key words: metabolites of nitrofurans, food products, the safety record.

Работа выполнена на средства именованного гранта Э.Э.Эйхвальда.

Ю.В.Занегина

ЗДОРОВЬЕ ПОЛОСТИ РТА КАК КРИТЕРИЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ¹

*Кировская государственная медицинская академия,
кафедра внутренних болезней, г. Киров*

Введение: Здоровье полости рта является критерием качества жизни в цивилизованном мире. Состояние зубов и тканей пародонта играет очень важную роль в обеспечении жизненного комфорта. Кариозные поражения зубов, заболевания десен, атрофия альвеолярной кости субъективно доставляют массу неприятных ощущений: болевые ощущения, неприятный запах изо рта, повышенную чувствительность зубов к различным раздражителям (химическим, физическим, термальным), кровоточивость десен, расшатывание зубов и др. Но самое главное,

¹Zanegina Y.V. Oral health quality of life as a criterion.

это постоянный очаг инфекции (одонтогенная инфекция), очень часто обуславливающий септическое состояние организма. Многие уделяют внимание лишь эстетическому виду зубов, не понимая, что от состояния зубов зависит здоровье всего организма. Например, кариес может стать причиной заболеваний не только пищеварительного тракта, но и других важнейших органов и систем организма, в том числе и сердца. Но основная причина всех заболеваний органов полости рта – пренебрежение правилами гигиены.

Цель: Провести анализ ситуации стоматологического здоровья полости рта.

Материал и методы исследования:

В исследование включены 50 мужчин в возрасте от 30 до 40 лет (средний возраст 36 лет). Нами была разработана анкета, включающая в себя основные вопросы о правилах гигиены полости рта.

Результаты:

В результате проведенных исследований было выявлено, что регулярно посещают стоматолога (2 раза в год) лишь 14% анкетированных, 1 раз в год - 32%, чаще 2 раз в год - 12%, реже 1 раз в год - 42%. Каждый день чистят зубы - 64%, не каждый день - 36%. Вообще не чистят зубы 8% респондентов, 1 раз в день - 56%, 2 раза в день - 30%, 3 и более раз - 6%. Меняют свою зубную щетку через 3 месяца - 6%, через 6 месяцев - 24%, 1 раз в год и более - 70%. Считают, что здоровье полости рта влияет на общесоматическое состояние человека - 24%, не выявляют связи между здоровьем полости рта и общесоматическим состоянием - 76%.

Заключение:

Полученные результаты позволили прийти к заключению о том, что анкетированные не обладают достаточными знаниями и навыками в области профилактической стоматологии и не в полной мере заботятся о здоровье органов и тканей полости рта. Все это приводит к росту числа заболеваний полости рта и общесоматических заболеваний. Что в совокупности приводит к ухудшению качества жизни. В связи с этим с пациентами была проведена беседа о правилах гигиены, контролируемая чистка зубов, а также даны советы и рекомендации по профилактике стоматологических заболеваний.

Ключевые слова: здоровье полости рта, анкета, анализ, качество жизни.

Key words: oral health, profile, analysis, quality of life.

ЛАТЕНТНОЕ ТЕЧЕНИЕ САРКОИДОЗА В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ¹

*Филиал №12 ФГКУ «354 ВКГ» Минобороны России, Кировская область,
orienaero@rambler.ru*

Саркоидоз (болезнь Бенъе — Бека — Шаумана) - хроническое мультисистемное заболевание неясной этиологии, характеризующееся скоплением Т-лимфоцитов и мононуклеарных фагоцитов, образованием неказеифицированных эпителиоидных гранулём и нарушением нормальной архитектоники поражённого органа. Могут поражаться все органы, кроме надпочечников. Первый случай саркоидоза был описан в Лондоне хирургом-дерматологом Дж. Хатчинсоном в 1877 году.

Многочисленные эпидемиологические исследования сообщают о росте заболеваемости и распространённости саркоидоза во всем мире [1]. В странах Европы и США частота заболевания составляет в среднем 10-40 случаев на 100000 населения. Наиболее высока распространённость саркоидоза в скандинавских странах (64 на 100000 населения) и практически равна нулю в Тайване. Достоверные эпидемиологические данные в России на сегодняшний день отсутствуют. Преобладающий возраст больных - 20-40 лет [2].

Отсутствие идентификации какого-либо инфекционного агента и эпидемиологических взаимосвязей ставит под сомнение инфекционную этиологию саркоидоза. Исключение из патогенетической цепочки инфекционного агента, к сожалению, не может предоставить взамен иную точку зрения в генезе заболевания.

Наиболее ранним изменением при саркоидозе лёгких является лимфоцитарный альвеолит, вызванный, вероятнее всего, альвеолярными макрофагами и Т-хелперами, выделяющими цитокины. По крайней мере, часть больных лёгочным саркоидозом имеет олигоклональную локальную экспансию Т-лимфоцитов, вызывающую управляемую иммунную реакцию. Альвеолит обязателен для последующего развития гранулёмы.

Саркоидоз считают гранулематозом, опосредованным интенсивным кле-

¹Leshchenko A.A., Ivlev V.V. Latent period of sarcoidosis in therapeutic practice.

точным иммунным ответом в месте активности заболевания. Образованием саркоидной гранулёмы управляет каскад цитокинов (с ними также связывают развитие лёгочного фиброза при саркоидозе). Гранулёмы состоят из эпителиоидных клеток, макрофагов и многоядерных гигантских клеток, окружённых Т-хелперами и фибробластами, тогда как казеозного некроза нет. Лимфоциты и редкие плазматические клетки могут находиться на периферии гранулёмы, нейтрофилы и эозинофилы отсутствуют. В то же время для больных саркоидозом характерны снижение клеточного и повышение гуморального иммунитета: в крови абсолютное число Т-лимфоцитов обычно снижено, тогда как уровень В-лимфоцитов нормальный или повышенный.

Именно замещение лимфоидной ткани саркоидными гранулёмами приводит к лимфопении и анергии к кожным тестам с антигенами. Анергия часто не исчезает даже при клиническом улучшении и обусловлена, вероятно, миграцией циркулирующих иммунореактивных клеток в поражённые органы.

На ранних стадиях характерен лимфоцитарный альвеолит. Развитие саркоидных гранулём приводит к двусторонней лимфаденопатии корней лёгких, изменениям в лёгких, поражению кожи, глаз и других органов. Скопление эпителиоидных клеток при саркоидозе необходимо дифференцировать от гранулём, встречающихся при гиперчувствительных пневмонитах, туберкулёзе, грибковых поражениях, воздействии бериллия, а также при злокачественных опухолях.

Наиболее часто таких больных беспокоят повышенная утомляемость, одышка, артралгии, мышечная боль, боль в грудной клетке, общая слабость. Боль в грудной клетке при саркоидозе необъяснима. Не выявлено корреляции между выраженностью лимфаденопатии, наличием и локализацией плевральных и других изменений в грудной клетке и болью. Анамнез обычно малоинформативен. Однако целесообразно расспросить пациента, не было ли у него необъяснимых артралгий, высыпаний, напоминающих узловатую эритему, не вызывали ли его на дополнительное обследование после прохождения очередной флюорографии.

На ранних стадиях заболевания перкуторный звук при обследовании лёгких не изменён. При выраженной лимфаденопатии средостения у худощавых людей можно обнаружить притупление перкуторного звука над расширенным средостением, а также при тишайшей перкуссии по остистым отросткам позвонков. При локальных изменениях в лёгких возможно укорочение перкутор-

ного звука над поражёнными участками. При развитии эмфиземы лёгких перкуторный звук приобретает коробочный оттенок. Возможно ослабленное или жёсткое дыхание, хрипы не характерны.

Костно-мышечные изменения при саркоидозе (возникают у 50-80%) наиболее часто проявляются артритом голеностопных суставов, миопатиями. Саркоидоз глаз отмечают примерно у 25% больных, из них у 75% - передний увеит, у 25-35% - задний увеит, возможна инфильтрация конъюнктивы и слёзных желёз. Саркоидоз глаз может приводить к слепоте. Кожные проявления в виде неказеозных эпителиоидно-клеточных гранулём, узловой эритемы, волчанки, васкулитов и полиморфной эритемы встречаются у 10-35% больных. Нейросаркоидоз поражает менее 5% больных. Его диагностика часто сложна при отсутствии лёгочных и других проявлений. Заболевание может проявляться параличом черепных нервов (включая паралич Белла), полиневритом и полиневропатиями, менингитом, синдромом Гийена-Барре, эпилептиформными припадками, объёмными образованиями в головном мозге, гипофизарно-гипоталамическим синдромом и нарушениями памяти. Поражения сердца (менее чем у 5%), например в виде аритмий, блокад, представляют угрозу для жизни больного (50% летальных исходов от саркоидоза связаны с поражением сердца). Саркоидоз гортани (чаще её верхней части) проявляется осиплостью голоса, кашлем, дисфагией и учащением дыхания вследствие обструкции верхних дыхательных путей. При ларингоскопии обнаруживают отёк и эритему слизистой оболочки, гранулёмы и узлы. Поражение почек при саркоидозе наиболее часто связано с нефролитиазом, развивающимся вследствие гиперкальциемии и гиперкальциурии. Реже развивается интерстициальный нефрит.

При саркоидозе характерными являются следующие синдромы:

- синдром Лёфгрена - лихорадка, двусторонняя лимфаденопатия корней лёгких, полиартралгия и узловатая эритема;
- синдром Хеерфордта-Вальденстрёма диагностируют при наличии лихорадки, увеличения околоушных лимфатических узлов, переднего увеита и паралича лицевого нерва.

В общем клиническом анализе крови характерны, но неспецифичны лимфоцитопения, эозинофилия, повышение СОЭ. При биохимических исследованиях крови возможно обнаружение гиперкальциемии, гиперкальциурии, повышения содержания АПФ, гиперглобулинемии. Гиперкальциемия при саркоидозе может служить маркером активности процесса.

Диагностически достоверным является рентгенологическое исследование. У 50% выявляемые при рентгенографии органов грудной клетки изменения необратимы, причём в 5-15% случаев обнаруживают прогрессирующий лёгочный фиброз [3,4].

В современной международной практике рентгенологические признаки саркоидоза органов грудной клетки разделяют на 5 стадий, которые можно проиллюстрировать рентгенограммами по Т. С. Demos (1998):

Стадия 0 - изменения отсутствуют (у 5% больных).

Стадия I - торакальная лимфаденопатия, паренхима лёгких не изменена (у 50%).

Стадия II - лимфаденопатия корней лёгких и средостения в сочетании с изменениями паренхимы лёгких (у 30%).

Стадия III - изменена лёгочная паренхима, лимфаденопатия корней лёгких и средостения отсутствует (у 15%).

Стадия IV - необратимый фиброз лёгких (у 20%).

Рентгенологические стадии саркоидоза информативны для прогноза, но не всегда коррелируют с клиническими проявлениями заболевания. Например, при II стадии жалобы и физикальные изменения могут отсутствовать. Наряду с типичными проявлениями саркоидоза встречаются деструктивные формы заболевания, буллёзные изменения в лёгких и даже спонтанный пневмоторакс.

В диагностический поиск также включены другие методы диагностики: компьютерная томография, оценка функции внешнего дыхания, электрокардиография в динамике, бронхоскопия с получением материала лаважа и биопсии, видеоторакоскопическая биопсия, сцинтиграфия с галлием, проба Квейма, туберкулиновая проба, ультразвуковое исследование почек.

Дифференциальную диагностику проводят между саркоидозом и лимфомой, туберкулёзом, грибковыми инфекциями, раком лёгких и эозинофильной гранулёмой. Если при биопсии выявлена неказеифицированная гранулёма, проводят дифференциальную диагностику между саркоидозом и туберкулёзом, грибковыми инфекциями, болезнью кошачьей царапины, бериллиозом, гиперчувствительным пневмонитом, лепрой и первичным билиарным циррозом.

Угрожающие жизни ситуации возникают при саркоидозе редко и могут быть обусловлены недостаточностью функций лёгких, сердца, почек, печени и головного мозга вследствие развития необратимого фиброза.

В нами приводимом клиническом случае течение заболевания является латентным, больной поступил в стационар с иной патологией и не типичными

для саркоидоза жалобами.

Больной П., 37 лет, был госпитализирован 08 октября 2012 года в плановом порядке с диагнозом: Распространенный остеохондроз позвоночника. Цервикалгия. Торакалгия. Люмбалгия.

При поступлении предъявлял жалобы на тупую боль в шейном, грудном и поясничном отделах позвоночника, которая усиливалась при физической нагрузке, ограничение движений в шейном отделе позвоночника. Со слов больного, боль в позвоночнике беспокоит его в течение двух лет. Ухудшение отметил за 2 дня до поступления в стационар после общего переохлаждения.

В общеклиническом анализе крови от 19.10.2012г. патологических изменений не выявлено, за исключением незначительного увеличения СОЭ до 15 мм/час. В общем анализе мочи от 19.10.12 без патологии.

По заключению рентгенографического исследования органов грудной клетки от 09.10.2012г. в прямой и боковой проекциях (рис. 1): в области корней легких определяются очаговые изменения. Лимфаденопатия? Контур диафрагмы четкие, ровные. Синусы свободны. Сердечная тень не изменена.



Рис. 1. Рентгенограмма органов грудной клетки с признаками лимфаденопатии при саркоидозе.

Для уточнения и дифференцировки диагноза был направлен на компьютерную томографию (КТ) 15.10.2012 года (рис. 2).

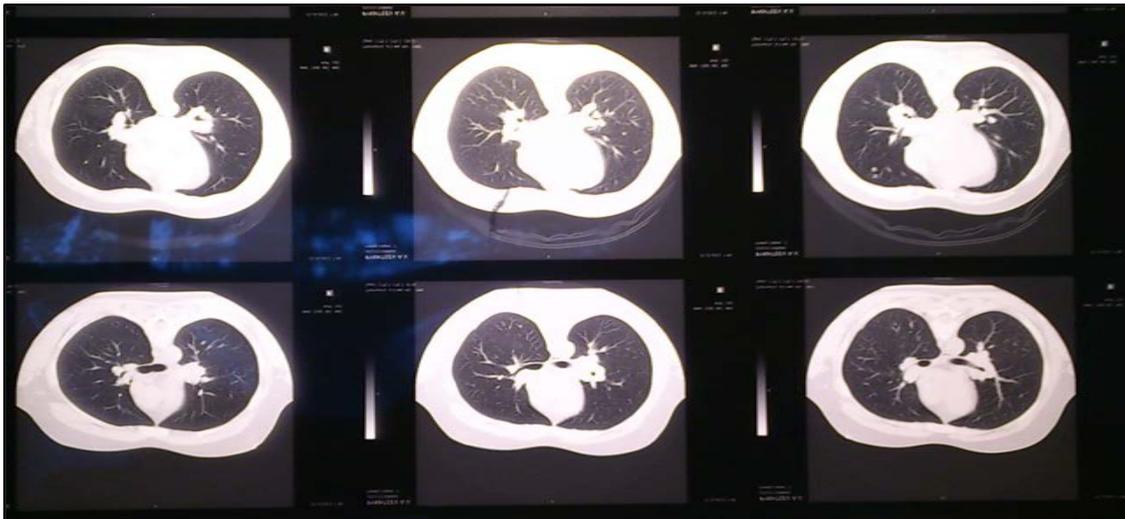


Рис. 2. Томограммы органов грудной клетки при саркоидозе.

На серии КТ органов грудной клетки легкие воздушны и прилежат к грудной стенке по всех поверхности. Сосудистый рисунок не изменен. В верхних долях обоих легких и средней доле правого легкого определяются немногочисленные периваскулярные очаги с четкими ровными контурами диаметром до 0,7 см. Корни легких структурные, главные, долевые, сегментарные и субсегментарные бронхи не изменены. Лимфоузлы бронхопульмональных групп с обеих сторон, а также трахеобронхиальной, передней паратрахеальной групп увеличены до 1,2-1,4 см. Свободная жидкость и газ в плевральной полости не определяются. Костный скелет и мягкие ткани грудной клетки без патологических изменений.

18.10.2012 больной был консультирован фтизиатром с целью исключения туберкулеза. Данных за туберкулез не обнаружено. Проба Манту отрицательна.

На флюорографических снимках за 2007, 2011 и 2012 года можно отметить динамику увеличения внутригрудных лимфатических узлов (рис. 3).



Рис. 3. Флюорограммы за 2007, 2011 и 2012 года в порядке возрастания у больного саркоидозом.

Так как иные группы лимфатических узлов в результате проведенных исследований являлись не увеличенными, нами было вынесено окончательное заключение, что у больного имеет место саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов. Диагноз был впоследствии подтвержден специализированным лечебным учреждением.

Таким образом, хронический характер течения заболевания позволяет проводить оценку в динамике, в том числе общедоступным методом флюорографии. Наличие расширения границ средостения при рентгенологическом исследовании и отсутствии характерной клинической картины позволяет заподозрить у больного начало развития саркоидоза органов грудной клетки.

Литература.

1. Н.А. Саликова. Критерии прогнозирования рецидивирующего течения саркоидоза органов дыхания: Автореф... дис. канд. мед. наук. М., 2011. – 27с.

2. Д.В. Петров, Н.В. Овсянников, С.М. Мажбич, А.М. Кочетов. Заболеваемость и возможности диспансерного наблюдения больных саркоидозом в г. Омске // Вестн. совр. клинич. мед. 2010. Т.3, №4. – С.29-32.

3. С.Ю. Кабанова Морфофункциональная характеристика саркоидоза легких по данным комплексной лучевой диагностики: Дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2009.134 с.

4. Д. Ичинноров Рентгенохирургическая диагностика, лечение внутригрудного саркоидоза и клинико-экономический анализ результатов: Дис. ... канд. мед. наук. М., 2005.- 115 с.

Ключевые слова: саркоидоз, лимфоцитарный альвеолит.

Key words: sarcoidosis, lymphocytic alveolitis.

**ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДОНОЗОЛОГИЧЕСКОЙ
ДИАГНОСТИКИ ПРЕМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ¹**

¹*Научно-исследовательский институт промышленной и морской медицины
Федерального медико-биологического агентства;
²ООО «Сенсормед» Санкт-Петербург, Россия*

Психофизиологическое направление в патогенезе заболеваний имеет глубокие исторические корни и базируется на выявлении взаимосвязи психофизиологических характеристик функционального состояния организма с динамикой соматических проявлений, например, активацией функций висцеральных систем [1]. Концептуальной основой этого направления на современном этапе является положение о функциональных системах П.К. Анохина [2].

Согласно определению Большой медицинской энциклопедии (БМЭ) болезнь является патологическим процессом, проявляющимся нарушением жизнедеятельности организма под влиянием чрезвычайных раздражителей внешней и внутренней среды, характеризующимся понижением приспособляемости организма при одновременной мобилизации его защитных сил [3]. Из этого определения непосредственно следует значимость для здоровья человека таких психофизиологических показателей как адаптивность, работоспособность и др.

Выявление или исключение заболеваний у лиц, не имеющих клинических симптомов, является задачей скрининговых обследований, проводимых в рамках профилактической работы с населением. Обследования такого рода, как правило, не затрагивают психо-эмоциональную сферу пациентов, акцентируясь лишь на клинической симптоматике болезни. Проведение в ряде случаев одноразового психофизиологического тестирования далеко не всегда может дать объективную оценку функционального состояния пациента, вследствие его значительной вариабельности во времени.

¹ L.V. Il'ina, V.V. Petrash, M.P. Litayeva. Donozologicheskaya's psychophysiological aspects of diagnostics premorbidnykh of conditions.

Определение роли психофизиологических факторов в этиологии патологических нарушений возможно лишь при комплексном исследовании уровня адаптации, когнитивных функций человека и показателей гомеостаза, причем с учетом геномного фактора [4]. На практике такого рода задачи возможно решать только с использованием современных диагностических комплексов (ДК), программное обеспечение которых может обеспечить оперативную обработку информации с выдачей интегрированных показателей функционального состояния организма, включая его психологический статус. К современным ДК такого рода можно отнести медицинский ДК «АЛЬТАИР», комплекс экспертный медицинский «КЭМ», в котором применён вейвлет-анализ спектральных показателей организма и другие аппаратно-программные комплексы, которые в совокупности с комплексом психофизиологического тестирования типа «НС-ПсихоТест» [5] позволяют дать всестороннюю экспресс-оценку психического и физиологического состояния человека.

Литература:

1. Губачёв Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. – Л.: Изд. Медицина, Ленингр. отд., – 1981. – 214 с.
2. Анохин П.К. Системогенез как общая закономерность эволюционного процесса // Бюлл. эксперимент. биол. и мед. – 1948. – Вып. 2, № 8. – С. 81.
3. Петров И.Р., Рапопорт И.П. Болезнь // БМЭ. – 2-е изд. – Т. 4. – М.: Советская энциклопедия, 1958. – С. 47-65.
4. Щербань Н.Г., Мясоедов В.В., Шевченко Е.А. Биохимические аспекты донозологической диагностики преморбидных состояний организма // Український медичний альманах. – 2010. – Т 13, № 5. – С. 228-231.
5. Мантрова И.Н. Методическое руководство по психофизиологической и психологической диагностике. – ООО «Нейрософт» Иваново, 2007. 216 с.

Ключевые слова: психофизиология, донозологическая диагностика, преморбидные состояния.

Key words: psychophysiology, prenosological diagnostics, premorbid states.

ОЖИРЕНИЕ – ФАКТОР РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Государственное научное учреждение «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами, Киев, Украина

Введение. Увеличение людей с избыточным весом быстро стало глобальной проблемой и приобрело масштабы эпидемии, о чем официально было объявлено Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). По прогнозам специалистов в мире будет насчитываться около 2,3 млрд человек, страдающих ожирением и сопутствующими заболеваниями. По оценкам ВОЗ с 1980 г. число лиц во всем мире, страдающих этим заболеванием, возросло в 2 раза. В 2008 г. более 1,4 млрд взрослого населения (35%), имели ИМТ, а 11% страдали от ожирения. В целом, ожирением страдает каждый десятый взрослый человек. Но одной из самых серьезных проблем, стоящих перед общественным здравоохранением XXI века, эксперты ВОЗ считают ожирение среди детей. В настоящее время около 43 млн детей в возрасте до 5 лет страдают от избыточного веса или ожирения, причем в развивающихся странах их в 3 раза больше, чем в развитых. В странах Европейского Союза в 2008 г. этим заболеванием страдало 25% детей в возрасте 6-9 лет, а в 2010 г. эта цифра увеличилась до 33,3%.

Материалы и методы. В работе использованы медико-статистический и библиосемантический методы.

Результаты. Избыточный вес и ожирение являются пятым по значимости фактором риска, определяющим высокую смертность от неинфекционных хронических заболеваний в мире. Ежегодно 2,8 млн взрослого населения умирает от этих заболеваний. Причем, 65% населения проживает в странах, где ИМТ и ожирение приводят к смертным случаям большее число людей, чем пониженная масса тела.

ИМТ и ожирение являются причиной возникновения 44% случаев диабета, 23% – ишемической болезни сердца и 7%-41% – некоторых видов рака. Ожирение в детском возрасте является фактором, обуславливающим во взрослом возрасте высокую вероятность ожирения, преждевременной смерти и ин-

валидности.

Известно, что причиной ожирения и ИМТ является энергетическая несбалансированность между калориями, поступающими в организм, и затрачиваемыми калориями. Это выражается в излишнем потреблении высококалорийных продуктов с высоким содержанием жира, соли и сахаров, но, в то же время, с пониженным содержанием питательных микроэлементов; а также снижении физической активности в связи со все более неподвижным характером многих видов деятельности.

Избыточный вес и ожирение, а также связанные с ними неинфекционные заболевания в значительной мере предотвратимы. Для этого необходимо сформировать у людей осознанный выбор в сторону употребления более здоровых продуктов питания и занятием спортом.

Каждый человек на индивидуальном уровне может снизить поступление калорий за счет общих жиров, увеличить потребление фруктов и овощей, зернобобовых культур, регулярно заниматься физической активностью. Для того, чтобы люди вели здоровый образ жизни, на общественном уровне необходимы активное участие всех заинтересованных сторон, благоприятные окружающие условия и т.д.

Мировые организации здравоохранения активно проводят работу по формированию политики борьбы с ожирением. В 2004 г. Всемирной ассамблеей здравоохранения была принята Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью. Этот документ призывает все заинтересованные стороны предпринять действия на глобальном, региональном и местном уровнях, направленные на улучшение режима питания и повышение физической активности. На Европейской министерской конференции ВОЗ в 2006 г. принята Европейская хартия по борьбе с ожирением. Она является политическим руководством и стратегической основой для усиления борьбы с ожирением во всем Европейской регионе.

ВОЗ разработала «План действий по осуществлению глобальной стратегии по профилактике неинфекционных болезней и борьбе с ними на 2008-2013 гг.», который опирается на Глобальную стратегию ВОЗ по питанию, физической активности и здоровью и Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака, и предлагает пути создания и поддержания инициатив в области эпиднадзора, профилактики и лечения неинфекционных болезней. В Политической декларации, принятой на Совещании высокого уровня Генеральной Ассамблеи

ООН, о профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними в 2011 г., указывается на необходимость введения политики и действий, направленных на укрепление здорового питания и повышение уровня физической активности на уровне всего населения.

Заключение-выводы. Эффективность и результативность общей деятельности по предупреждению и преодолению ожирения позволит повысить уровень здоровья, уменьшить медицинские, социальные и экономические потери для общества, улучшить качество жизни населения.

Ключевые слова: ожирение, избыточная масса тела, неинфекционные заболевания, факторы риска, стратегии борьбы.

Keywords: obesity, overweight, non-communicable diseases, risk factors, strategies.

УДК 613.62:616.8-003.99

О.А. Кочетова, Н.Ю. Малькова

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПОЛИНЕЙРОПАТИЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ¹

*ФБУН «Северо-Западный научный центр гигиены и общественного
здоровья», Санкт-Петербург, oa-kochetova@list.ru*

Введение. Профессиональная вегетативно-сенсорная полинейропатия верхних конечностей относится к частой и актуальной на сегодняшний день профессиональной патологии периферической нервной системы. В этиологии заболевания значительную роль играют физические перегрузки, воздействующие на кисть и мышцы предплечий, в сочетании с микротраumatизацией вегетативных и сенсорных рецепторов ладоней, действием температуры и вибрации.

В данной работе представлены данные по больным с профессиональными полинейропатиями верхних конечностей, с обобщением закономерностей в клинике, течении заболевания и лечении пациентов.

Материалы и методы. Были проанализированы истории болезни 45 больных с

¹О.А. Kochetova, N.Y. Mal'kova. Clinical and epidemiological description of the occupational polyneuropathy (North-west Public Health Research Center, Saint-Petersburg, Russian Federation).

профессиональными полинейропатиями верхних конечностей (21 мужчина, 24 женщин). Возраст пациентов в момент установления профессионального заболевания колебался в диапазоне от 22 до 62 лет. Профессии заболевших были разнообразными: маляр, штукатур, тепличница, огнеупорщик, судосборщик, стерженщик и пр. Пациентов объединяет общая клиническая картина заболевания: у всех отмечались чувствительные расстройства кожи дистальных отделов рук (у 15,6 % умеренные, у 84,4 % выраженные), трофические расстройства встречались несколько реже - у 86,7 % (умеренные у 48,7 %, выраженные - у 51,3 %). Признаки умеренного периферического ангиодистонического синдрома отмечались в 18 % случаев.

Результаты. Из-за отсутствия ярких клинических проявлений и социальной установки пациентов профессиональная полинейропатия верхних конечностей чаще регистрировалась уже во II стадии (40 % наблюдений) или в пограничном варианте I - II стадии (49 %), когда симптоматика и степень ее выраженности не в полной мере соответствовали легкой степени обнаруживаемых расстройств. В I, начальной, стадии заболевание было диагностировано лишь у 6,6 % больных. Оставшиеся 4,4 % пациентов длительное время (более 20 лет) наблюдались в ФБУН "СЗНЦ гигиены и общественного здоровья" с остаточными явлениями профессиональной полинейропатии.

Изолированно профессиональная полинейропатия была описана у 38 % больных. В остальных случаях этот диагноз сочетался с другими профессиональными заболеваниями: чаще всего с миофиброзом разгибательно-супинаторной группы мышц предплечий (42,2 %), радикулопатией пояснично-крестцового уровня (11,1 %), эпикондилезом латеральных надмыщелков плечевых костей (6,6 %), радикулопатией шейного уровня (6,6 %), плече-лопаточным периартрозом (6,6 %) и пр.

Все пациенты наблюдаются в ФБУН "СЗНЦ гигиены и общественного здоровья", срок наблюдения варьирует от 2 лет до 51 года. У всех пациентов проявления профессионального заболевания периферической нервной системы стойко сохраняются на протяжении многих лет наблюдения, несмотря на проводимое комплексное лечение (медикаментозную терапию, физиотерапию, санаторно-курортное лечение) и отстранение от работы с физическими перегрузками.

Выводы. В практике невролога-профпатолога пациенты с профессиональной вегетативно-сенсорной полинейропатией верхних конечностей встречаются часто. Для них характерен широкий круг профессий, поздняя выявляемость,

типичная клиническая картина, стойкое сохранение симптоматики. Все это заставляет, несмотря на хорошую изученность заболевания, искать новые способы ранней диагностики и лечения.

Ключевые слова: профессиональные полинейропатии, физические перегрузки.
Key words: occupational polyneuropathy, physical overloads.

А.Н.Кравченко

ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ

Государственное научное учреждение «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами, г. Киев, Украина

Введение. Одной из основных причин смерти в мире остается инфаркт миокарда (ИМ), который диагностируют более, чем у 7 млн. человек ежегодно, в т.ч. более 3 млн. ИМ с повышением сегмента ST (ST-ИМ). В Украине ежегодно регистрируется свыше 50 тысяч случаев инфаркта миокарда, что составляет 1,3 на 1 тыс. населения, при этом уровень заболеваемости в 3-5 раз ниже, по сравнению со странами ЕС.

Результаты. Показатели заболеваемости ИМ-контингента, который обслуживается в нашем Центре, в 3-4 раза превышает данные по Украине, причем средний возраст больных ИМ равняется 74,2±07 г., что на 10 лет больше, по сравнению со средним возрастом больных ИМ, согласно данных украинского регистра. Отметим, что сохранение диспансеризации, применение современных диагностических подходов (тропонинный тест, 100% обследование ЭКГ больных с ангинозными приступами на догоспитальном этапе), способствовали существенному улучшению диагностики, и соответственно, увеличению показателей заболеваемости ИМ. Вместе с тем, уровень смертности прикрепленного контингента от ИМ остается высоким и в последние 5 лет колеблется от 12 до 18%. Современный протокол оказания неотложной медицинской помощи больному с инфарктом миокарда предусматривает раннюю реваскуляризацию (ЧКВ, ангиопластика и/или стентирование) в течение 90 мин. после первого контакта с медицинским персоналом, или проведение фибринолитической тера-

пии в течение 30 мин. от начала заболевания, причем фактор времени играет основное значение для конечного результата. Причиной высокой смертности от ИМ, является крайне низкий охват реперфузионным лечением, который не превышает 10%-12% какв Центре, так и в Украине в целом. Время вызова СМП от начала болевого приступа, среди прикрепленного контингента, составило 4,1+0,7 часа, а время от начала заболевания до госпитализации в БРИТ - 4,6+0,9 часа, за данними украинского регістра время до госпитализации превышает 9 часов.

Заключение. Основными проблемами, определяющих прогноз при инфаркте миокарда, является позднее время обращения пациента, отсутствие единой системы оказания медицинской помощи, начиная от СМП и заканчивая специализированным центром. Улучшение образовательной работы среди пациентов и врачей первичного звена, сокращение сроков вызова СМП, своевременная диагностика, проведение тромболитической терапии на догоспитальном этапе, а также ранняя госпитализация больных в специализированные отделения- важнейший резерв в уменьшении смертности от инфаркта миокарда.

УДК 613.97–057.36

С.М. Лебедев

**ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ,
КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ
МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ¹**

*Военно-медицинский факультет в УО «Белорусский государственный
медицинский университет», Минск, Республика Беларусь, pararnic7@mail.ru*

Введение. Проведение в воинских коллективах мероприятий по оздоровлению условий быта, учебно-боевой и повседневной деятельности, труда военнослужащих, гигиеническое обучение и воспитание, формирование у них осознанного отношения к здоровому образу жизни является одной из важных задач медицинской службы Вооруженных Сил. Об эффективности выполнения рабо-

¹ S.M. Lebedev. Military's disease incidence as the factor of medical service offensive activity.

ты в этом направлении можно судить и по показателям заболеваемости военнослужащих. Целью исследования являлся анализ динамики уровня и структуры заболеваемости военнослужащих, определение приоритетных направлений профилактической и противоэпидемической работы медицинской службы.

Материал и методы. Использованы официальные формы медицинских отчетов за 2012 г., обработку материалов проводили описательно - оценочными, статистическими методами исследования с применением прикладных программ на ПЭВМ.

Результаты. Проведенный эпидемиологический анализ заболеваемости военнослужащих показал, что удельный вес инфекционной и паразитарной заболеваемости в структуре общей заболеваемости в 2012 г. уменьшился в сравнении с годом предыдущим на 0,31 и составил 1,45. В структуре инфекционной заболеваемости в 2012 г. наибольшую долю составляли: ветряная оспа (42,08%) и острые кишечные инфекции (29,06%). Зарегистрировано снижение показателей заболеваемости следующими нозологическими формами: ветряной оспой - в 1,6 раза; чесоткой - в 3,5 раза; туберкулезом органов дыхания - в 1,2 раза; острыми респираторными инфекциями (далее ОРИ) - в 1,3 раза; острыми тонзиллитами - в 1,45 раза. Однако, в 2012 г. в сравнении с 2011 г. зарегистрирован подъем уровня заболеваемости острыми кишечными инфекциями в 1,2 раза. Спорадическая заболеваемость составила 80,8% случаев, вспышечная - 19,2% от общей заболеваемости острыми кишечными инфекциями. В годовой динамике заболеваемости в 2012 г. отмечаются сезонные подъемы в январе – мае с пиком заболеваемости в марте.

Отмечено снижение заболеваемости болезнями органов дыхания (БОД) в 1,25 раза по сравнению с 2011 г. Годовая динамика заболеваемости ОРИ в период наблюдения с 2002 г. по 2012 г. характеризовалась сезонными подъемами в январе-апреле и сентябре-декабре с ростом заболеваемости в феврале и декабре.

Выводы. В 2012 г. в Вооруженных Силах эпидемиологическая обстановка оценивалась как благополучная. Этому способствовало проведение комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на устранение либо уменьшение неблагоприятного воздействия на организм военнослужащих факторов военно-профессиональной деятельности, предупреждение инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний, а также активная работа медицинской службы по формированию здорового образа жизни, профилактике

заболеваний в воинских коллективах с использованием современных информационно-образовательных материалов.

Литература:

1. Куль, И.В. Основные демографические показатели, показатели деятельности здравоохранения, заболеваемости населения и военнослужащих / И.В. Куль // Военная медицина. – 2009. – № 2. – С. 5 – 8.

Ключевые слова: заболеваемость, военнослужащие.

Keywords: disease incidence, military.

Ю.С. Мазепа

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОТНОШЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ К ПРИМЕНЕНИЮ ЭНТЕРОСОРБЕНТОВ

Государственное научное учреждение «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами, г. Киев, Украина

Введение. Существующие формы и способы применения энтеросорбентов разнообразны. В связи с появлением большого количества публикаций о необходимости у больных и даже практически здоровых людей периодического очищения организма от “шлаков” (корректность этого выражения, правда, не выдерживает никакой критики), значимость энтеросорбции, как составляющей эфферентной терапии вновь возросла. Среди объективных факторов востребованности метода – ухудшение состояния окружающей среды, особенно в крупных городах, где уровень поллютантов превышают пределы допустимых. В таких условиях врачи чаще назначают энтеросорбенты в комплексном лечении различных заболеваний. В связи с этим, важно иметь информацию об отношении к энтеросорбентам не только врачей, но и пациентов. С учетом вышеизложенного, целью исследования являлся анализ отношения пациентов к энтеросорбентам.

Материалы и методы: для достижения поставленной цели был проведен социологический опрос 107 пациентов (39,3% мужчин и 60,7% женщин) с помощью разработанной анкеты «Изучение отношения пациентов к энтеросор-

бентам». Преобладают возрастные группы 61-65 лет (40,2%) и 56-60 лет (25,2%). Среди респондентов 78,5% составляли служащие, а 16,8 % - пенсионеры, получающие медицинскую помощь в лечебных учреждениях Государственного управления делами (ГУД).

Результаты. Установлено, что 64,3 % пациентов применяли энтеросорбенты часто, 30,8% - изредка, а 4,7% не принимали вообще (рис.1). Полностью удовлетворены результатами лечения с использованием энтеросорбентов осталось 86,3 %, в определенной степени- 11,8 %, а недовольных было всего 1,9 % (рис.2).

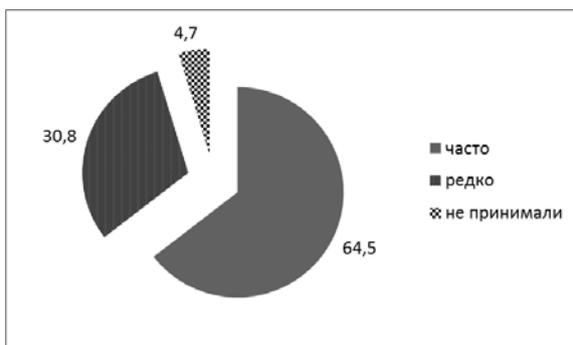


Рис.1 Частота приема пациентами ГУД энтеросорбентов(%)

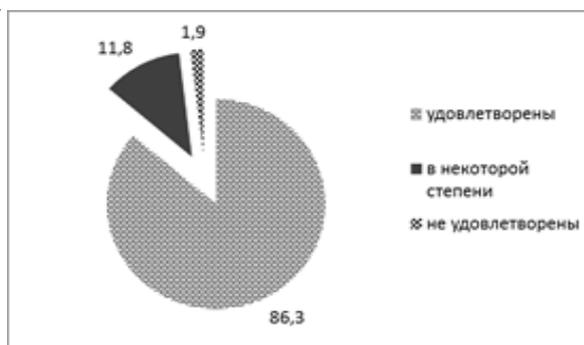


Рис 2. Удовлетворенность пациентов результатами лечения (%)

Подчеркнем, что для больных важно, чтобы стоимость энтеросорбента не приводила к удорожанию лечения. Результаты опроса показали, что 83,3% лиц не ощутили роста стоимости лечения при добавлении энтеросорбента, незначительный рост отметило 14%, а подорожание - лишь 1%. Рекомендации врача по их применению придерживалось 82,4% опрошенных.

Вывод: Таким образом, предложенный анализ анкетного опроса подтвердил высокую частоту приема энтеросорбентов, достаточный уровень удовлетворенности результатом лечения, отсутствие увеличения стоимости лечения и, в целом, соблюдение пациентами рекомендаций врачей.

Ключевые слова: энтеросорбенты, лечение, пациенты, социологический опрос.

Keywords: chelators, treatment, patients, public opinion poll.

**АЛЕКСИТИМИЯ, КАК ФАКТОР РИСКА ПОСТИНСУЛЬТНЫХ
ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВЫХ НАРУШЕНИЙ¹**

*Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,
кафедра нервных болезней, Санкт-Петербург, nelya-mamina@yandex.ru*

Острые нарушения мозгового кровообращения, являясь одной из ведущих причин инвалидизации взрослого населения, остаются актуальной медицинской и социальной проблемой [4]. Своевременное установление диагноза депрессивного состояния, его выраженности и адекватная коррекция имеют существенное значение в комплексной терапии пациентов перенесших инсульт [1,2]. Определенные диагностические трудности у пациентов данной нозологической группы вызывает алекситимия, т.е. неспособность распознавать и вербализировать собственные эмоции [5]. Присутствие алекситимического радикала в структуре личности больного способствует нивелированию даже типичной депрессивной симптоматики и затрудняет общение с ним [3].

Цель исследования: определить распространенность и структурную характеристику депрессивных нарушений на фоне алекситимии у пациентов, перенесших инсульт.

Материалы и методы: было обследовано 56 человек (25 мужчин, 28 женщин), в возрасте от 48 до 79 лет, перенесших инициальный церебральный инсульт, сроком от 3 недель до полугода от начала заболевания. Характер инсульта и локализацию мозгового повреждения подтверждали с помощью методов структурной нейровизуализации. Критерии исключения: выраженные коммуникативные и когнитивные нарушения, тяжелая соматическая патология, отягощенный психиатрический анамнез. Степень неврологического дефицита определялась по Шкале инсульта Национального института здоровья (NIHSS). Диагностика депрессии проводилась согласно критериям шкалы Монтгомери-Асберга (MADRS), для оценки уровня тревоги использовалась шкала Гамильтона (HARS), для выявления выраженности алекситимии применялась Торонтская алекситимическая шкала (TAS).

¹Mamina N.Sh. Alexithymia as a risk factor for post-stroke emotional-volitional disorders.

Результаты и обсуждение. В результате психометрической оценки депрессивные нарушения были распознаны у 37 исследуемых (66%). По частоте встречаемости преобладали малый и умеренный депрессивные эпизоды, средний балл по MADRS– 17,2 и 25,8 соответственно. Вариант тяжелой депрессии был единичным (балл по MADRS– 32). Оценивая взаимосвязь неврологического дефицита и депрессии у всех обследуемых, нельзя не отметить, что выраженность негативного эмоционального реагирования во многих случаях соответствовала степени постинсультной инвалидизации, однако прямой корреляции с собственно депрессией отмечено не было. Обращало на себя внимание нарастание частоты выявления депрессивных нарушений в более поздние сроки постинсультного периода. То же соотношение отмечалось и при оценке тяжести депрессивной симптоматики, большинство умеренных и единственный тяжелый эпизод приходились на 4 – 6 месяцы с момента инсульта. Несколько чаще депрессивные нарушения выявлялись у пациентов с правополушарной локализацией очага, по сравнению с левополушарными инсультами и инсультами в системе позвоночных артерий. Показатель алекситимичности в структуре постинсультных эмоционально-волевых нарушений значительно преобладал у лиц с правополушарными инсультами, развившимися на фоне имеющегося хронического церебрального дефицита (средний балл по TAS– 78,4). Данная группа имела высокий уровень соматической тревоги (средний балл по HARS – 18,1, соматическая тревога –12,6) и умеренные депрессивные нарушения (средний балл по MADRS – 16,8). Наиболее часто предъявлялись жалобы на боли различной локализации, головокружение, нарушение сна.

Выводы: встречаемость депрессивных нарушений преобладала при правосторонней локализации очага поражения и в более поздние сроки постинсультного периода; взаимосвязи между тяжестью депрессии и глубиной неврологического дефицита установлено не было; выраженность алекситимии положительно коррелировала с депрессивными нарушениями при правополушарных инсультах, высоким уровнем соматической тревоги и признаками длительно существующего цереброваскулярного дефицита.

Литература:

1. Концевой В.А. Депрессия и парадепрессивные расстройства при церебральном инсульте: эпидемиология, патогенез и факторы риска / В.А. Концевой, В.И. Скворцова, Е.А. Петрова, М.А. Савина // Журнал неврологии и психиатрии. – 2009–№ 8 – С. 4-10.

2. Мамина Н.Ш. Коррекция тразодоном эмоционально-волевых нарушений у больных, перенесших церебральный инсульт / Н.Ш. Мамина, Г.О. Андреева, Е.М. Бухмиллер // Ученые записки. – 2010. – Том 17 – С. 95.
3. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов / С.Н. Мосолов – СПб.: МИА, 1995. – 568 с.
4. Одинак М.М. Системная тромболитическая терапия при ишемическом инсульте: особенности и опыт клинического применения / И.А. Вознюк, С.Н. Янишевский, В.А. Фокин, С.Ю. Голохвастов, Н.В. Цыган, В.А. Жуков, А.Г. Атаев // Вест. Рос. Воен.-мед. акад. – 2007 – № 3 (19) – С. 11-16.
5. Sifneos P.E. The prevalence of «alexithymic» characteristics in psychosomatic patients / P.E. Sifneos // Psychother. Psychosom – 1973. – Vol.22. – P. 255-262.

Ключевые слова: алекситимия, постинсультная депрессия.

Key words: alexithymia, post-stroke depression, post-stroke anxiety.

УДК 616.248:575

В.Н. Минеев, Л.Н. Сорокина, А.В. Еремеева, М.А. Нёма

КООПЕРАТИВНЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ STAT6, STAT4, GATA-3 И T-BET ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ¹

*Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, annaeremeeva@list.ru*

Введение. Астма – хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в развитии которого участвуют различные типы клеток и воспалительные медиаторы. Одной из важнейших составляющих патогенеза аллергических заболеваний является JAK-STAT сигнальная система, активируемая интерлейкином-4 (IL-4). Взаимодействие Янус-киназы (JAK) и сигнальных трансдукторов и активаторов транскрипции (STAT) приводит к дифференцировке наивных T-лимфоцитов в Th2. Активация STAT6 и STAT4 вызывает повышение экспрессии транскрипционных факторов T-bet и GATA-3. Согласно данным предыдущих исследований, GATA-3 является основным фактором дифферен-

¹ Mineev V.N., Sorokina L.N., Eremeeva A.V., Nyoma M.A. Transcriptional factors STAT6, STAT4, GATA-3, T-bet and their cooperative interactions in bronchial asthma.

цировки Th2 [1, 2], в то время как T-bet ответственен за экспрессию цитокинов Th1 [3].

Материалы и методы. Нами было проведено изучение IL-4-индуцированной активации STAT6, кооперативных взаимодействий STAT6, STAT4, GATA3 и T-bet у пациентов с бронхиальной астмой. Обследовано 97 пациентов с аллергической и неаллергической бронхиальной астмой разной степени тяжести, а также группа контроля (21 практически здоровых лиц). Для исследования использовались лимфоциты больных бронхиальной астмой и здоровых лиц, выделенные с использованием стандартной методики выделения моноклеаров на градиенте плотности Lymphoseparation Medium (производство «MP Biomedicals»), с удалением моноцитов осаждением на пластике в условиях инкубации в CO₂-инкубаторе в течение 40 минут. В дальнейшем с помощью лизирующего раствора был получен тотальный лизат клеток с последующим применением стандартной методики Вестерн-блоттинга.

Результаты. Экспрессия STAT6 и его активированной формы (pSTAT6) значительно выше у пациентов с бронхиальной астмой по сравнению с группой контроля. Повышение экспрессии STAT6 отмечалось как до, так и после стимуляции IL-4, в то время как уровень фосфорилированной формы STAT6 возрастал после инкубации с IL-4. Выявлено, что транскрипционный фактор T-bet практически одинаково экспрессируется у пациентов с НАБА и группой контроля, а у пациентов с АБА его уровень в несколько раз ниже. Представляются закономерными данные, полученные при оценке экспрессии транскрипционного фактора-антагониста GATA-3: максимальный уровень GATA-3 зафиксирован в группе пациентов с аллергической бронхиальной астмой. Нами обнаружено снижение выработки STAT4 у пациентов с АБА по сравнению с группой контроля и группой НАБА, что указывает на возможные нарушения в механизмах IL-12-сигнального пути. Сила связи уровней экспрессии STAT6 и T-bet в группе здоровых лиц снижалась после инкубации лимфоцитов с интерлейкином 4 (IL-4). В то же время, во всех обследованных группах сила этой связи возрастала после воздействия IL-12, что, видимо, связано с активацией регуляторных механизмов, восстанавливающих баланс цитокинов Th1 и Th2.

Заключение. На сегодняшний день достоверно известно, что при бронхиальной астме присутствует повышенная выработка целого ряда белков, формирующая воспалительный каскад. Возможно, это связано с срывом регуляции соответствующих транскрипционных факторов. Таким образом, в реализации

иммунного ответа участвует сложная сеть межклеточных взаимодействий, существующая благодаря системе транскрипционных факторов и кофакторов. Несмотря на активное исследование данного вопроса, многие аспекты этих взаимодействий до сих пор не ясны. Нарушение тонких механизмов, в частности Th1/Th2 баланса, может лежать в основе развития множества соматических патологий. Дальнейшее изучение этих предполагаемых взаимодействий позволят анализировать патогенез БА на новом уровне, что может выразиться в открытии новых лекарственных мишеней.

Литература:

1. Kowalski M.L., Alam R. Signal transduction mechanisms as new targets for allergists // *Allergy*. – 2001. – Vol. 56, Iss.6 - P.199-203.
2. Christodoulopoulos P., Cameron L., Nakamura Y. et al. Th2 cytokine-associated transcription factors in atopic and nonatopic asthma: evidence for differential signal transducer and activator of transcription 6 expression // *J. Allergy Clin. Immunol.* - 2001. – Vol.107, № 4. – P.586-591.
3. Raby B.A., Hwang E.S., Van Steen K., et al. T-bet polymorphisms are associated with asthma and airway hyperresponsiveness // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* - 2006. – Vol. 173, № 1. - P.64–70.

Ключевые слова: транскрипционные факторы, STAT6, STAT4, GATA-3, T-bet, бронхиальная астма.

Key words: transcriptional factors, STAT6, STAT4, GATA-3, T-bet, bronchial asthma.

*О.А. Нагибович, Л.В. Ященко,
Е.В. Кузнецова, Т.И. Субботина, О.Г. Шинкарева*

**ВИТАМИНЫ И ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ
ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА¹**

*ФГКОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ,
Санкт-Петербург, olegnagibovich@mail.ru*

Цель исследования: сравнить содержание в сыворотке крови витаминов С и Е, продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) у больных с сахарным диабетом (СД) 2 типа средней степени тяжести и у лиц без нарушений углеводного обмена в летний период времени.

Материалы и методы: Обследованы пациенты, проходившие в июне-июле 2012 года амбулаторное лечение в Военно-медицинской академии по поводу артериальной гипертензии 1-2 степени. В 1-ую группу вошли 16 человек (14 мужчин и 2 женщины) с диагнозом СД 2 типа, их возраст на момент обследования составил 62 (58;69) года, индекс массы тела – 36 (28;38,5) кг/м², уровень АДс – 139 (122;153) мм рт.ст., уровень АДд – 84 (73;95) мм рт.ст., креатинин – 81(74;91) мкмоль/л, гликемия натощак – 8,4 (6,6;10,4) ммоль/л, холестерин – 5,0 (4,51;6,03) ммоль/л, триглицериды – 1,54 (0,84;2,64) ммоль/л. 2-ую группу сформировали 29 человек (19 мужчин и 10 женщин) без нарушений углеводного обмена, сопоставимых по основным клинико-лабораторным показателям (за исключением индекса массы тела и гликемии) с больными СД 2 типа. Витамин С определяли при визуальном титровании раствором 2,6-дихлорфенолиндофенола. Витамин Е определяли с помощью анализатора биожидкости «Флюорат-02-АБЛФ» (Россия) методом флуоресценции α -токоферола в гексановом экстракте сыворотки, предварительно подвергнутой воздействию воды и этанола. Информацию о процессах ПОЛ получали измерением хемилюминесценции сыворотки крови при помощи вышеуказанного анализатора в режиме хемилюминометра. В качестве измеряемого параметра была выбрана «Светосумма» хемилюминесценции за время 60 секунд. Результаты представлены в виде Me (НК; ВК), где Me - медиана изучаемого параметра, НК

¹ Nagibovich O.A., Yashenko L.V., Kuznetsova E.V., Subbotina T.I., Shinkereva O.G. Vitamins and lipid peroxidation et diabetes mellitus type 2.

– нижний квартиль, ВК - верхний квартиль. При сравнении независимых групп использовали непараметрический критерий Манна-Уитни. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты: В 1-ой группе содержание продуктов ПОЛ составило 0,0699 (0,054;0,1209) ОЕ, что не отличалось ($p > 0,05$) от аналогичного показателя во 2-ой группе (0,0615 (0,0439;0,0806) ОЕ). Уровень в сыворотке крови витамина С был 63,87 (48,51;72,67) и 62,45 (49,9;68,1) мкмоль/л, соответственно, $p > 0,05$. Уровень в сыворотке крови витамина Е равнялся 15,2 (11,83;19,95) и 15,6 (13,6;21,9) мкмоль/л, соответственно. При сравнении двух групп статистически значимых отличий выявлено не было.

Вывод: у пациентов с СД 2 типа средней степени тяжести активность перекисного окисления липидов сопоставима с таковой у лиц без нарушений углеводного обмена. Отсутствие дефицита витаминов Е и С в летний период времени у больных СД 2 типа дает основание не назначать пациентам эти витамины в форме медикаментозных препаратов в вышеуказанный период.

Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа, витамины, перекисное окисление липидов.

Key words: diabetes mellitus type 2, vitamins, lipid peroxidation.

УДК 616.379-008.64

Г.П.Нагибович, О.А. Нагибович

СУТОЧНАЯ ЭКСКРЕЦИЯ МАГНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ АЛЬБУМИНУРИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА¹

*ФГБОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова»
МО РФ, Санкт-Петербург, galinanagibovich@mail.ru*

Цель исследования: сравнить суточную экскрецию магния у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа в зависимости от наличия микроальбуминурии.
Материалы и методы: Обследованы 32 пациента, которые проходили стацио-

¹ Nagibovich G.P., Nagibovich O.A. 24-hour excretion magnesium depending on level albuminuria at patients with diabetes mellitus type 2.

нарное лечение в Военно-медицинской академии. Суточная экскреция магния была измерена в моче у больных сахарным диабетом 2 типа средней степени тяжести методом комплексонометрического титрования. Пациенты были распределены на две группы согласно экскреции альбумина, определяемой при помощи тест-полосок. Указанные группы больных были сопоставимы по уровню гликемии, показателям артериального давления и индексу массы тела, инфекция мочевых путей у них отсутствовала. Результаты представлены в виде $M \pm s$, где M - средняя величина изучаемого параметра, s - среднее квадратическое отклонение. Оценка различий средних величин для независимых переменных осуществлялась по t-критерию Стьюдента, которые считались значимым при $p < 0,05$.

Результаты: 1-ю группу составили 17 больных с уровнем альбумина в моче $11,8 \pm 1,7$ мг/л; 2-ю группу – 15 больных с уровнем альбуминурии $86,2 \pm 18,9$ мг/л, ($p < 0,001$). Суточная экскреция магния во 2-й группе ($5,5 \pm 0,6$ ммоль/24ч) была существенно ($p < 0,05$) ниже, чем у больных 1-й группы ($7,3 \pm 0,7$ ммоль/24ч).

Вывод: Снижение суточной экскреции магния у больных СД 2 типа с микроальбуминурией, вероятно, указывает на то, что или данный электролит играет определённую роль в развитии диабетической нефропатии или является ее маркером. Выявленный дефицит магния у пациентов с начальной стадией диабетической нефропатии, по-видимому, требует медикаментозной коррекции.

Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа, магний, альбуминурия.

Key words: diabetes mellitus type 2, magnesium, albuminuria.

**ОЦЕНКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У МУЖЧИН СРЕДНЕГО
ВОЗРАСТА С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ
И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ¹**

*ГОУ ВПО «Северо-Западный государственный университет
им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения России*

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) в настоящее время являются ведущей причиной смертности мужчин трудоспособного возраста. В основе данной патологии лежит атеросклероз, который в большинстве случаев (до 90%) носит системный характер, т.е. вызывает поражение нескольких сосудистых бассейнов.

Метаболический синдром (МС) является важнейшим фактором риска развития атеросклероза. Распространенность данной патологии в разных популяциях колеблется от 5 до 30%. По данным литературы, МС значительно увеличивает риск развития ССЗ (в 3 раза) и риск смерти от них (в 2 раза).

Цель: оценить степень сердечно-сосудистого риска (ССР) у мужчин среднего возраста с мультифокальным атеросклерозом (МФА) и МС.

Материалы и методы: В результате скрининга 565 мужчин в возрасте 45 – 59 лет для углубленного исследования было отобрано 164 человека, у которых на основании данных клинико-лабораторного и инструментального исследования было выявлено атеросклеротическое поражение сосудов одного и более артериальных бассейнов.

Комплекс клинико-лабораторных методов обследования включал сбор анамнеза, физикальный осмотр, измерение артериального давления (АД), окружности талии и бедер и их отношения, индекса массы тела и др., клинический и биохимический анализ крови с определением показателей липидного и углеводного обмена, С-реактивного белка, креатинина, фибриногена, протромбинового индекса. Инструментальное обследование проводили с помощью электрокардиографии (ЭКГ) в покое; суточного мониторирования ЭКГ и АД; эхокардиографического исследования в покое и с физической нагрузкой; дуп-

¹Naiden T.V., Bartosh-Zelenaya S.Yu. Evaluation of cardiovascular risk in middle aged men with multifocal atherosclerosis and metabolic syndrome.

лексного сканирования брахиоцефальных артерий (БЦА) и брюшной аорты (БА) с бассейном артерий нижних конечностей (АНК). По показаниям выполнялось ангиографическое исследование перечисленных сосудистых бассейнов.

Для оценки степени ССР отобранные пациенты были разделены на 4 группы:

- 1) пациенты с МФА (112 человек, 68%);
- 2) пациенты с изолированным поражением коронарных артерий (КА, 20 человек, 12%);
- 3) пациенты с изолированным поражением БЦА (16 человек, 10%);
- 4) пациенты с изолированным поражением БА и АНК (16 человек, 10%).

Критериями исключения из исследования служили: наличие хронической и острой почечной недостаточности, онкологических и аутоиммунных заболеваний, патологии щитовидной железы и надпочечников, сахарного диабета 1-го типа.

С целью выявления МС использовались различные критерии: модифицированные критерии ВОЗ (1999), экспертов Национального института здоровья США (2001), Американской ассоциации клинических эндокринологов (2002), Международной Федерации Диабетологов (2009), Американской Ассоциации Сердца совместно с Национальным институтом Сердца, Легких и Крови (2006), Всероссийского Научного Общества Кардиологов (2009).

Для оценки прогноза по основным сердечно-сосудистым событиям использовалась шкала Score (2003), согласно которой низким считается риск менее 1%, умеренным – риск от 1 до 5%, высоким – 5-10%, очень высоким – более 10%.

Результаты и обсуждение. В результате среди отобранных в ходе скрининга пациентов значительно преобладали больные с МФА (68%), пациенты с изолированным поражением составили только 32%, что соответствует данным литературы о высокой частоте встречаемости мультифокального атеросклероза.

Среди больных с МФА наличие МС, согласно всем существующим критериям, выявлено в 80% случаев. При изолированном поражении КА МС регистрировался в 30% случаев, БЦА – в 25%, БА и АНК – 18%. Наименьшее число больных с МС в 4-й группе позволяет предположить участие других факторов в развитии заболевания, в первую очередь, курения, выявленного анамнестически у большинства (88%) пациентов данной группы.

Степень ССР у пациентов с МФА и МС была максимальной и составила 32%. Пациенты с МФА при отсутствии МС имели более низкий ССР (13%,

$p=0,002$). Однако в целом, степень ССР у больных 1-й группы расценивалась как очень высокая, согласно приведенной классификации, что позволяет предположить, что сочетанное поражение сосудов нескольких артериальных бассейнов само по себе является важным фактором риска.

Степень ССР среди лиц без МС во 2-й, 3-й и 4-й группах значимо не различалась и составила 4%, 8% и 5% соответственно. Присутствие МС в данных группах увеличивало степень ССР до 21%, 17% и 18% соответственно ($p=0,001$; 0,02; 0,006 соответственно).

Выводы. Метаболический синдром, диагностированный на основании всех существующих критериев, в 3 раза чаще встречался у пациентов с МФА, чем с изолированным поражением КА и БЦА и до 6 раз чаще, чем при изолированном поражении АНК.

В рассматриваемых группах пациенты с МФА и МС имели самый высокий ССР (32%). В остальных случаях наличие МС значимо повышало степень ССР (в 2-5 раз). В группах с наименьшим ССР его степень все же расценивалась от умеренной до высокой.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости выявления и комплексного обследования лиц с метаболическими нарушениями и атеросклерозом в одном и более бассейне, так как они представляют собой пациентов с высокой степенью сердечно-сосудистого риска.

Ключевые слова: сердечно-сосудистый риск, метаболический синдром, мультифокальный атеросклероз.

Keywords: cardiovascular risk, metabolic syndrome, multifocal atherosclerosis.

*Н.Н. Нестерова, Г.А. Кухарчик,
Л.Б. Сичинава, И.В. Константинова, Л.А. Сорокин*

**ДИСБАЛАНС В СИСТЕМЕ «МАТРИКСНЫЕ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ –
ТКАНЕВОЙ ИНГИБИТОР МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ»
И ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ ПОСТИНФАРКТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ
МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА¹**

*Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова; СПб ГБУЗ “Елизаветинская больница,
Санкт-Петербург, nesteraza@rambler.ru, gKukcharchik@yandex.ru*

Введение. Постинфарктное ремоделирование миокарда левого желудочка (ЛЖ) является компенсаторным процессом, затрагивающим его размеры, геометрию и функцию и развивающимся в ответ на повреждение миокарда [1]. Ремоделирование происходит не только в ответ на гибель кардиомиоцитов (КМЦ), но и на повреждение экстрацеллюлярного матрикса (ЭЦМ). Этот процесс нарушения архитектоники в миокарде является результатом совокупности изменений, происходящих как на клеточном, так и внеклеточном уровнях. Физиологическая целостность структуры ЭЦМ в значительной степени зависит от функционирования системы матриксных металлопротеиназ (ММП) и их ингибиторов которые обеспечивают баланс между синтезом и деградацией соединительной ткани [2; 3]. При ИМ в структуре и составе ЭЦМ происходят значительные повреждения. На характер течения ремоделирования, безусловно, влияют объем поврежденного миокарда, выраженность воспаления, нагрузка на интактный миокард. В то же время активное разрушение ЭЦМ в инфарктированной зоне, нарушение соотношения различных видов коллагена в заново образованном ЭЦМ приводит к дилатации и дисфункции левого желудочка (ЛЖ)[4]. Процесс постинфарктного ремоделирования ЛЖ максимально прогрессирует на протяжении первых месяцев после ИМ. Выраженность процесса постинфарктного ремоделирования у больных оказывает существенное влияние на ближайший и отдаленный прогноз заболевания, общую смертность, частоту повторных

¹ Nesterova N., Kukcharchik G., Sichinava L., Konstantinova I., Sorokin L. Disbalance in the "matrix metalloproteinase - tissue inhibitor of matrix metalloproteinases" and the character of postinfarction left ventricular remodeling.

ИМ и эпизодов нестабильной стенокардии, а также на развитие хронической сердечной недостаточности (ХСН)[5].

В наших предыдущих работах была выявлена корреляция между содержанием матриксной металлопротеиназы -9 (ММР-9), N- терминального предшественника натрийуретического пептида (NT-proBNP) на 3-5 сутки заболевания и эхокардиографическими (ЭХОКГ) параметрами, характеризующими дезадаптивно-ремоделирование миокарда через 3 месяца после ИМ [6]. Целью настоящего исследования было определить влияние дисбаланса в системе «матриксные металлопротеиназы – тканевой ингибитор матриксных металлопротеиназ» на характер течения постинфарктного ремоделирования миокарда левого желудочка, определяемого по результатам ЭХОКГ через 12 месяцев после ИМ.

Материалы и методы. В исследование было включено 137 пациентов, поступивших в клинику кардиологии с диагнозом инфаркт миокарда в возрасте от 24 до 75 лет (в среднем $56,8 \pm 10,1$ лет). Критериями исключения из исследования были: наличие приобретенного или врожденного порока сердца, кардиомиопатии не ишемического генеза; наличие онкологического заболевания, хронической почечной или печеночной недостаточности, системного заболевания соединительной ткани, дисциркуляторной и иной энцефалопатии, активного воспалительного процесса, выраженной текущей аллергической реакции, употребление наркотических средств или алкоголя. Все пациенты получали стандартную медикаментозную терапию, при наличии показаний была выполнена реваскуляризация миокарда. Наблюдение за пациентами продолжалось в течение 24-36 месяцев. Всем пациентам в дополнение к стандартному обследованию на 3-4 сутки и через 3 месяца после ИМ проводилось определение концентраций предшественника матриксной металлопротеиназы-1 (proMMP-1), ММР-9, тканевого ингибитора матриксных металлопротеиназы-1 (TIMP-1) методом иммуноферментного анализа и NT-proBNP методом электрохемилюминесцентного иммуноанализа (с использованием наборов реактивов «R&D Systems», «eBioscience» и «Roche» соответственно). ЭХОКГ выполняли на 5-7 сутки после перенесенного ОКС и в динамике через 3, 12 месяцев (по стандартному протоколу). Течение ремоделирования ЛЖ определяли при выполнении ЭХОКГ в динамике на 5-7 сутки и через 12 месяцев.

Статистическую обработку данных проводили с помощью пакетов статистических программ MS Excel 2007, Statistica 10.0 для Windows 7.0. Полученные

результаты представлены в виде среднего и его стандартного отклонения ($M \pm SD$), а в случаях несоответствия нормальному распределению - медианы и интерквартильного размаха [25 и 75 процентиля]. Независимые группы сравнивали с помощью U-критерия Манна-Уитни или Колмогорова-Смирнова для непараметрических величин и t-критерий для параметрических. Различия в показателях между группами считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. У 75,6% больных, включенных в исследование, был выявлен Q-ИМ. Значимых различий в концентрациях исследуемых маркеров у пациентов Q-ИМ и неQ-ИМ получено не было. Содержание ММР-9 и ТИМР-1 на 3-4 сутки заболевания были выше нормальных значений и составили 311,6 [255,9; 376,7] нг/мл и 890,8 [675,5; 1019,5] нг/мл. Содержание проММР-1 у пациентов было в пределах референтных значений. В литературе имеются противоречивые данные об изменении значений проММР-1 у пациентов с ИМ, которые могут быть в пределах или значительно превышающими референтные значения [7].

В зависимости от динамики ЭХОКГ-параметров через 12 месяцев, пациенты с ИМ были разделены на следующие группы: 1 группа (32 пациента) – выявлено неблагоприятное течение ремоделирования миокарда (увеличение индекса конечного диастолического размера (ИКДР) более 20% по сравнению с исходным значением, снижение фракции выброса (ФВ) более 5%); 2 группа (105 пациентов) - значимого изменения ЭХОКГ-показателей не наблюдалось [8]. Среди пациентов, у которых наблюдалось прогрессирующее течение ремоделирования миокарда в течение года, осложнения в течение первых двух недель ИМ, встречались существенно чаще, чем у пациентов с его отсутствием (ОШ 4,12 95% ДИ 1,78-9,58). Так у пациентов с неблагоприятным течением ремоделирования ЛЖ чаще выявлялись острая левожелудочковая недостаточность (ОШ 7,76 95% ДИ 1,51-5,43), желудочковые нарушения ритма высоких градаций (ОШ 4,95 95% ДИ 1,93-12,74), атриовентрикулярная блокада III степени (ОШ 7,76 95% ДИ 1,51-43,61).

Для пациентов обеих группы были определены уровни биомаркеров на 3-4 сутки заболевания (Таблица).

Таблица. Содержание биомаркеров на 3-4 сутки в зависимости от течения ремоделирования миокарда через 12 месяцев

	proMMP-1, нг/мл	MMP-9, нг/мл	TIMP-1, нг/мл	MMP-9/TIMP-1	NTproBNP, пг/мл
1 группа (n=32)	9,7 [6,5;14,2]	362,2 [306,9;403,5]	749,6 [649,6;904,5]	0,48 [0,38; 0,51]	1528,0 [671,3;3304]
2 группа (n=105)	6,2 [3,7; 9,4]*	296,3 [237,8;348]*	904,5 [749,6;1020]*	0,31 [0,28; 0,36]	633,7 [453;1296]*

Примечание - * $p < 0,05$ при сравнении содержания маркеров в двух группах

У пациентов 1 группы содержание proMMP-1, MMP-9 как и NTproBNP на 3-4 сутки было выше, чем у пациентов 2 группы. Концентрация TIMP-1 у пациентов 1 группы была меньше. Подобные результаты, в частности корреляция между уровнем MMP-9 в раннем постинфарктном периоде и степенью дилатации ЛЖ через 3 месяца после ИМ были получены в исследованиях F. Spinale [9]. По данным исследования D.N. Tziakas интенсивность ремоделирования после ИМ зависит в большей степени не от величины потерянного миокарда, а от равновесия в системе металлопротеиназ и их ингибиторов в постинфарктном периоде [10]. В 1 группе пациентов соотношение MMP-9/TIMP-1 было выше, чем во 2 группе, т.е. преобладал процесс разрушения ЭЦМ. У пациентов с неблагоприятным течением ремоделирования миокарда содержание proMMP-1 через 3 месяца после ИМ было больше нормы и отличалось более высокими значениями, чем у пациентов второй группы ($p < 0,05$).

Выводы. В ранние сроки инфаркта миокарда дисбаланс в системе «матриксные металлопротеиназы – тканевой ингибитор матриксных металлопротеиназ», который проявляется повышением содержания матриксных металлопротеиназ pro MMP-1, MMP-9 при отсутствии адекватного увеличения содержания их тканевого ингибитора, предопределяет преобладание процессов деградации экстрацеллюлярного матрикса над его синтезом, что ассоциировано с неблагоприятным течением постинфарктного ремоделирования миокарда.

Литература:

1. Национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр). – Москва. - 2010г. - С. 112.
2. Kelly, D. Circulating Stromelysin-1 (MMP-3): A novel predictor of LV dys-

function, remodelling and all-cause mortality after acute myocardial infarction / D. Kelly, S. Khan, G. Cockerillett // *European Journal of Heart Failure*. – 2008. -№ 10 – P. 133–139.

3. Koenig, G.C. MT1-MMP-dependent remodeling of cardiac extracellular matrix structure and function following myocardial infarction / G.C. Koenig, R.G. Rowe, S.M. Day, etc // *Am J Pathol*. – 2012. -№ 180 (5). – P.1863-1878.

4. Li, Y.Y. Interplay of matrix metalloproteinases, tissue inhibitors of metalloproteinases and their regulators in cardiac matrix remodeling / Y.Y. Li et al. // *Cardiovascular Research*. – 2000. -№46. - P. 214 –224.

5. Martin, G.St. Left Ventricular Remodeling After Myocardial Infarction Pathophysiology and Therapy / G.St. Martin, J. Sutton, N. Sharpe // *Circulation*. – 2000. - № 101. – P. 2981-2988.

6. Кухарчик, Г.А. Содержание матриксных металлопротеиназ и их ингибиторов и ремоделирование миокарда у пациентов, перенесших острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST / Г.А. Кухарчик, Н.Н. Нестерова, Л.Б. Гайковая и др. // *Здоровье - основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения: Труды 7-й Всерос. науч.- практ. конф. с междунар. участием. «Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения»*. 2012. - Т.7. - С.416-421.

7. Wagner, D.R. Matrix metalloproteinase-9 is a marker of heart failure after acute myocardial infarction / D.R. Wagner, C. Delagardelle, I. Ernens, D. Rouy, M. Vaillant, J. Beissel // *J Card Fail*. – 2006. - № 12. – P. 66–72.

8. Берштейн, Л.Л. Прогнозирование постинфарктного ремоделирования левого желудочка / Л.Л. Берштейн, В.И. Новиков, А.Ю. Вишнеvский, Ю.Н. Гришкин // *Кардиология* №3. – 2011. – С.17-23.

9. Spinale, F.G. Myocardial Matrix Remodeling and the Matrix Metalloproteinases: Influence on Cardiac Form and Function / F.G. Spinale// *Physiol Rev*. - 2007. - №87. - P. 1285-1342.

10. Tziakas, D.N. N-terminal pro-B-type natriuretic peptide and matrix metalloproteinases in early and late left ventricular remodeling after acute myocardial infarction / D.N. Tziakas, G.K. Chalikias, E.I. Hatzinikolaou, D.A. Stakos et al. // *Am J Cardiol*. - 2005. - № 96. – P. 31–34.

Ключевые слова: ремоделирование, инфаркт миокарда, матриксные металлопротеиназы.

Key words: remodeling, myocardial infarction, matrix metalloproteinase.

УДК 616.342-003:611-018.25

Л.С. Орешко, М.С. Журавлева, Р.И. Лукьянова

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЦЕЛИАКИЕЙ¹

*Северо-Западный Государственный Медицинский Университет
им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, oreshkol@yandex.ru*

Введение. Несмотря на определенный прогресс в изучении патогенетических механизмов целиакии, состояние двигательной активности различных отделов пищеварительного тракта и морфофункциональные взаимосвязи органов пищеварения при данной патологии остаются неизученным, недостаточно данных о модификации двигательных нарушений различных отделов пищеварительного тракта у больных целиакией при использовании терапии, в частности аглютеновой диеты [1-4].

Цель исследования: выявить взаимосвязь двигательной активности желудочно-кишечного тракта и функционального состояния гастродуоденальной зоны и билиарной системы на фоне соблюдения аглютеновой диеты у больных целиакией.

Материал и методы исследования: В исследование были включены 67 пациентов с верифицированным диагнозом «целиакия», средний возраст обследуемых больных составил $31,6 \pm 1,4$ лет (от 18 до 60 лет). В общей группе больных целиакией мужчин было 27 (40 %), женщин – 40 (60 %). Всем обследуемым пациентам выполнены антропометрия, биоимпедансометрия, ФГДС, хромогастроскопия, УЗИ органов брюшной полости, периферическая электрогастроэнтерография (ПЭГЭГ).

Результаты и их обсуждение: У обследованных пациентов выявлены как признаки недостаточности питания по типу алиментарного маразма (у 43 (64 %)), так и избыточная масса тела и ожирение (у 12 (18 %)). У всех (100 %) паци-

¹ L.S. Oreshko, Zhuravleva M.S., Lukianova R.I. Functional interaction of digestive organs in patients with coeliac disease.

ентов наблюдались эндоскопические признаки дуоденита, отёк и гиперемия слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки. У 27 (40,3 %) обследованных выявлены признаки субатрофического дуоденита, у 4 (6,1 %) – признаки катарального бульбита, у 10 (14,5 %) – признаки эрозивного бульбита на фоне рубцовой деформации луковицы двенадцатиперстной кишки. У 11 (16,4 %) обследованных больных выявлены признаки дуоденогастрального и гастроэзофагального рефлюксов. По данным хромогастроскопии среди обследованных преобладала доля пациентов с гиперхлоргидрией (75 %). Наиболее частыми ультрасонографическими признаками явились деформация и перегибы желчного пузыря (у 43 (64,2 %)), диффузные изменения поджелудочной железы встречались у 15 (22,4 %) пациентов.

По данным ПЭГЭГ величины абсолютной мощности P_i , коэффициента ритмичности K_{ritm} и амплитуды A_i сокращений желудка были достоверно ниже у пациентов с гиперхлоргидрией, чем таковые показатели у пациентов с нормохлоргидрией ($p < 0,05$). У больных, имеющих признаки деформации и перегибы желчного пузыря, регистрировали патологический ответ двенадцатиперстной кишки на приём пищи, в то время как у больных без таковых признаков наблюдали нормальный адекватный ответ ($p < 0,01$). При изучении влияния патогенетической терапии на двигательную активность тонкой кишки было выявлено, что у больных, соблюдающих аглютеновую диету, показатели коэффициента ритмичности двенадцатиперстной и подвздошной кишки были достоверно выше, чем у пациентов без аглютенового рациона питания ($p < 0,05$).

Заключение: Полученные данные свидетельствуют о том, что развитие хронической гастроэнтерологической патологии существенно влияет на функционирование систем, обеспечивающих пищеварение и моторно-эвакуаторную функцию желудочно-кишечного тракта у больных целиакией. В этой связи представляется оправданным включение в комплексную терапию целиакии для устранения недостаточности питания и нарушений моторики, кроме аглютеновой диеты, имеющей патогенетическое значение – антисекреторных препаратов, прокинетики и спазмолитических средств.

Литература:

1. Уголев, А.М. Эволюция пищеварения и принципы эволюции функции / А.М. Уголев. – Л. : Наука, 1985. – 315 с.
2. Орешко, Л.С. Нарушения моторной функции органов пищеварения у больных целиакией и их коррекция / Л.С. Орешко, М.С. Журавлева,

А.А. Шабанова, Н.В. Ратманова // Российские медицинские вести. – 2012. – Т. XVII, № 4. – С. 65–72.

3. A quantitative study of enteric endocrine cells in celiac sprue / A.M. Buchan [et al.] // Journal of pediatric gastroenterology and nutrition. – 1984. – Vol. 3 (5). – P. 665–667.

4. Орешко, Л.С. Целиакия взрослых: особенности патогенеза, клинических проявлений, диагностики, лечения и профилактики осложнений: дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.47 / Орешко Людмила Саварбековна. – СПб., 2008. – 291 с.

Ключевые слова: целиакия, моторика желудочно-кишечного тракта, изменение формы желчного пузыря, гиперхлоргидрия.

Key words: coeliac disease, gastrointestinal motility, deformation of the gall bladder, gastric hyperacidity.

УДК 616-009.12-055.26:616-07

Т.А. Рождественская

СОМАТОФОРМНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ КАК ГИПЕРТЕНЗИВНОЕ СОСТОЯНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ¹

*Витебский государственный медицинский университет,
Витебск, Белоруссия, rojd@tut.by*

Введение. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) имеет большее применение в терапевтической практике для диагностики состояний, связанных с повышенным или пониженным артериальным давлением (АД), однако имеет ограниченное применение в акушерской практике. Целью настоящего исследования является определение места соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы (СДВНС), как гипертензивного состояния по результатам СМАД во время беременности.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 100 беременных женщин. Из них 30 – с физиологическим течением беременности, 40 – с арте-

¹ Razhdzestvenskaya T.A. Dysfunction of the autonomic nervous system as the hypertensive condition during pregnancy.

риальной гипертензией I степени, 30 – с СДВНС с гипертензивным синдромом. Всем пациенткам проводилось СМАД на аппарате «BPLab» (Россия) в сроках гестации 18-20, 28-30 и 36-38 недель. Все данные представлены в виде $M \pm SD$, где M – среднее арифметическое, SD – стандартное отклонение. Статистическая обработка полученного материала проводилась с помощью пакета STATISTICA 6,0, с применением однофакторного дисперсионного анализа. В случае выявления статистически значимых отличий проводилось множественное сравнение методом Ньюмена-Кейлса. Критический уровень значимости p принимали равным 0,05.

Результаты. Результаты средних величин АД, вариабельности и индексов времени, полученных в результате обследования беременных женщин с СДВНС с гипертензивным синдромом, приведены в таблице 1.

Таблица 1. Характеристики параметров АД женщин с СДВНС с гипертензивным синдромом по результатам СМАД.

			18-20 недель	28-30 недель	36-38 недель
Среднее АД	День	САД	$124,8 \pm 8,3^*$	$126,1 \pm 7,6^*$	$129,3 \pm 9,3^*$
		ДАД	$75,8 \pm 8,29^*$	$77,2 \pm 5,9^*$	$80,4 \pm 8,4^*$
	Ночь	САД	$110,8 \pm 9,6^*$	$114,9 \pm 8,4^*$	$117,6 \pm 9,14^*$
		ДАД	$63,8 \pm 6,8$	$67,1 \pm 7,0$	$69,5 \pm 8,9$
Индекс времени	День	САД	$24,2 \pm 24,6^*$	$22,8 \pm 21,39^*$	$32,62 \pm 26,9^*$
		ДАД	$20,33 \pm 17,97^*$	$21,5 \pm 21,85^*$	$34,46 \pm 28,69^*$
	Ночь	САД	$15,5 \pm 25,06^*$	$17,23 \pm 24,35^*$	$23,21 \pm 27,65^*$
		ДАД	$15,03 \pm 23,63$	$18,9 \pm 24,46$	$24,64 \pm 31,53$
Вариабельность	День	САД	$11,8 \pm 3,34$	$11,23 \pm 2,14^*$	$11,32 \pm 2,5^*$
		ДАД	$10,3 \pm 2,61$	$10,03 \pm 2,46$	$10,61 \pm 2,28$
	Ночь	САД	$9,43 \pm 2,79$	$9,4 \pm 3,24^*$	$9,25 \pm 2,33$
		ДАД	$7,9 \pm 2,25$	$8,13 \pm 2,18$	$7,96 \pm 3,02$

Примечание: * – $p < 0,05$ между исследуемыми группами

САД – систолическое артериальное давление; ДАД – диастолическое артериальное давление.

Анализируя данные, приведенные в табл. 1, можно отметить, что у женщин, которые отнесены в группу СДВНС, на протяжении всей беременности средние величины АД, показатели индекса времени и вариабельности АД не имеют статистических отличий от величин АД, полученных у женщин с физиологически протекающей беременностью и пациенток с артериальной гипертензией. В связи с этим, существование гипертензивного компонента у СДВНС является сомнительным.

Выводы. В Международной статистической классификации болезней и состояний, связанных с нарушением здоровья ВОЗ X пересмотра СДВНС, включая синдром нейроциркуляторной дистонии, относится к Классу V «Психические расстройства и расстройства поведения» (рубрика F 45.3), чего следует придерживаться и в практическом здравоохранении, т.к. гипертензивный компонент СДВНС не имеет обоснованного существования.

Ключевые слова: соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы, беременность.

Key words: dysfunction of the autonomic nervous system, pregnancy.

УДК 616

*Рукавишников Г.В., Леденцова С.С.,
Петрова Н.Н., Смирнова И.О.*

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ПАЦИЕНТОВ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ¹

Санкт-Петербургский государственный университет, Медицинский факультет, Кафедра психиатрии и наркологии, Кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии, grigory_v_r@mail.ru

Дерматология является специальностью с высокой распространенностью коморбидной психической патологии. Целью исследования было изучить частоту и структуру коморбидных дерматологическим заболеваниям психических рас-

¹Rukavishnikov G.V., Ledentsova S.S., Petrova N.N., Smirnova I.O. The Issues of mental health in patients of dermatological practice.

стройств.

Материалы и методы: Обследовано 70 пациентов в возрасте от 14 до 75 лет, амбулаторно наблюдавшихся у врача-дерматолога. 65 случаев были представлены хроническими дерматозами (акне, розацеа, розацеаподобный дерматит, витилиго) различной степени тяжести. В 5 случаях объективных данных за дерматологическое заболевание выявлено не было. Обследование носило комплексный междисциплинарный характер, представленный клинико-психопатологическим, клинико-дерматологическим и психометрическим методами. Все пациенты с их добровольного согласия были консультированы врачом-психиатром. Изучалась самооценка пациентов: на сколько их беспокоит состояние их кожи в целом, выраженность высыпаний и ощущений, связанных с кожным заболеванием. Оценка проводилась по визуально-аналоговой шкале в пределах от «0» до «10» баллов, где «0» обозначал «совсем не беспокоит», а «10» - «крайне беспокоит».

Результаты: По результатам клинической беседы и данным анамнеза в соответствии с классификацией МКБ-10 были выявлены следующие типы патологии: «Генерализованное тревожное расстройство» F41.1 (7 пациентов), «Смешанное тревожное и депрессивное расстройство» F41.2 (4 пациента), «Смешанная тревожная и депрессивная реакция» F43.22 (3 пациента). У 2-х пациентов был диагностирован «Умеренный депрессивный эпизод» F32.1 и у одной пациентки «Тяжелый депрессивный эпизод» F32.2. У 3-х пациентов было выявлено «Соматоформное расстройство» F45.0. В целом, психическая патология была диагностирована в 28,5% случаев. В клинической картине преобладали жалобы на недовольство своим внешним видом, снижение настроения, постоянную тревогу, неспособность расслабиться, нарушения ночного сна. Объективно у пациентов с патологией психического здоровья обращали на себя внимание повышенная эмоциональная лабильность, взвинченность, большое число как соматических, так и психологических жалоб. Согласно данным ВАШ, пациентов в меньшей степени беспокоили ощущения (зуд, жжение и т.п.), связанные с состоянием кожи ($5,1 \pm 0,86$ балла), при этом значительно большее беспокойство вызывало состояние кожи в целом – $7,8 \pm 0,73$ балла и преимущественно выраженность высыпаний - $8,0 \pm 0,48$ балла. При этом значимых корреляций с объективной выраженностью кожного заболевания выявлено не было.

Выводы: Патология психического здоровья представлена как соматоформными, так и тревожно-депрессивными расстройствами. Обращает на себе внимание

преобладание жалоб, касающихся преимущественно психологических, эстетических аспектов заболевания (внешний вид высыпаний), в то время как субъективные ощущения (боли, зуд) беспокоят пациентов в значительно меньшей степени.

Ключевые слова: психодерматология, хронические дерматозы, акне, розацеа, тревожные расстройства, депрессия.

Key words: psychodermatology, chronic dermatoses, acne, rosacea, anxiety disorders, depression.

УДК 616.33-002-036.12-053.8(571.13)

Л.Б.Рыбкина

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В ГОРОДЕ ОМСКЕ¹

*ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» МЗ РФ,
Омск, lbrybkina@mail.ru*

Введение. Несмотря на внедрение современных методов диагностики и лечения пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями желудка, одной из актуальных проблем гастроэнтерологии в силу высокой распространенности остается хронический гастрит, на долю которого приходится примерно 80-90% случаев патологии желудка [1,2].

Материал и методы. Цель нашего исследования – определить заболеваемость хроническим гастритом взрослого населения в г. Омске с 2007 по 2011 гг. Для решения поставленной задачи мы проанализировали статистические данные по г. Омску с 2007 по 2011 гг. и установили, что истинную частоту развития *хронических воспалительных изменений слизистой оболочки желудка* определить трудно в силу ряда причин. Так, поскольку диагноз «хронический гастрит» – это диагноз **морфологический** и протекает чаще всего бессимптомно. Кроме того, по требованиям Модифицированной Сиднейской системы для того, чтобы правильно интерпретировать состояние слизистой оболочки желудка,

¹Rybkina L.B. Morbidity of chronic gastritis of adults in the city of Omsk.

необходимо минимум пять биоптатов: 2 из антрального отдела на расстоянии 2-3 см от привратника по большой и малой кривизне, 2 из тела желудка на расстоянии 8 см от кардии по большой кривизне и на 4 см проксимальнее угла по малой кривизне, 1 - из угла желудка. Заключение должно содержать сведения об активности и выраженности воспаления, стадии атрофии, метаплазии и о наличии *Helicobacter pylori* [3]. Однако соблюдение указанного протокола забора биопсийного материала часто не соблюдается врачами эндоскопических отделений.

Результаты и их обсуждение. В структуре общей заболеваемости взрослого населения в г. Омске болезни органов пищеварения с 2007 по 2011 гг. стабильно занимают третье место после болезней органов кровообращения и органов дыхания. Так, согласно статистическим материалам Департамента здравоохранения Администрации г. Омска в 2007 г. и в 2011 г. болезни органов пищеварения составили 10,9% и 11,4%, соответственно (болезни органов кровообращения – 18,9% и 22,3%, болезни органов дыхания – 15,8% и 15,2%). Заболеваемость хроническим гастритом взрослого населения в г. Омске в 2007 и 2011 гг. составила 18,5% и 20,6%, соответственно. Из них с диагнозом «хронический гастрит», установленным впервые в жизни, было зарегистрировано в 2007 году – 2694, в 2011 году – 3891 пациентов, которые составили 9% и 11% от всех пациентов с хроническим гастритом.

На диспансерном учете в амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Омска состояло в 2007 г. – 10 707, в 2011 г. – 11 861 пациентов с хроническим гастритом, которые составляют 18,9% и 20,4%, соответственно, от всех пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта, состоящими на диспансерном учете.

Выводы: 1. Анализ имеющихся данных указывает на стабильно высокую заболеваемость в г. Омске хроническим гастритом. 2. Частота хронического гастрита среди взрослого населения г. Омска с 2007 по 2011 гг. возросла на 2,1%. 3. Число пациентов с диагнозом «хронический гастрит», установленным впервые в жизни, в г. Омске с 2007 по 2011 гг. увеличилось на 2%. 4. Хронический гастрит – значимая социальная проблема.

Литература:

1. Маев И.В., Самсонов А.А., Андреев Н.Г., Кочетов С.А. Что мы знаем о хроническом гастрите // Фарматека. – 2011. - №10. – С. 10-17.

2. Рапопорт С.И. Гастриты. Пособие для врачей. – Москва. - 2010. – С. 20.
3. Аруин Л.И., Кононов А.В., Мозговой С.И. Международная классификация хронического гастрита: что следует принять и что вызывает сомнения. // Архив патологии. – 2009. – Т. 71. №4. – С. 11-18.

Ключевые слова: хронический гастрит, заболеваемость, взрослое население.
Key words: chronic gastritis, morbidity, adult population.

А.П. Спицин, Н.Е. Кушкова, И.С. Бяков

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ¹

ГОУ ВПО «Кировская ГМА Росздрава». Киров, sap@kirovgma.ru

Студенты представляют особую социальную группу, характеризующуюся определенным возрастом, специфическими условиями труда и жизни. Они относятся к группе повышенного риска вследствие высокого и длительного психоэмоционального напряжения, которое значительно выше, чем у их сверстников из других социальных групп [1].

Среди современных методологических подходов к оценке состояния сердечно - сосудистой системы и организма в целом существенное место принадлежит анализу variability сердечного ритма (СР). Анализ ВРС является наиболее информативным методом количественной оценки активности различных отделов ВНС, параметры которого рассматриваются как интегральные показатели процессов регуляции [2,3].

Целью настоящего исследования явилась оценка влияния наследственной отягощенности по артериальной гипертензии на изменения показателей кардиоинтервалографии и variability ритма сердца у студентов во время сдачи экзаменов с учетом типологических особенностей вегетативной нервной системы.

¹ Spitsin A.P., Kyshkova N.E., Byukov I.S. Heart rate variability in young subjects with a hereditary history of arterial hypertension.

Материал и методы исследования. Были сформированы две группы: группа практически здоровых студентов (1) без наследственной отягощенности (контрольная группа) по артериальной гипертензии ($n = 37$) и группа (2) здоровых студентов с наследственной отягощенностью (основная группа) по АГ ($n = 125$). В эту группу отбирались лица с риском к повышению артериального давления (артериальная гипертензия у отца или матери, а также у бабушек или дедушек по отцовской или материнской линии). Возраст обследованных лиц - 18-25 лет.

Производили регистрацию кардиоинтервалограмм (КИГ) во втором стандартном отведении электрокардиограммы (ЭКГ) с использованием аппаратно-программного комплекса "ВНС-спектр" (ООО "Нейрософт", Иваново, 2001) до экзамена (во время подготовки по билету) и сразу после сдачи экзамена (после ответа по билету). Длительность регистрации кардиоинтервалограммы составляла 300 с (не менее 512 интервалов RR). В дальнейшем рассчитывали временные стандартизированные характеристики динамического ряда кардиоинтервалов: частота сердечных сокращений (ЧСС, уд/мин); среднеквадратичное отклонение последовательных RR-интервалов ($SDNN$, мс); стандартное отклонение разности последовательных RR-интервалов ($RMSSD$, мс); частота последовательных RR-интервалов с разностью более 50 мс ($pNN50$, %); амплитуда моды (AMo , %); индекс напряжения (SI , усл. ед.); показатель адекватности процессов регуляции (ПАПР, баллы). Далее, на основе проведения спектрального анализа ВСР рассчитывали и анализировали частотные параметры: общую мощность спектра (TP), мощности в высокочастотном (HF, 0.16-0.4 Гц), низкочастотном (LF, 0.05-0.15 Гц) и очень низкочастотном (VLF, <0.05 Гц) диапазонах. Кроме того, вычисляли коэффициент LF/HF, отражающий баланс симпатических и парасимпатических регуляторных влияний на сердце.

Результаты обрабатывали при помощи пакета программ "STATISTICA 6". Осуществляли определение средней (M) и ошибки средней (m). Результаты представлены в виде $M \pm m$. Характер распределения оценивали при помощи критерия Колмогорова-Смирнова ($n > 30$). Для анализа малых выборок (до 30 наблюдений) применяли непараметрические методы статистической обработки данных. При нормальном распределении переменных для определения различий между двумя независимыми группами использовали непарный t-критерий Стьюдента, а при непараметрическом - критерий Вилкоксона - Манна - Уитни.

Результаты. Выявлены определенные различия изменений показателей сердечного ритма у студентов в условиях подготовки и сразу после сдачи экзамена. Во время подготовки к экзамену наблюдается доминирование волн очень низкой (VLF) и низкой частоты (LF) в спектре сердечного ритма, что отражает повышенную симпатическую активность и централизацию управления сердечным ритмом. После экзамена происходит увеличение активности парасимпатического отдела ВНС, а также понижение активности центрального контура регуляции, но сохраняется повышенная активность симпатического отдела.

Общее усиление симпатических и ослабление парасимпатических влияний при действии психоэмоциональных раздражителей, к которым можно отнести и сдачу экзаменов, по-разному проявляется у субъектов в зависимости от наследственной отягощенности по АГ. У студентов с наследственной отягощенностью значения среднеквадратичного отклонения (SDNN) были меньше, а индекс напряжения регуляторных систем больше, чем у лиц без наследственной отягощенности как до, так и после экзамена. Наблюдается доминирование волн низких частот в спектре сердечного ритма у студентов с наследственной отягощенностью, что свидетельствует об отчетливом усилении центральных влияний. Временные и спектральные показатели у лиц с наследственной отягощенностью после экзамена отражают тенденцию к превалированию парасимпатических влияний и косвенно указывают на более выраженное утомление организма по сравнению со здоровыми студентами.

Заключение. Установлено, что адаптивные реакции сердечно-сосудистой системы, регуляции ритма сердца к экзаменационному стрессу складываются в рамках общей тенденции к повышению напряжения механизмов регуляции и активности симпатической нервной системы. Однако эти реакции имели различную степень выраженности в зависимости от доминирования вегетативного тонуса. Наибольшие изменения показателей вариабельности ритма сердца отмечались у студентов при доминировании симпатического отдела ВНС в сочетании с наследственной отягощенностью по артериальной гипертензии. Ведущая роль в регуляции ритма сердца при наследственной отягощенности по АГ принадлежит центральным механизмам регуляции.

Литература:

1. Данилова Н.Н., Астафьев С.М. Изменение вариабельности сердечного ритма при информационной нагрузке // Журн. высшей нервной деятельности. 1999. Т.49. С. 28-34.

2. Баевский Р.М. Анализ variability сердечного ритма при использовании различных эхокардиографических систем / Р.М. Баевский. Челябинск: Изд-во Т.Лурье. 2002. – 62 с.
3. А.А. Кузнецов, Новые методы обработки электрокардиографических сигналов // Биомед. технологии и радиоэлектроника: науч.-прикл. журнал. 2005. N 11/12. С. 12-20.

Ключевые слова: variability сердечного ритма, артериальная гипертензия.
Key words: central hemodynamics, controlled breathing.

УДК 616.831-005

*Л.М. Тибекина, Т.В. Сергеева,
Ю.А. Шевченко, В.В. Авдеев*

**МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НА ВТОРОМ ЭТАПЕ МАРШРУТИЗАЦИИ
БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ
В КЛИНИКЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ СПбГУ¹**

*Санкт-Петербургский государственный университет,
Медицинский университет, klinvm@mail.ru*

Введение. Одним из важнейших регламентирующих документов нормативно-правовой базы по нейрореабилитации больных с поражением нервной системы является Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2012 г. N 1705н "О порядке организации медицинской реабилитации". В соответствии с ним медицинская реабилитация должна осуществляться в зависимости от тяжести состояния пациента в три этапа. Принципиально важным является раннее начало реабилитационных мероприятий, преемственность, этапность и мультидисциплинарный подход в реабилитации больных с поражением ЦНС, в том числе, перенесших ОНМК. Первый этап медицинской реабилитации осуществляется в острый период течения заболевания в отделениях реанимации и интенсивной терапии медицинских организаций по профилю основного заболевания

¹ Tibekina L.M., Sergeeva T.V., Shevchenko J.A., Avdeev V.V. Medical rehabilitation at the second stage routing patients with stroke in the Clinic of restorative medicine, St. Petersburg state University.

при отсутствии противопоказаний к методам реабилитации. Второй этап проводится в ранний восстановительный период течения заболевания, поздний реабилитационный период, период остаточных явлений течения заболевания в стационарных условиях медицинских организаций (реабилитационных центрах, отделениях реабилитации). Учитывая дефицит реабилитационных коек в Санкт-Петербурге, Клиника восстановительной медицины СПбГУ (отделение восстановительного лечения – неврология) оказывает значительную помощь практическому здравоохранению в проведении реабилитационных мероприятий больным, перенесшим ОНМК. За 2012 год клиника приняла почти на 50% больше пациентов, поступивших переводами из стационаров города в сравнении с 2011 годом. Значительная часть больных была госпитализирована благодаря работе городского бюро госпитализации.

Целью исследования явилось: оценка медицинских факторов, определяющих реабилитационный потенциал и реабилитационный прогноз у больных с ОНМК в раннем восстановительном периоде при использовании медико-экономического стандарта № 511600.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезней 295 пациентов, поступивших в 2012 г. в Клинику восстановительной медицины в раннем восстановительном периоде. Из числа пролеченных 170 (57,6%) были лица мужского пола и 125 (42,4%) – женщины. Наибольший процент (по 32,5%) составили больные в возрастной группе 50-59 лет и 60-69 лет. Лица более молодого возраста (40-49 лет) составили 10,9% (32 человека) от общего числа больных. Пациенты получали лечение согласно утвержденному медико-экономическому стандарту № 511600 распоряжением комитета № 298-р от 2012г. Медикаментозное лечение включало гипотензивную, антиагрегантную, нейропротекторную терапию, витаминотерапию, при необходимости - антикоагулянтную терапию, миорелаксанты. Назначение немедикаментозной терапии проводилось комиссионно, с учетом особенностей каждого пациента и противопоказаний. В состав комиссии восстановительного лечения входят физиотерапевт, невролог, врач ЛФК, терапевт. Дополнительно, по показаниям больные консультируются рефлексотерапевтом, психотерапевтом, кардиологом, логопедом, диетологом. Немедикаментозная терапия включает занятия ЛФК, механотерапию, процедуры двигательного праксиса, массаж, магнитотерапию, лазеротерапию, ДМВ, дарсонвализацию, лекарственный электрофорез, озокеритотерапию, грязелечение, водолечение (душ циркулярный), фотохромотерапию и

др.

Результаты: У пациентов оценивались главным образом медицинские факторы (клинические, морфологические), определяющие реабилитационный потенциал и реабилитационный прогноз. На фоне проводимого лечения в рамках медико-экономического стандарта, отмечалось увеличение силы в паретичных конечностях, улучшение координаторных функций, полный или частичный регресс речевых и других когнитивных нарушений. Практически у всех больных констатировалось повышение индекса мобильности Ривермид. В среднем он изменялся с $11,3 \pm 0,35$ до $12,7 \pm 0,31$ ($p < 0,05$), что свидетельствовало об улучшении двигательной активности пациентов после лечения. 27 пациентов с благоприятным прогнозом в 2012 г. были переведены в санаторий «Северная Ривьера» для дальнейшего реабилитационного лечения.

Выводы. Соблюдение преемственности, этапности и мультидисциплинарного подхода в реабилитационном лечении больных с инсультом легкой или средней степени тяжести в раннем восстановительном периоде ОНМК при использовании медико-экономического стандарта № 511600 позволяет добиться хороших результатов восстановительного лечения и благоприятного медицинского прогноза. Внедрение стандартизации в работу отделений восстановительного лечения позволяет обеспечить объем госгарантии медицинской помощи пациенту, оптимизировать планирование объемов медицинской помощи, облегчить экспертную оценку оказания качества медицинской помощи пациенту.

Ключевые слова: инсульт, нейрореабилитация, стандарт.

Key words: stroke, neurorehabilitation, standard.

*Л.М. Тибекина, Д.О. Боричева,
М.В. Бондаренко, О.В. Лунарева*

О НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ¹

СПбГБУЗ Елизаветинская больница, СПбГУ, lmtibekina@mail.ru

Введение. Цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ) в России являются значимой медико-социальной и экономической проблемой и сопровождаются высокой летальностью, инвалидизацией и социальной дезадаптацией больных [1,2,3 и др.]. Уровень инвалидизации через год после инсульта колеблется от 75% до 85%, в то время как в странах Западной Европы он составляет 20-30%. Практика показывает, что наиболее активное восстановление двигательных функций происходит в первые 3 мес, а функциональное улучшение продолжается до 6—12 мес. и более. Данное обстоятельство указывает на необходимость длительного комплексного лечения этой категории больных с соблюдением принципов раннего начала реабилитационных мероприятий, этапности, преемственности, мультидисциплинарного подхода и опирающегося на нормативно-правовую базу. В связи с этим целью исследования явилось изучение нормативно-правовых документов, регламентирующих порядок и правила организации нейрореабилитационной помощи больным, перенесшим инсульт.

Результаты. Проведенный анализ показал, что к настоящему времени разработана концепция и система организации нейрореабилитации больных с поражением ЦНС и ПНС. В соответствии с ней должна оказываться комплексная высокотехнологичная междисциплинарная помощь на разных этапах заболевания нервной системы (н.с.), в т.ч. при инсультах. Реабилитационная помощь базируется на применении дифференцированных медицинских и нейропсихологических методов работы соответственно этапу заболевания в рамках единой программы. Разработанная концепция предполагает: снижение в современном обществе России социально-экономических потерь, возникающих в связи с большой распространенностью ЦВЗ, черепно-мозговых травм (ЧМТ) и их последствий, а также некоторых других поражений ЦНС в разных возрастных группах.

¹Tibekina L.M., Boricheva D.O., Bondarenko M.V. Aspects of stroke neurorehabilitational assistance.

Важной концептуальной позицией является формирование государственной политики признания нейрореабилитации больных с очаговыми поражениями н.с. одним из приоритетных направлений медицины и здравоохранения, занимающих первое место по смертности и тяжести последствий. Существенным шагом в установлении порядка организации медицинской реабилитации, в том числе нейрореабилитации явился Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2012 г. N 1705н "О порядке организации медицинской реабилитации", регламентирующий вопросы организации медицинской реабилитации взрослого и детского населения на основе комплексного применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов [4]. В соответствии с этим приказом медицинская реабилитация должна осуществляться в зависимости от тяжести состояния пациента в три этапа. Принципиально важным является мультидисциплинарный подход в реабилитации больных, преемственность и этапность.

Заключение. 1. Имеющаяся нормативно-правовая база по нейрореабилитации больных с поражением ЦНС отражает основные принципы реабилитации больных, перенесших ОНМК.

2. Учитывая дефицит реабилитационных отделений ЛПУ, кабинетов реабилитации в поликлиниках необходима оптимизация структуры многопрофильных стационаров и поликлиник, совершенствование системы подготовки медицинских, психологических и педагогических кадров нейрореабилитологов, расширение внебольничного сектора оказания реабилитационной помощи больным, перенесшим ОНМК или реконструктивные операции на сонных артериях.

3. Целесообразна унификация оценочных критериев реабилитационного потенциала, используемого при маршрутизации больных с ОНМК.

Литература:

1. Гетерогенность инсульта: взгляд с позиций клинициста /Верещагин Н.В. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Инсульт (приложение к журналу). 2003. № 9. С. 8-9.
2. Проблема инсульта в Российской Федерации: время активных совместных действий /Е.И. Гусев, В.И. Скворцова, Л.В. Стаховская // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2007. №8. С. 4-10.
3. Эпидемиологические аспекты изучения инсульта. Время подводить итоги /З.А. Суслина, Ю.Я. Варакин // Анналы клинической и экспериментальной нев-

рологии. 2007. Т. 2. №2.С. 22-28.

4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2012 г. N 1705н "О порядке организации медицинской реабилитации».

Ключевые слова: инсульт, нормативно-правовая база, организация нейрореабилитационной помощи.

Key words: stroke, regulatory framework, neurorehabilitational care management.

УДК 616.831-005

Л.М.Тибекина, Н.М. Кузнецова

К ВОПРОСУ О КРИЗИСЕ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ¹

Санкт-Петербургский государственный университет, lmtibekina@mail.ru

Введение. В последние десятилетия в России сложились существенные гендерные различия по одному из важнейших интегральных демографических показателей здоровья – ожидаемой продолжительности жизни населения. В прошлом году средняя продолжительность жизни в России составляла 66,5 лет. Согласно данным справочника ЦРУ (CIA World Factbook) для мужчин она равнялась 60,1 г. и 73,2 г. – для женщин. Основные различия в уровне смертности между мужчинами и женщинами падают на трудоспособный возраст. В возрастной группе 15-59 лет смертность мужчин была в 2,75 раза выше, чем женщин (Гусев А.А., 2007). В связи с этим целью исследования явилось изучение гендерных особенностей госпитализируемых больных с ОНМК в городские стационары (НИИ им. И.И. Джанелидзе, СПб ГБУЗ №15).

Материал и методы. Исследования проведены у 554 больных с ОНМК, у которых оценивались когнитивные нарушения по шкале MMSE (1975г.), неврологический статус с оценкой тяжести состояния по шкале Оргогозо (1992г.), или NIHSS, реактивная и личностностная тревожность (СпилбергерЧ.Д. и Л.Ю.Ханин в модификации Горбатенко А.С, 1995г), депрессия (по Балашовой Т.И.), вегетативные нарушения (Ушаков К.Г. с соавт., 1972, в модификации Со-

¹TibekinaL.M., Kuznetcova N.M.In regard to the problem of male population health in Russia.

ловьевой А.Д., 1991г.).

Результаты. Выявлено, что среди поступивших по неотложным показаниям больных с ОНМК за 6 месяцев преобладали женщины (60,6%); мужчины составили 39,4% от числа госпитализированных. При этом в возрасте 20-30 лет среди поступивших было больше женщин (в 2,6 раза по сравнению с мужчинами), в группе 30-40-летних пациентов резко возрастало число лиц мужского пола (в 5 раз больше по сравнению с женщинами); в 40-50-летнем возрасте мужчин поступило в 2,1 раза больше, а в 50-60 и 60-70-летнем возрасте в 1,7 и 1,2 раза, соответственно, больше, чем женщин. В 70-80-летнем возрасте вновь увеличилось поступление женщин (в 1,2 раза больше, чем мужчин), а после 80 лет это соотношение было уже в 4,8 раза выше. При этом госпитализировалось 36% лиц мужского пола и 19,5% - женского (от числа поступивших женщин) в возрасте до 60 лет. Дальнейшие исследования по изучению динамики восстановления когнитивных функций, неврологического статуса у больных с ОНМК с использованием традиционных шкал выявили положительную динамику как у мужчин, так и женщин. Неврологический дефект и когнитивные нарушения регрессировали у них в равной степени. В отличие от женщин у мужчин отмечалась статистически значимая положительная динамика по показателю «ВНС» и «шкала депрессии».

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о большей подверженности лиц мужского пола трудоспособного возраста мозговым катастрофам и «омоложении» инсульта главным образом за счет мужской части населения. Более выраженный регресс со стороны психо-эмоционального и вегетативного статуса у мужчин при положительной неврологической и когнитивной динамике может свидетельствовать о доминировании в большинстве случаев социально-психологических факторов, способствующих развитию заболевания.

Причиной роста и особенно «омоложения» инсульта можно считать также неблагоприятное воздействие антропоэкологических и антропосоциальных факторов, стрессы, чрезмерное употребление алкоголя, курение, несбалансированное питание, малоподвижный образ жизни, отягощенную наследственность и др. Низкая средняя продолжительность жизни в России, особенно мужчин, недостаточная социально-психологическая адаптация к экстремальным условиям указывают на повышенный риск заболеваемости и смертности у лиц мужского пола. Это представляет серьезную национальную, медико-социальную, экономическую проблему, требующую серьезного государственного подхода.

Ключевые слова: инсульт, гендерные различия, факторы риска заболевания.
Key words: stroke, gender differences, risk factors of disease.

УДК 616.831-005. - 658.51

Л.М.Тибекина

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ И ЕЁ ОРГАНИЗАЦИЯ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ¹

Санкт-Петербургский государственный университет, lmtibekina@mail.ru

Ежегодная смертность от инсультов в России достигает до 175 случаев на 100 тыс. населения, а из числа выживших после него только 3-23% возвращаются к прежней работе, что ложится тяжелым бременем медико-социальных, психологических и экономических проблем на социум. Наше государство неоднократно предпринимало шаги по борьбе с инсультами, добиваясь определенных результатов. В 2005 году была разработана программа по оптимизации работы первичного звена медицинской помощи населению на догоспитальном этапе. С 2007 года в соответствии с постановлениями Правительства Российской Федерации в стране начата реализация мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК). Приказом Министерства здравоохранения и социального развития (МЗ и СР) № 398н от 06.07.2009 г., а затем Приказом Минздрава РФ № 928н от 15.11.2012 г. утвержден порядок оказания медицинской помощи больным с ОНМК. Во всех регионах страны в крупных лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) были созданы первичные и регионарные сосудистые центры, обеспечивающие оказание помощи больным с ОНМК в соответствии с рекомендуемым регламентом. В настоящее время успешно решены многие сложные вопросы диагностики и лечения церебрального инсульта, однако реабилитация данного контингента больных, особенно на 2-м и 3-ем этапах по-прежнему связана с большими трудностями (главным образом с дефицитом финансирования, ресурсным обеспечением, отсутствием грамотно-

¹Tibekina L.M. Aspects of medical assistance and its organization for stroke patients.

го и четкого организационно-методического сопровождения) и недостаточно эффективна. Поэтому одной из важнейших задач на настоящий момент становится повышение эффективности и совершенствование системы нейрореабилитации, в частности, больных, перенесших ОНМК. При проведении реабилитационных мероприятий рекомендуется учитывать возможности реабилитационного потенциала больного и не ограничиваться только сроками раннего и позднего восстановительного периода. Среди проблем в сфере нейрореабилитации можно выделить *финансовые* (дефицит финансовых ресурсов, дефицит средств для создания достаточной материально-технической базы); *кадровые* (недостаток младшего мед. персонала в ЛПУ, отсутствие или неполный состав мультидисциплинарных бригад (МДБ) в имеющихся реабилитационных отделениях ЛПУ, центрах, поликлиниках, недостаток и неуккомплектованность МДБ для ранней реабилитации больных с ОНМК); *организационные* (несоблюдение маршрутизации и этапности в лечении больных с ОНМК, недостаточная эффективность вторичной профилактики ОНМК, отсутствие или недостаточная координация действий всех специалистов при лечении постинсультных больных); *медико-социальные* (недостаточное участие социальных служб в ведении постинсультных больных, высокий уровень инвалидизации больных, перенесших ОНМК, большая очередность при льготном получении лекарств, на ВТЭК и др.).

Важными составляющими в решении проблем нейрореабилитации данной категории больных является формирование государственной политики признания нейрореабилитации больных с очаговыми поражениями головного мозга, в частности, перенесших ОНМК, одним из приоритетных направлений медицины и здравоохранения, а также координация деятельности финансовой, медицинской, психолого-педагогической и социальной служб.

Ключевые слова: инсульт, нормативно-правовая база, организация нейрореабилитационной помощи.

Key words: stroke, regulatory framework, neurorehabilitational care management.

**НЕКОТОРЫЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К СНИЖЕНИЮ
ЭКОНОМИЧЕСКОГО БРЕМЕНИ САХАРНОГО ДИАБЕТА¹**

*Первый московский государственный медицинский университет
им. И.М.Сеченова, Москва, Россия, turina99@ya.ru*

При оценке экономического бремени сахарного диабета (СД) необходимо четко разделять экономические проблемы, с которыми сталкивается больной СД от затрат государства как на процессы лечения заболевания, так и в решении социальных вопросов. Такому разделению способствует анализ различных категорий затрат[1].

К прямым затратам традиционно относят те издержки, которые непосредственно связаны с оказанием медицинской помощи: расходы на медикаменты, медицинские услуги, оборудование для самоконтроля, пребывание в больнице, уход на дому, а также расходы, связанные с болезнью, которые несут больные и их семьи. Эта категория затрат принципиально не отличается от существующих подходов при оценке бремени других хронических неинфекционных болезней. Вместе с тем размер прямых затрат существенным образом зависит от тяжести сахарного диабета, его компенсации и, в конечном счете – развития осложнения. Можно с уверенностью считать, что для СД существенные возможности экономии лежат в плоскости прямых затрат. Дополнительным фактором, увеличивающим экономическое бремя этой болезни, является возраст. Очевидно, что влияние возраста на уровень затрат можно рассмотреть через призму развивающихся с течением времени осложнений напрямую связанных с диабетом, что увеличивает затраты на лечение больного диабетом в 3,5 раза. В Европе анализ прямых затрат с позиции системы здравоохранения на лечения СД типа 2 показал, что 55% прямых затрат приходится на стационарное лечение, 7% – на пероральные гипогликемические средства, 21% – на инсулины и препараты для лечения сопутствующей патологии, 18% – на амбулаторное лечение [2]. Несмотря на такую низкую долю затрат на пероральные гипогликемические средства, именно оптимизация сахароснижающей терапии и является опреде-

¹Turina I.V. Some methodological approaches to reducing the economic burden of diabetes.

ляющей, как для снижения уровня госпитализаций, так и для развития осложнений СД. Учет и оценка косвенных затрат представляет особую трудность, так как люди с СД типа 2, как правило, пожилые люди и, следовательно, часто не работают. Наоборот, больные с СД типа 1 работоспособного возраста продолжают обычно долго работать, и не тратят «время на болезнь». СД типа 1 часто развивается в детстве, и потеря трудоспособности в этом случае будет вызвана тем, что взрослый член семьи тратит время на уход за ребенком в ущерб работе. Таким образом, эта составляющая затрат хотя и является актуальной, но не столь значимой для решения задачи сокращения издержек в бремя болезни.

Уже обсуждалось, что бремя болезни распределено между несколькими субъектами, несущими затраты. В первую очередь лиц, принимающих решения, интересуют затраты системы здравоохранения, так как именно они являются основой для бюджетирования. В гораздо меньшей степени обсуждаются затраты пациента и его семьи. Однако для СД сложившаяся ситуация существенным образом не верна. Не только система здравоохранения несет расходы, связанные с заболеванием. Главным в этой ситуации является человек, которому приходится жить с болезнью. СД влечет за собой значительные изменения в образе жизни: для 90% людей с СД типа 2 главным в лечении являются изменения в диете и увеличение физических нагрузок. Некоторые изменения образа жизни важны и для людей с диабетом типа 1, так как требуют диетических ограничений – в диету включается большое количество фруктов и овощей. Родственники, друзья и коллеги по работе также подвержены влиянию заболевания. Изменение жизненных привычек вызывает трудности, и люди неохотно меняют их. Рекомендации, способствующие здоровому образу жизни, предполагают, что человек с диабетом имеет финансовые возможности выбирать между здоровым и нездоровым образом жизни. Однако часто больной человек мало, что может изменить в своей жизни к лучшему из-за материальных трудностей. Для СД типа 2 эти поведенческие затраты являются существенным компонентом эффективного лечения. Лечение СД весьма затратно, но главное, что эффективность этой терапии существенно зависит от комплаентности пациентов: соблюдения ими режимов питания, физической нагрузки, расписания приема противодиабетических средств. Это положение существенно образом отличает СД от других хронических неинфекционных болезней. Следует отметить, что комплаентность падает с возрастом и по мере уменьшения доходов в семье. Кроме того, доказано, что комплаентность достигает 80% при назначении препарата 1 раз в

сутки против 50% при назначении 4 раза в сутки.

Проблема комплаентности многогранна и обусловлена как проблемами взаимодействия пациента с системой здравоохранения, так и недостаточным взаимодействием между пациентом и поставщиком услуг. Решение многих проблем находится в плоскости организационных мероприятий и, в частности – в плоскости образовательных программ как для медицинского персонала первичного звена, так и для пациентов. Обучение пациентов является важнейшим элементом повышения эффективности и экономичности медицинских вмешательств при СД.

Литература:

1. Воробьев П.А. Клинико-экономический анализ. М.: Изд-во Ньюдиамед, 2008.- 778 С.
2. Jonsson B. et al. Revealing the cost of Type II diabetes in Europe // Diabetologia.-2002.-Vol.45.-p.S5-S12.

Ключевые слова: сахарный диабет, комплаентность, экономика сахарного диабета, затраты здравоохранения.

Key words: diabetes mellitus, compliance, economics of diabetes, health care costs.

УДК 616.12 – 008.331.1 : 615.225.2

Н.Б. Ханмурзаева

СОДЕРЖАНИЕ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ В КРОВИ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

*Дагестанская Государственная Медицинская Академия,
Махачкала, naida536@mail.ru*

Введение. В настоящее время активно изучается роль системного и локального воспаления в патогенезе артериальной гипертензии и поражении органов-мишеней.

Материалы и методы. 158 пациентов с ЭАГ по результатам клинического, лабораторного и инструментального обследования были разделены на группы в зависимости от стадии заболевания (пациенты с 1 стадией ЭАГ n=54, 2 стадией

n=44 , 3 стадией n=60), а также наличия метаболического синдрома (МС) (пациенты с метаболическим синдромом n= 46, пациенты без метаболического синдрома n=112). Всем пациентам проводилось суточное мониторирование артериального давления (АД) с анализом индекса времени артериальной гипертензии за сутки и показателей суточного ритма АД, а также анализ содержания вЧСРБ, МСР-1, IP-10, IL-10 в сыворотке периферической крови методом нефелометрии. Всем пациентам проводилась антигипертензивная терапия согласно Российским рекомендациям «Диагностика и лечение артериальной гипертензии» (2010) до достижения целевых значений АД и производилась оценка уровней вЧСРБ, МСР-1, IP-10, IL-10 в динамике через 3 мес.

Результаты. С утяжелением стадии АГ возрастает содержание провоспалительных маркеров вЧСРБ ($p<0,05$), МСР-1 ($p<0,05$) и IP-10 ($p<0,05$). Имеет место прямая корреляционная взаимосвязь между концентрацией IP-10 и стадией течения ЭАГ ($r=0,56$, $p=0,002$). В крови больных с метаболическим синдромом по сравнению с пациентами без МС повышены уровни вЧСРБ ($p<0,05$) и МСР-1 ($p<0,05$), но не IP-10. Концентрация МСР-1 повышена у пациентов с МС по сравнению с пациентами без МС в подгруппе больных ЭАГ без поражения органов-мишеней ($p<0,05$). Среди анализируемых маркеров только содержание МСР-1 отражает нагрузку давлением у больных ЭАГ – концентрация МСР-1 выше у больных ЭАГ с зарегистрированным при СМАД индексом времени артериальной гипертензии за сутки более 50% по сравнению с теми, у кого индекс времени менее 50% ($p<0,05$). У пациентов с нарушением суточного ритма АД (стойко повышенным АД ночью) выявлены повышенные концентрации вЧСРБ ($p<0,05$) и IP-10 ($p<0,05$) по сравнению с пациентами с нормальной и недостаточной СНС. Достижение целевых уровней АД на фоне антигипертензивной терапии сопровождается снижением концентрации провоспалительных маркеров вЧСРБ в группе 3 ($p<0,05$) и МСР-1 в группах 1 и 2 (оба $p<0,05$) и повышением уровня противовоспалительного маркера IL-10 в группе 3 ($p<0,05$), существенной динамики уровня IP-10 не выявлено.

Заключение. Содержание маркёров воспаления увеличивается при утяжелении стадии ЭАГ и тяжестью заболевания по данным суточного мониторирования АД. Отмечено улучшение показателей у пациентов при достижении целевых уровней АД на фоне оптимальной медикаментозной терапии.

Ключевые слова: гипертензия, поражение органов-мишеней, ассоциированные

клинические состояния, воспаление, суточное мониторирование артериального давления, С-реактивный белок, МСР-1, IP-10, IL-10.

Keywords: hypertension, damage to target organs, associated clinical conditions, inflammation, daily monitoring of arterial pressure, C-reactive protein, МСР-1, IP-10, IL-10.

Н.В. Худякова, А.Н. Шишкин, Н.В. Темная

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК КОМПОНЕНТ МЕНОПАУЗАЛЬНОГО МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА¹

*Санкт-Петербургский университет, Медицинский факультет,
Кафедра факультетской терапии, ГБУЗ, ГП №97, uhs83@mail.ru*

Введение. Метаболический синдром (МС) сегодня рассматривается не только как часто встречающаяся патология, но и как жизнеугрожающее состояние, поскольку сердечно-сосудистые осложнения МС, занимают первое место по смертности в индустриально-развитых странах.

Цель исследования. Оценить частоту встречаемости ремоделирования миокарда (РМ), а также его типы у пациенток с полным и неполным менопаузальным метаболическим синдромом.

Материалы и методы. Обследована 171 женщина. Рассматривались три группы: I - 68 пациенток с артериальной гипертензией в менопаузальном периоде с пятикомпонентным МС (средний возраст $51,8 \pm 0,6$ лет); II - 60 пациенток с неполным МС и наличием АГ (средний возраст $50,6 \pm 0,7$ лет); III - 43 пациентки с неполным МС без АГ (средний возраст $48,3 \pm 1,0$ лет). Всем больным кроме общеклинического обследования и расчета индекса массы тела была проведена эхокардиография с последующим изучением типов ремоделирования миокарда по формулам Ganau.

Результаты. ИМТ в I гр. был достоверно выше по сравнению со II и III гр. $35,9 \pm 0,9$ и $31,2 \pm 0,8$ и $31,9 \pm 0,7$, соответственно ($p < 0,01$). В I гр. гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) встречалась у 58 пациенток (85,3% случаев) в виде концентрической гипертрофии (КГ) в 55,2% случаев, эксцентрической гипертро-

¹ Hydiakova N.V., Shishkin A.N., Temnaja N.V. Arterial hypertension in menopausal metabolic syndrome.

фии (ЭГ) в 12,05% случаев и концентрического ремоделирования (КР) 32,75% случаев. Во II гр. РМ встречалось у 42 женщин (70,0% случаев) в виде КГ 47,6% случаев, ЭГ в 4,8% случаев и КР в 47,6% случаев. В III гр. ГЛЖ встречалась у 9 пациенток (20,9% случаев) в виде КР 100,0% случаев. Не наблюдалось РМ у женщин I гр. в 17,2% случаев, во II гр. - в 30% случаев, в III гр. - в 79,1% случаев. Средние значения массы миокарда левого желудочка были достоверно выше в группе с пятикомпонентным МС, а также с неполным МС с АГ по сравнению с группой с МС без АГ: $219,7 \pm 14,3$ г. ($p < 0,01$) и $201,0 \pm 12,7$ г. ($p < 0,05$) и $166,5 \pm 6,3$ г. соответственно. Средние значения индекса массы миокарда также были выше в I и II гр. по сравнению с III гр.: $115,5 \pm 6,0$ г/м² ($p < 0,01$) и $107,9 \pm 5,7$ г/м² ($p < 0,05$) и $92,0 \pm 2,8$ г/м².

Заключение. Наличие АГ как компонента метаболического синдрома приводит к более частому ремоделированию миокарда. Выраженность МС ассоциирована с частым выявлением ГЛЖ и наиболее неблагоприятным типом ремоделирования миокарда.

Ключевые слова: метаболический синдром, ремоделирование миокарда, артериальная гипертензия.

Key words: metabolic syndrome, myocardium remodeling, arterial hypertension.

УДК 616-021.1

А.Б. Шаповалова, Л.И. Левина, Н.С. Канавец

**МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА: НЕКОТОРЫЕ
ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ, КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ,
СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ¹**

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский
университет Минздрава России, кафедра госпитальной терапии,
Санкт-Петербург, Россия, annashapovalova@yandex.ru*

В последние годы наблюдается устойчивая тенденция роста частоты проявлений метаболического синдрома (МС) у лиц молодого возраста, детей и

¹Shapovalova A.B., Levina L.I., Kanavetz N.S. Metabolic syndrome in young-aged patients: some features of formation, clinical course, social aspects.

подростков. Данная проблема прочно заняла место среди самых актуальных проблем популяционного здоровья в России и мире несколько десятилетий назад. В различных странах мира проводятся многочисленные исследования, направленные на изучение причин, особенностей течения, разработку методов ранней диагностики, полноценного лечения и профилактики этого заболевания у лиц молодого возраста. Ранее неоднократно было показано, что формирование и выраженность проявлений МС во взрослом состоянии обусловлены наличием и действием факторов риска, а также реализацией имеющейся предрасположенности к развитию МС в виде клинических проявлений у детей и подростков (6, 7, 14, 22).

При этом частота проявлений МС у детей по разным данным составляет от 4 до 30%. Выраженное различие показателей частоты, по-видимому, связано с использованием различных алгоритмов и диагностических критериев. Однако в 2006 г. Международной диабетической ассоциацией (IDF) был принят Консенсус по определению МС у взрослых, на основе которого рабочая группа под руководством Zimmet P. (2007) представила аналогичные диагностические критерии для детей и подростков. Тем не менее, показатели частоты МС у детей и подростков остаются достаточно высокими, что не может не вызывать тревогу. Кроме того, педиатры рассматривают проблему раннего формирования признаков МС, начиная с перинатального периода (1, 4, 11, 16, 21).

Распространенность МС у лиц молодого возраста в развивающихся странах прогрессивно увеличивается. В ряде исследований показано, что инсулинорезистентность и начальные проявления МС уже имеют место у лиц до 25 лет при нормальном индексе массы тела (ИМТ), но при избыточной толщине подлопаточной и плечевой кожных складок (90 перцентиль), увеличении окружности груди и т.д. (2, 12).

Эти данные свидетельствуют также об изменениях со стороны липидного спектра, снижении уровня ЛПВП, повышении уровня триглицеридов, гиперинсулинемии при отсутствии ожирения как такового в соответствии с общепринятыми критериями и значениями ИМТ. При этом, по данным Л.И. Перминовой, избыточная жировая составляющая в композиции тела (ЖСКТ) выявляется у более чем 60% молодых женщин и более чем у половины молодых мужчин с нормальными значениями антропометрических показателей и ИМТ. В этих случаях установлена тесная связь с наследственной предрасположенностью к ожирению, артериальной гипертензии, сахарному диабету 2 типа, дислипиде-

мии или одновременно к нескольким компонентам МС, более выраженная у женщин. Интересно, что у женщин более выражена тенденция к нарушениям углеводного обмена, а у мужчин – жирового (2).

Недавно было показано, что наличие избытка висцеральной жировой клетчатки у молодых людей в большей степени определяет вероятность развития МС и неалкогольной жировой болезни печени по сравнению с подкожным жировым слоем (19). Также большое значение придается уровню адипокининов, в частности, адипонектину, который рассматривается как фактор, коррелирующий с показателями сердечно-сосудистого риска, независимо от пола, стадии полового развития по Таннеру или наличия ожирения у подростков (17).

Нарушения в репродуктивной сфере являются одной из важнейших проблем, имеющих социальное значение, у взрослых лиц молодого возраста с МС. Так, у молодых мужчин нередко имеет место снижение уровня общего тестостерона при нормальном или субнормальном уровне гонадотропина (эугонадо-тропный гипогонадизм) (5). Этот факт требует особого внимания в плане разработки комплексного подхода к лечению и восстановления репродуктивного здоровья молодых мужчин с МС. Известно, что у мужчин старшего возраста, страдающих ожирением и МС, частота низкого уровня тестостерона встречается не менее чем в половине случаев (20). Известно, что избыток жировой ткани является основой для превращения тестостерона в эстрадиол, а это приводит к развитию вторичного гипогонадизма. Кроме того, прямым повреждающим фактором при МС является окислительный стресс, способствующий снижению сперматогенеза. В ходе наблюдения было убедительно показано, что лечение МС сопровождается улучшением показателей репродуктивной функции, что одновременно доказывает тесную взаимосвязь этих нарушений (13).

Как у мужчин, так и у женщин, страдающих ожирением и МС, важную роль в нарушении репродуктивной функции играет лептин, служащий сигналом между определенным уровнем жировой массы в организме и ЦНС. Эти взаимоотношения крайне важны в период пубертата, когда происходит активация гипоталамо-гипофизарно-гонадной оси. Также лептин имеет непосредственное влияние на выработку половых стероидов в яичниках и тестикулах. При этом его уровень в крови в норме у женщин выше, чем у мужчин (3). У женщин с ожирением высок риск бесплодия. Это объясняется не только нарушением овуляции, но и дисфункцией эндометрия, а также нарушением обмена в ооцитах при ожирении. В эксперименте было установлено, что при ожирении имеются

нарушения на стадиях, предшествующих имплантации эмбриона в эндометрий (18). Эти нарушения наблюдаются также и при применении современных репродуктивных технологий. В случаях состоявшейся беременности ожирение является фактором высокого риска осложнений, как для матери, так и для плода. В связи с этим основное внимание должно быть направлено на снижение веса в период планирования беременности, что является главным условием повышения фертильности и успешной профилактики осложнений (15).

Следует отметить, что среди факторов, связанных с развитием ожирения и МС, особое место занимают изменения психологического статуса, депрессивные состояния. Так, было показано, что у молодых женщин наличие ожирения и артериальной гипертензии ассоциировано с депрессией. По мнению авторов, раннее выявление депрессивных состояний наряду с ожирением, особенно у молодых женщин, крайне необходимо для снижения риска сердечно-сосудистых нарушений и диабета в дальнейшем периоде жизни (9). Ранее финскими исследователями на основании данных 7-летнего исследования было убедительно показано, что наличие МС предрасполагает к развитию депрессии. При этом эффективное лечение и профилактика МС могут предотвратить появление этого расстройства (8).

В связи с обозначенными выше чрезвычайно важными проблемами здоровья молодых людей, обусловленных ранним формированием МС, прогрессирующим нарушением различных видов обмена, развитием осложнений, ранней инвалидизацией, необходима разработка и активное внедрение мер первичной и вторичной профилактики. Одним из важнейших и действенных методов является применение физических нагрузок, в частности, аэробных нагрузок высокой интенсивности, длительностью 20 мин в неделю. Именно такой режим позволяет оказать существенное влияние на снижение риска развития МС у молодых людей, что было продемонстрировано в некоторых исследованиях (10).

Таким образом, необходимо формирование глобального междисциплинарного подхода к предупреждению, своевременному выявлению и лечению МС у лиц молодого возраста в современных условиях.

Литература:

1. Балыкова Л.А., Солдатов О.М., Самошкина Е.С., Пашуткина О.В., Балыкова А.В. Метаболический синдром у детей и подростков // Педиатрия. – 2010. – Т. 89. - № 3. - С. 127.
2. Перминова Л.Р. Маркеры предрасположенности к метаболическому

синдрому и взаимосвязи отдельных его элементов у молодых людей с нормальными значениями окружности талии и индекса массы тела: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.

3. Baldelli R., Dieguez C., Casanueva F.F. The role of leptin in reproduction: experimental and clinical aspects // *Ann Med.* – 2002. – V. 34(1). – P. 5-18.
4. Boney Ch.M., Verma A., Tucker R., Vohr B.R. Metabolic Syndrome in Childhood: Association With Birth Weight, Maternal Obesity, and Gestational Diabetes Mellitus // *Pediatrics.* – 2005. – V. 115 (3). – P. 290–296.
5. Choudhury B.K., Choudhury S.D., Saikia U.K., Sarma D. Gonadal function in young adult males with metabolic syndrome // *Diabetes Metab Syndr.* – 2013. Jul-Sep. – V.3. – P. 129-32. doi: 10.1016/j.dsx.2013.06.013. Epub 2013 Aug
6. DeBoer M.D., Gurka M.J. Ability among adolescents for the metabolic syndrome to predict elevations in factors associated with type 2 diabetes and cardiovascular disease: data from the national health and nutrition examination survey 1999-2006 // *Atherosclerosis.* – 2008. – V. 197(1). – P.448-56.
7. Giannini C., de Giorgis T., Scarinci A., Ciampani M., Marcovecchio M.L., Chiarelli F., Mohn A. Obese related effects of inflammatory markers and insulin resistance on increased carotid intima media thickness in pre-pubertal children // *Metab Syndr Relat Disord.* 2010. Vol. 8 (4). P.343-53. doi: 10.1089/met.2010.0008.
8. Koponen H., Jokelainen J., Keinänen-Kiukaanniemi S., Kumpusalo E., Vanhala M. Metabolic syndrome predisposes to depressive symptoms: a population-based 7-year follow-up study // *Clin Psychiatry.* 2008. V. 69(2). P. 178-82.
9. Lin K.P., Liang T.L., Liao I.C., Tsay S.L. Associations Among Depression, Obesity, and Metabolic Syndrome in Young Adult Females // *Biol Res Nurs.* – 2013. Sep 19. Epub ahead of print
10. López-Martínez S, Sánchez-López M, Solera-Martínez M, Arias-Palencia N, Fuentes-Chacón RM, Martínez-Vizcaíno V. Physical activity, fitness, and metabolic syndrome in young adults // *Int J Sport Nutr Exerc Metab.* – 2013. – Vol. 23(4). – P. 312-21.
11. McCance D., Pettitt D., Hanson R. et al. Birth weight and non-insulin dependent diabetes: thrifty genotype, thrifty phenotype, or surviving baby genotype? // *BMJ.* 1994. – V. 308. – P. 942–945.
12. Madeira F.B., Silva A.A., Veloso H.F., Goldani M.Z., Kac G., Cardoso V.C., Bettiol H., Barbieri M.A. Normal weight obesity is associated

with metabolic syndrome and insulin resistance in young adults from a middle-income country // *LoS One.* – 2013. – V. 8(3):e60673. doi: 10.1371/journal.pone.0060673. Epub 2013 Mar 28.

13. Michalakis K., Mintziori G., Kaprara A., Tarlatzis B.C., Goulis D.G. The complex interaction between besity, metabolic syndrome and reproductive axis: a narrative review // *Metabolism.* – 2013. – V. 62(4). – P. 457-78. doi: 10.1016/j.metabol.2012.08.012. Epub 2012 Sep 20.

14. Mishra A, Khurana L. Obesity, and the Metabolic Syndrome in Developing Countries // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* – 2008. – V. 93 (Suppl. 1): S9–30.4.

15. Moran L.J., Dodd J., Nisenblat V., Norman R.J.. Obesity and reproductive dysfunction in women // *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2011. – V. 40(4):895-906. doi: 10.1016/j.ecl.2011.08.006. Epub 2011 Sep 28.

16. Ozanne S.E., Halves C.N. Early programming of glucoseinsulin metabolism // *Trends Endocrinol. Metab.* – 2002. – V. 13: 368–373.

17. Pérez C.M., Ortiz A.P., Fuentes-Mattei E., Velázquez-Torres G., Santiago D., Giovannetti K., Bernabe R., Lee M.H., Yeung S.C. High Prevalence of Cardiometabolic Risk Factors in Hispanic Adolescents: Correlations with Adipocytokines and Markers of Inflammation // *J Immigr Minor Health.* 2013 Jul 5. [Epub ahead of print].

18. Sarfati J., Young J., Christin-Maitre S. [Obesity and female reproduction]. [Article in French] // *Ann Endocrinol (Paris).* 2010 Sep; 71Suppl 1: S49-53. doi: 10.1016/S0003-4266(10)70007-X.

19. Silveira L.S., Monteiro P.A., Antunes B. de M., Seraphim P.M., Fernandes R.A., Christofaro D.G. , Freitas Júnior I.F. Intra-abdominal fat is related to metabolic syndrome and non-alcoholic fat liver disease in obese youth // *BMC Pediatr.* 2013 Aug 7;13:115. doi: 10.1186/1471-2431-13-115.

20. Tylińska M., Broncel M. [The relationship between testosterone deficiency and metabolic syndrome in obese men]. [Article in Polish] // *Pol Merkur Lekarski.* 2013 Jan; 34(199):24-8.

21. Wang X., Liang L., Junfen F.U., Lizhong D.U. Metabolic syndrome in obese children born large for gestational age // *Indian J. Pediatr.* 2007; 74 (6): 561–565.

22. Willson P.W., D' Agostino R.B., Parise Y. et al. Metabolic syndrome as a precursor of cardiovascular disease and type 2 diabetes mellitus // *Circulation.* 2005; 112: 3066–3672.

Ключевые слова: метаболический синдром, ожирение, инсулинорезистентность, молодой возраст, репродуктивное здоровье.

Key words: metabolic syndrome, obesity, insulinoreistance, young age, reproductive health.

М.А. Шевелева, Л.А. Слепых

РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА В ВОЗНИКНОВЕНИИ РАКА ЖЕЛУДКА

Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет, кафедра факультетской терапии, msheveleva@list.ru

Хронический гастрит (ХГ) и гастродуоденит — самые распространенные гастроэнтерологические заболевания и не имеют тенденции к снижению. При этом рак желудка диагностируется, как правило, в далеко зашедшей стадии заболевания [1]. В структуре смертности от онкологических заболеваний рак желудка у мужчин занимает второе место, а у женщин – первое. Одной из причин гастрита является НР, который является так называемой медленной инфекцией [3]. У всех известных штаммов *H.pylori* имеется белок, активирующий нейтрофилы, что объясняет наличие нейтрофильной инфильтрации у 100 % инфицированных. Наиболее токсигенными являются CagA, VacA позитивные штаммы. Обсуждается вопрос о взаимосвязи CagA-, VacA позитивных штаммов *H.pylori* с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, раком желудка и повышенным воспалительным ответом [2].

Морфологически воспаление характеризуется инфильтрацией собственной пластинки слизистой нейтрофильными лейкоцитами, лимфоцитами, макрофагами, плазматическими клетками, формированием лимфоидных фолликулов и повреждением эпителия различной степени выраженности [4]. Хроническое воспаление приводит к атрофии и метаплазии слизистой. Существует положительная корреляция между раком желудка и наличием атрофии и кишечной метаплазии [5]. Закономерное течение хронического гастрита сформулировал Р. Соргеа. Этапы «каскада Соргеа» (рис.1) — атрофия, кишечная метаплазия и дисплазия — сегодня рассматриваются как предраковые изменения слизистой

оболочки желудка, т.е. морфологические изменения с высоким риском трансформации в рак желудка [6-8].

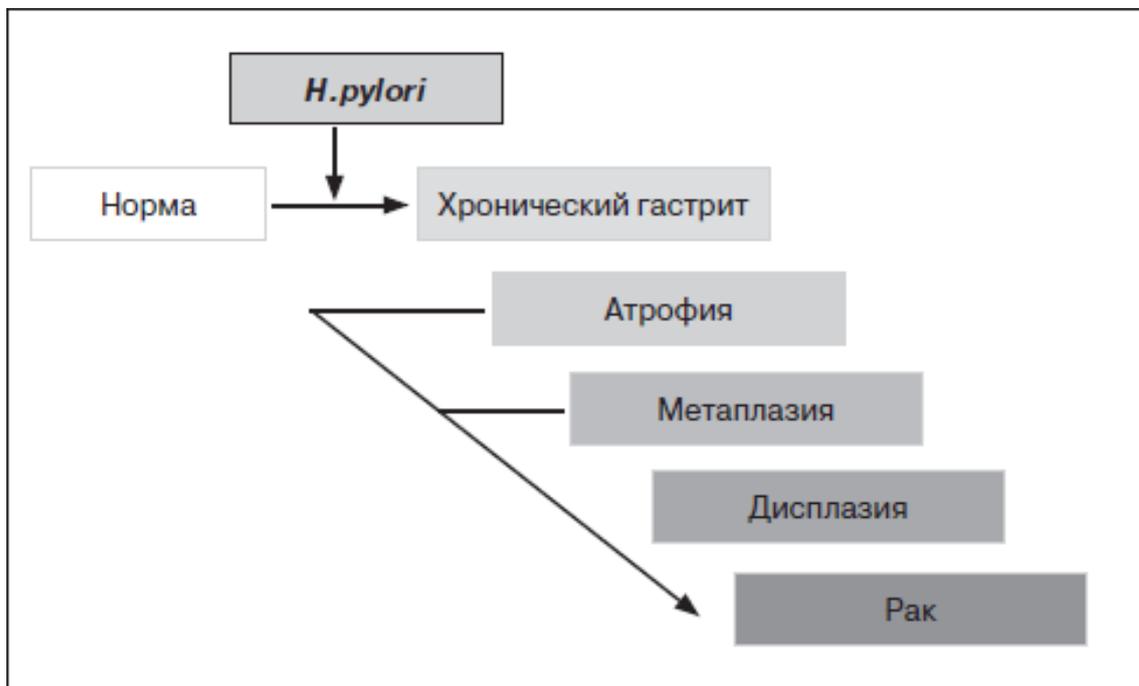


Рисунок 1. Каскад P. Correa — последовательность развития патологических изменений слизистой оболочки желудка

Таким образом, к предраковым состояниям следует относить хронический гастрит, характеризующийся выраженной атрофией слизистой оболочки желудка и особенно ее кишечной метаплазией. ХГ по современным представлениям является клинико-морфологическим диагнозом, который должен устанавливаться на основании обязательной морфологической верификации. ХГ является предиктором и фоновым состоянием для язвенной болезни и рака желудка (РЖ). Ранняя диагностика атрофического хеликобактерного гастрита с проведением эрадикационной терапии позволяет значительно снизить риск развития рака желудка и значительно улучшить прогноз у этой категории пациентов.

Литература

1. Герман С.В., Зыкова И.Е., Модестова А.В., Ермаков Н.В. Распространенность инфекции *H. pylori* // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2010. № 2. С. 45.
2. Маев И.В., Оганесян Т.С., Кучерявый Ю.А. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки: диагностика и лечение // Consilium medicum. 2010. № С. 24–26.

3. Новиков Д. Г. Состав воспалительного инфильтрата в слизистой оболочке желудка и генетический полиморфизм цитокинов при раке желудка кишечного типа / Д. Г. Новиков // Молодой ученый. — 2011. — №5. Т.2. — С. 212-215.
4. Кононов А.В. Воспаление как основа Helicobacter pylori – ассоциированных болезней / А.В. Кононов // Архив патологии. – 2006. – №5. – С. 3-10.
5. Konturek P.C. Helicobacter pylori infection in gastric cancerogenesis / P.C. Konturek, S.J. Konturek, T. Brzozowski // Journal of physiology and pharmacology. – 2009. – Vol. 60, № 3. – P. 3-21.
6. Shanks A.M. Helicobacter pylori infection, host genetics and gastric cancer / A.M. Shanks , E.M. El-Omar // Journal of digestive diseases. – 2009. – Vol.10, №3. – P.157-164.
7. Assessment of Atrophic Gastritis Using the OLGA System / K. Satoh [et al.] // Helicobacter. – 2008. – Vol. 13, №3. – P. 225–229.
8. The staging of gastritis with the OLGA system by using intestinal metaplasia as an accurate alternative for atrophic gastritis / L. G. Capelle [etal.] // Gastrointest. Endosc. – 2010. – Vol. 71, №7. – P. 1150–1158.

Ключевые слова: гастрит, рак желудка, Helicobacter pylori.

Key words: Gastritis, carcinoma of the stomach, Helicobacter pylori.

УДК 613.2:616-07

Д.И. Ширко, В.И. Дорошевич, В.И. Горошко

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СТАТУСА ПИТАНИЯ, КАК МЕТОД ДОНОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ¹

*Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Республика Беларусь, xudababy@mail.ru*

Несмотря на все достижения современной медицинской науки, развитие новых методов диагностики и лечения, повышение уровня жизни людей, общее количество заболеваний человека не уменьшается [1]. В связи с этим, еще большую актуальность в сохранении и укреплении здоровья населения приоб-

¹Shyrko D.I., Doroshevich V.I., Goroshko V.I. Comprehensive assessment of the nutritional status of food as a method of diagnosis of health prenosological.

ретает первичная профилактика, направленная на предупреждение заболеваний, травм, отравлений и других паталогических состояний.

С целью своевременной диагностики, лечения и профилактики заболеваний, разработана и широко используется система динамического медицинского наблюдения за состоянием здоровья населения. Однако она основана на поиске начальных признаков болезни, а для характеристики здоровья используются показатели заболеваемости, госпитализации, трудопотерь, инвалидизации и т.д., отражающие его клинически проявившийся срыв. Это приводит к тому, что из поля зрения медицинских работников выпадает весь комплекс процессов снижения уровня здоровья, что влияет на эффективность проводимых профилактических мероприятий вследствие их несвоевременного начала [2].

Одним из перспективных направлений, позволяющих оценить состояние здоровья по прямым показателям, является методология изучения статуса питания, характеризующего физическое развитие, функциональные, адаптационные возможности организма и психологическое состояние, сложившиеся под влиянием потребляемого состава и количества пищи, а также условий ее потребления и генетически детерминированных особенностей метаболизма питательных веществ [3].

Вместе с тем, установленные отдельные критерии некоторых показателей структуры тела, функционального состояния и адаптационных резервов организма не позволяют оценить уровень здоровья в целом. К тому же понятие «здоровье» включает не только отсутствие болезней или физического дефекта, состояние физического и социального, но и душевного благополучия.

На основании всего вышперечисленного была сформулирована цель исследования: выбор наиболее достоверных, простых и доступных критериев и создания на их основе комплексного показателя для оценки статуса питания.

При его разработке мы исходили из следующих положений: используемые показатели должны характеризовать состояние структуры, функции, адаптационных возможностей и психологического состояния обследуемых и иметь статистически достоверные отличия у лиц с различными показателями питания.

Материал и методы. Объектом исследования являлись 2000 военнослужащих срочной службы и курсантов 18-25-летнего возраста.

Для решения поставленных задач использовались соматометрические, калиперометрические, физиологические, асцилометрические, психометрические, расчетные и статистические методы исследования и обработки информа-

ции.

Результаты. На основании проведенных исследований было установлено, что наиболее информативными показателями для оценки состояния здоровья молодых людей по статусу питания являются величина жирового компонента тела, комплексный показатель физической подготовленности, время выполнения пробы с задержкой дыхания на вдохе (Штанге), индекс функциональных изменений системы кровообращения и величина личностной тревожности.

На основании полученных результатов был разработан комплексный показатель оценки статуса питания молодых людей 18 – 25-летнего возраста, рассчитываемый по сумме баллов, полученных при оценке величины перечисленных пяти показателей.

Заключение. Предложенные показатели и критерии их оценки могут быть широко использованы при скрининговых обследованиях молодых людей с целью выявления у них донозологических состояний для проведения целенаправленных профилактических мероприятий по коррекции состояния здоровья.

Литература

1. Общая и военная гигиена : учебник / под ред. Б.И. Жолуса. – СПб. : ВМА, 1997. – 472 с.
2. Апанасенко, Г.Л. Физическое здоровье и максимальная аэробная способность индивида / Г.Л. Апанасенко, Р.Г. Науменко // Теория и практика физич. культуры. – 1988. – № 4. – С. 29–31.
3. Кошелев, Н.Ф. Гигиена питания войск / Н.Ф. Кошелев, В.П. Михайлов. – Л.: ВМА, 1988. – Ч. 1. – 224 с.

Ключевые слова: статус питания, состояние здоровья.

Key words: nutritional status, health status.

**СОСТОЯНИЕ ОБЩЕГО ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА
У ПАЦИЕНТОВ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ**

*Санкт-Петербургский государственный университет,
медицинский факультет*

Функциональное состояние вегетативной нервной системы очень изменчиво. В современных исследованиях все чаще можно встретить данные о сдвиге вегетативного баланса в сторону преобладания парасимпатической или симпатической нервной системы, состояние эйтонии выявляется крайне редко. Как известно, эти отклонения могут быть доклиническими проявлениями патологического процесса. Наша исследовательская группа заинтересовалась вопросом: влияют ли параметры липидного спектра на состояние общего вегетативного тонуса у пациентов с дислипидемией.

Цель: выявить взаимосвязь параметров липидного спектра и состояния общего вегетативного тонуса у пациентов с дислипидемией.

Материалы и методы: у 20 пациентов без клинического проявления атеросклеротического поражения сердечно-сосудистой системы - 6 мужчин и 14 женщин (средний возраст $53,6 \pm 5,3$ года), исследована липидограмма, вычислялся индекс массы тела (ИМТ), определялось состояние общего вегетативного тонуса с помощью индекса Кердо.

Результаты: ИМТ составил $32,3 \pm 2,9$ кг/м², средний уровень общего холестерина - $5,80 \pm 0,45$ ммоль/л (от 4 до 7,51); триглицеридов - $1,60 \pm 0,43$ ммоль/л (от 0,58 до 4,76); липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) - $3,68 \pm 0,31$ ммоль/л (от 2,52 до 5,07); липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) у мужчин составил $1,31 \pm 0,09$ ммоль/л (от 1,23 до 1,52), у женщин уровень ЛПВП - $1,47 \pm 0,30$ ммоль/л (от 0,88 до 2,96). Состояние эйтонии имели 4 пациента (20%), 6 (30%) – с повышенным симпатическим тонусом, 10 (50%) – с отклонением в сторону преобладания парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. Выявлена отрицательная умеренная корреляционная зависимость для уровня ЛПНП и индекса Кердо ($r = -0,49$).

Выводы: Состояние вегетативного баланса у пациентов с нарушением липидного обмена взаимосвязано с показателями ЛПНП. При увеличении уровня ЛПНП общий вегетативный тонус в покое смещается в сторону преоб-

ладания парасимпатической нервной системы. У больных с липидными нарушениями необходимо применение комплексных методов лечения, включающих воздействие на вегетативную нервную систему.

УДК 616.1

С.И. Ягашкина, И.А. Баруздин, Н.И. Некрасова

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В УСЛОВИЯХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА^{1,2}

*Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург;
Санкт-Петербургский государственный университет;
СПбГУЗ «Клиническая больница № 46 Св. Евгении», yagashkina@mail.ru*

Лечение и реабилитация больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, осложненные хронической сердечной недостаточностью (ХСН) являются важной проблемой для пациентов пожилого и старческого возраста вследствие наиболее затратных статей бюджета здравоохранения [1]. Частота, сроки госпитализации больных ХСН увеличиваются по мере прогрессирования ишемической болезни сердца, гипертонической болезни и составляет 3-4 случая в год. Снижение частоты госпитализаций и длительности стационарного лечения являются главными задачами отечественного здравоохранения. В этом плане использование метода физической реабилитации (МФР) представляется достаточно эффективным [1,2].

В настоящее время доказано, что дозированная физическая активность больного с ХСН адекватная его функциональным возможностям, не только не приводит к прогрессированию сердечной недостаточности, но способствует повышению переносимости нагрузок, улучшению эмоционального настроения больных и качества жизни [3,4].

Описаны разные методы физической реабилитации: от велоэргометрических нагрузок до ходьбы в произвольном темпе и дыхательной гимнастики, применяемых как в стационаре, так и амбулаторных условиях.

¹Статья подготовлена в рамках проекта 13-03-00419 а при финансовой поддержке РГНФ.

² S.I. Yagashkina, I.A. Baruzdin, N.I.Nekrasova Physical rehabilitation of the patients of elderly and senile patients with cardiovascular diseases in the conditions of the cardiological ward.

Целью исследования явилось изучение эффективности применения МФР при сердечно-сосудистых заболеваниях с различной степенью выраженности сердечной недостаточности (2 - 4 функциональных классов - по NYHA) во время лечения в кардиологическом стационаре.

Материал и методы. В исследовании участвовали 87 больных, которые получали показанную лекарственную терапию (ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы, мочегонные препараты, нитраты, антиагреганты). Исследование было одобрено этическим комитетом, все пациенты дали письменное информированное согласие на участие в исследовании.

В зависимости от количества проведенных занятий больные были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 43 больных, которым было проведено 3-4 занятия; им лечебная физкультура (ЛФК) назначалась на 5-6 день пребывания в стационаре. Таким пациентам проводилась дыхательная гимнастика, при этом упражнения проводились лежа, на последующих занятиях - сидя, тест с 6-минутной ходьбой проводился после первого и последнего занятия ЛФК.

Во вторую группу вошло 54 пациента, которым за время лечения в стационаре было проведено более 7 занятий. Этим пациентам ЛФК назначалась на 2-3 день пребывания в кардиологическом стационаре, проведение занятий осуществлялось в зале лечебной физкультуры. Контролировали показатели артериального давления и число сердечных сокращений. Проводили тест с 6-минутной ходьбой до и после проведения лечебной физкультуры.

Полученные результаты и обсуждение. Частота ЧСС в начале, середине и в конце первого и последнего занятия показали одинаковую тенденцию к увеличению частоты пульса в середине занятий в обеих группах, но не достигали уровня статистически значимых различий ($71,1 \pm 1,0$ уд/мин, во 2 группе – $73,9 \pm 0,9$ уд/мин) ($P < 0,13$). Такая же тенденция отмечена по показателям АД сист. $142,3 \pm 2,4$ и $139,8 \pm 0,9$ мм рт. ст. ($P < 0,10$) соответственно и АД диаст. $83,6 \pm 1,9$ и $81,5 \pm 0,8$ мм рт. ст. ($P < 0,16$). Достоверные различия отмечены по результатам теста с 6-минутной ходьбой. Средние значения теста с 6-минутной ходьбой в первой группе на первом и последнем занятии соответственно составили $203,9 \pm 10,2$ м против $257,4 \pm 12,1$ м ($p < 0,01$), во второй группе – $270,7 \pm 11,0$ м против $340,5 \pm 9,6$ м ($p < 0,001$), что, несомненно, свидетельствует об эффективности предложенной методики физической реабилитации. Проведение теста с 6-минутной ходьбой позволили объективно оценить и функциональный класс сердечной недостаточности. В 1 группе к началу занятий ко 2 ФК относились 14 пациентов, к 3-му – 16, к 4-му – 3 больных. Во второй группе один пациент был отне-

сен к 1 ФК, 16 относились ко 2 ФК, 17 – 3-ему и 9 пациентов к 4-му ФК. Тест с 6 минутной ходьбой, проведенный после последнего занятия показал следующие результаты: в 1 группе, имевшей 3-4 занятия, увеличилось больных со 2-м ФК на 6 человек за счет уменьшения больных с 3-м ФК (их стало меньше на 7 больных), больных с 4-м ФК не регистрировалось.

Во 2 группе (прошедшей больше 7 занятий ЛФК) отмечалась такая же тенденция. В конце последнего занятия увеличилось больных 2 и 3 ФК, уменьшилось на 5 человек пациентов с 4 ФК.

Таким образом, проведенное исследование демонстрирует эффективность применение адекватных физических нагрузок у больных пожилого и старческого возраста, перенесших блокаду Ленинграда с выраженной хронической сердечной недостаточностью.

Литература.

1. Осипова И.В. «Свободный выбор нагрузки» физических тренировок – эффективный метод лечения хронической сердечной недостаточности// Сердечная недостаточность. – 2001.- № 2 (4).- С. 176-180.
2. Полтавская М.Г. Рекомендации по проведению проб с физической нагрузкой у больных ХСН// Сердечная недостаточность. – 2003.- № 4 (5). – С. 269-270.
3. Hagerman I. Outcome of exercise training in the long-term burden of hospitalization in patients with chronic heart failure. A retrospective study/ Hagerman I., Tynni-Lenne R., Gordon A.// Int. J. Cardiol.- 2005.- № 98 (V 3).- P.487-491.
4. Recommendation for exercise training in chronic heart failure patients // Eur. Heart J.- 2001.- №22.- P. 125-135.

Ключевые слова: физическая реабилитация, пожилой больной, сердечно-сосудистые болезни.

Key words: physical rehabilitation, elderly patients, cardiovascular diseases.

РАЗДЕЛ VI

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

УДК 616-001.17

А.Ю. Божедомов, Е.К. Гуманенко, В.В. Моррисон

ЗАВИСИМОСТЬ МЕЖДУ УРОВНЕМ ПРОКАЛЬЦИТОНИНА И ВЫРАЖЕННОСТЬЮ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ¹

*Саратовский Государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского; Санкт-Петербургский государственный
университет, alecso_84@mail.ru*

Одним из новых маркеров бактериальной инфекции, вошедших в клиническую практику в течение последних 15 лет, является прокальцитонин сыворотки крови. Прокальцитонин (ПКТ) - это по своей первичной структуре белок-предшественник кальцитонина – гормона парафолликулярных клеток щитовидной железы [1]. При сепсисе, вызванном бактериальной инфекцией отмечается резкое увеличение его концентрации в сотни и тысячи раз по сравнению с нормой [2]. Механизм повышения этого показателя до настоящего времени достаточно не изучен. Прокальцитонин также повышается при инфицированном панкреонекрозе, обширных ожогах, после травматичных операций [3].

С целью изучения возможности диагностики дисфункции эндотелия при тяжелых ожогах и при помощи прокальцитонинового теста в Саратовском центре термических поражений в 2012 г. проведено исследование, в которое вошли 22 пациента в возрасте $40,5 \pm 3,2$ лет (от 17 до 65 лет) с термической травмой, оцененной по Франку в $71,5 \pm 10,4$ баллов (от 30 до 160 баллов). Летальность составила 6 пациентов.

Концентрацию ПКТ в плазме крови определялся при помощи полуколичественного Прокальцитонин BRAHMS PCT-Q экспресс-теста фирмы

¹Bozhedomov A.Y., Gumanenko E.K., Morrison V.V. The dependence between the level of procalcitonin and severity of endothelial dysfunction in patients with burns.

В·R·А·Н·М·SГmbH (ФРГ). Всего проведено 44 теста. Группу контроля составили 10 здоровых доноров, у которых уровень ПКТ был <0,5 нг/мл.

Диагностику эндотелиальной дисфункции проводили путем определения в сыворотке крови концентрации фактора роста эндотелия сосудов (VEGF), моноцитарного хемоаттрактантного протеина (MCP-1), общего эндотелина (ЕТ) и количества циркулирующих эндотелиальных клеток в крови (ЦЭК), измерение которых проводилось в те же сроки что и определение прокальцитонина сыворотки крови.

Нормальные значения прокальцитонина (<0,5 нг/мл) зафиксированы в 32 случаях, повышение более 0,5 нг/мл отмечено в 10 случаях, повышение более 2 нг/мл – в 2 случаях.

Проведено сравнение показателей дисфункции эндотелия при повышенной и нормальной концентрации прокальцитонина в сыворотке крови. Уровень VEGF при нормальных значениях ПКТ был повышен по сравнению с контрольными показателями и составил $538,9 \pm 117,2$ пг/мл (контрольные значения VEGF - $28,7 \pm 3,6$ пг/мл), при уровне ПКТ > 0,5 нг/мл составлял $956,3 \pm 368,1$ (p>0,05). Уровень MCP-1 при нормальных значениях ПКТ также был повышен и составил $139,1 \pm 15,8$ пг/мл (контрольные значения MCP-1 - $44,1 \pm 8,3$ пг/мл), при уровне ПКТ > 0,5 нг/мл он был равен $268,4 \pm 73,2$ (p<0,05). Уровень ЕТ при нормальных и повышенных значениях прокальцитонина практически не отличался ($2,9 \pm 0,2$ и $2,8 \pm 0,2$ соответственно, p>0,05), при этом значительно превосходя контрольные показатели (контрольные значения ЕТ - $0,42 \pm 0,09$ фмоль/мл). Число ЦЭК при нормальных значениях ПКТ составило $3,4 \pm 0,3 \times 10^4$ /л, при повышенном уровне ПКТ - $4,2 \pm 1,0 \times 10^4$ /л (p>0,05) (контрольные значения ЦЭК - $2,8 \pm 0,5 \times 10^4$ /л).

Исходя из результатов исследования, можно сделать вывод о том, что при термической травме имеется прямая зависимость между повышением уровня сывороточного прокальцитонина и выраженностью эндотелиальной дисфункции.

Литература:

1. Wicher J., Bienvenu J., Monneret G. Procalcitonin as an acute phase marker // Ann. Clin. Biochem. 2001. Vol.38. p.483-493.
2. Ghorbani G. Procalcitonin role in differential diagnosis of infection stages and non infection inflammation // Pakistan J. Biol. Sci. 2009. Vol.12, №4. p.393-396.
3. Моррисон В.В., Божедомов А.Ю. Значение определения концентрации

прокальцитонина плазмы крови в диагностике септических состояний // Саратовский научно-медицинский журнал. 2010. Т. 6, № 2. с.261-267.

Ключевые слова: ожоги, эндотелий, прокальцитонин.

Key words: burns, endothelium, procalcitonin.

УДК 616.37-002

С.А. Варзин, А.Н. Шишкин, В.В. Ивлев

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА
НА ФОНЕ ДЕКОМПЕНСАЦИИ РАНЕЕ СУЩЕСТВОВАВШЕГО
САХАРНОГО ДИАБЕТА**

*Санкт-Петербургский государственный университет,
Медицинский факультет*

В последнее время стали появляться литературные данные, раскрывающие понятие стрессорной гипергликемии при критических состояниях. Как правило, авторы под этим подразумевают вновь возникшую гипергликемию, в том числе декомпенсированный дебютный сахарный диабет при остром деструктивном панкреатите [1,2]. Однако, в общей оценке, забывают о декомпенсации ранее существовавшего сахарного диабета как I, так и II типа на фоне острых воспалительных изменений поджелудочной железы [3,4]. Особенностью таких больных является длительный «стаж» приёма гипогликемических препаратов либо коррекции диетой, и, следовательно, некоторой адаптацией к гипергликемическим состояниям.

Целью нашего исследования было изучить особенности течения острого деструктивного панкреатита на фоне декомпенсации ранее существовавшего сахарного диабета.

Исследование проводилось у больных острым деструктивным панкреатитом (ОДП), находившихся на стационарном лечении в клиническом госпитале медико-санитарной части ГУВД по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области и городской больнице №4 Святого Великомученика Георгия г. Санкт-Петербурга за период 2000-2010гг. В исследуемую группу вошло 16 пациентов, 12 мужчин, в возрасте от 19 до 67 лет, в среднем $43,1 \pm 13,9$ лет, и 4 женщины,

в возрасте от 43 до 81 года, в среднем $54,8 \pm 15,4$ лет.

При поступлении в стационар 4 (25,0%) больных имели до 2 баллов (соответствует до 5% вероятности летального исхода) по шкале Ranson, у 7 (43,8%) больных было до 4 баллов (вероятность - 5-20%), у 4 (25,0%) больных было до 6 баллов (вероятность - 20-40%) и еще у 1 (6,2%) больного было более 6 баллов (вероятность летальности 40-100%) (рис. 1).

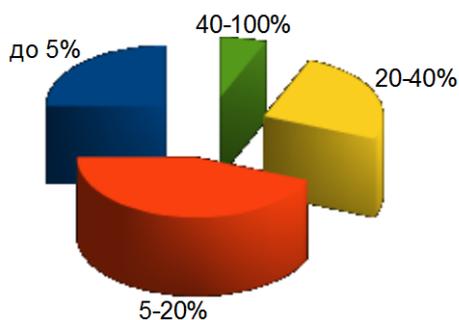


Рис. 1. Распределение больных по критериям Ranson.

Рис. 2. Распределение больных по шкале APACHE II.

Аналогично была проведена оценка тяжести состояния на момент поступления в стационар по шкале APACHE II (рис. 2). Наблюдалась следующая картина: с легкой степенью тяжести (от 6 до 10 баллов) было 8 больных, со средней степенью тяжести (от 11 до 20 баллов) — 7, с тяжелой степенью тяжести (от 21 до 30 баллов) - 1.

ЛИИ при поступлении в стационар у 5 больных соответствовал уровню интоксикации в 4 балла, у 8 больных — 3 баллам, в 2 случаях — 1 баллу, в оставшемся одном случае интоксикация соответствовала 0 баллов (рис. 3).

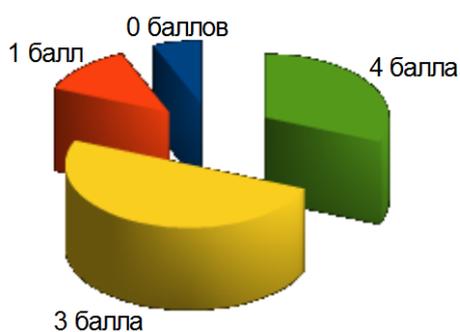


Рис. 3. Распределение больных по уровню ЛИИ

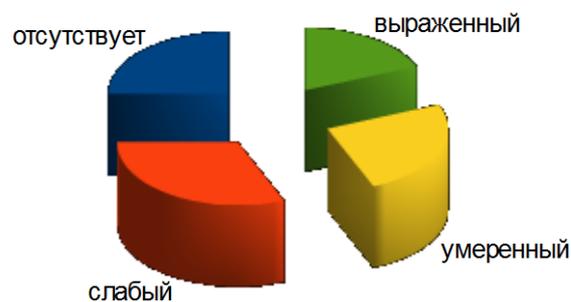


Рис. 4. Распределение больных по выраженности симптома Герфорта

При поступлении и в динамике первых суток выраженное проявление симптома Герфорта отмечено у 3 больных, умеренное - у 4, слабо выраженное — у 5 и с отсутствием симптома было 4 больных (рис. 4). Проявление данного симптома косвенно свидетельствует в пользу иммунодефицита [5], который характерен для всех больных с тяжелой хронической патологией.

Оценка уровня ЛИИ и выраженности симптома Герфорта во взаимосвязи с морфологическими формами ОДП (табл.1) показала, что основное число больных исследуемой группы (в 13 из 16 случаев – 81,3%) имели на момент поступления в стационар уровень интоксикации в 3-4 балла, при этом выраженность патоморфологических изменений была не столь яркой как ожидалось, учитывая склонность к развитию тяжелой гнойной распространенной патологии у больных сахарным диабетом.

Таблица 1

Выраженность симптома Герфорта на момент поступления в стационар в соответствии с проявлением интоксикации (ЛИИ)

Степень поражения желез	Отсутствие симптома	Слабо выраженный	Умеренно выраженный	Выраженный	Всего случаев
Мелкоочаговый	1, 3*	3, 3, 3	3	3, 4	8
Крупноочаговый	0, 1	3	4	-	4
Субтотальный	-	-	3, 4	-	2
Тотальный	-	4	-	4	2
Всего случаев	4	5	4	3	16

* - через запятую указан ЛИИ в баллах по каждому случаю.

Нормализация уровня таких показателей периферической крови как моноциты и лимфоциты происходила к 20-м суткам, либо не наступала за весь срок стационарного лечения.

По распространенности деструктивного процесса в исследуемой группе превалировало число случаев мелкоочагового ОДП – в 8 (50,0%) случаях, в 4 (25,0%) случаях отмечен крупноочаговый, в 2 (12,5%) случаях — субтотальный и еще в 2 (12,5%) случаях - тотальный панкреонекроз.

В условиях реанимации получали лечение 13 больных исследуемой группы. Сроки лечения в ОАРИТ для мелкоочагового ОДП составили в среднем $5,5 \pm 2,3$ суток, для крупноочагового – $3,3 \pm 2,6$ суток, при субтотальном – $11,5 \pm 2,5$ суток и при тотальном — 23 суток. Сроки лечения в стационаре составили для мелкоочагового ОДП $12,5 \pm 6,2$ суток, для крупноочагового – $19,8 \pm 6,8$ суток, для субтотального – $64,0 \pm 4,0$ суток, и для выжившего пациента с тотальным панкреонекрозом — 68 суток, умершая же пациентка 81 года 15 суток получала лечение в условиях хирургического отделения с диагнозом острого некалькулезного холецистита, а затем была переведена в отделение интенсивной терапии в связи с развитием полиорганной недостаточности и гипертонической комы, где наступил летальный исход на 2 сутки. На вскрытии выявлен тотальный гнойно-некротический панкреатит. Данный случай лишь подтверждает общие представления о слабо манифестирующем течении заболеваний у лиц пожилого возраста.

Оперативному вмешательству подверглось 8 из 16 (50,0%) больных. Традиционная лапаротомия выполнена первично в 4 случаях: в 1 случае крупноочагового, 2 — субтотального (в 1 случае с последующей пункцией сформировавшейся кисты под УЗ контролем) и 1 - тотального ОДП. Лапароскопическое вмешательство выполнено первично в 3 случаях мелкоочагового панкреонекроза, и в 2 случаях выполнена пункция под УЗ контролем при развившемся оментобурсите.

У всех больных данной группы в окончательный диагноз вынесена декомпенсация сахарного диабета и рекомендовано наблюдение врача-эндокринолога по месту жительства.

Инфицирование очагов деструкции в данной группе отмечено в 3 (18,8%) случаях. В 1 случае отмечено формирование абсцесса забрюшинного пространства, в другом – хронического абсцесса тела железы (случай протекал ареактивно, больной неоднократно поступал в стационар с острым, а затем хрониче-

ским панкреатитом, а в одну из крайних госпитализаций была заподозрена злокачественная опухоль тела железы, гнойник выявлен интраоперационно). Данный случай только подтверждает тот факт, что больные сахарным диабетом имеют хронический иммунодефицит и относительно адаптированы к этому состоянию, поэтому гнойные заболевания, в том числе и самой поджелудочной железы могут протекать без выраженной манифестации. И в третьем случае инфицирования имело место развитие гнойного парапанкреатита, завершившегося летальным исходом.

Отмечаемая летальность в 1 (6,2%) случае является не показательной для исследуемой группы, так как случай летального исхода был связан в первую очередь с поздним выявлением основной патологии, приведшей к развитию необратимых изменений в рамках полиорганной недостаточности. Если же исключить этот случай из анализа, то получается, что больные с панкреонекрозом на фоне декомпенсации ранее существовавшего сахарного диабета не должны умирать независимо от развития тяжелых морфологических форм поражения железы, либо летальность должна быть крайне низкой.

Таблица 2

Частота развития осложнений и летальности в группах больных с нормогликемией и декомпенсацией ранее существовавшего сахарного диабета

Критерий	Нормогликемия, %	Ранг	Декомпенсация СД, %	Ранг
1.Перитонит	46,7	2	31,3	1
2.Парапанкреатит	70,0	2	56,3	1
3.Оментобурсит	30,0	2	18,8	1
4.Ложная киста	16,7	2	6,3	1
5.Инфицирование	23,3	2	18,8	1
6.Летальность	10,0	2	6,3	1
Сумма рангов		12		6

Мы подвергли данную группу сравнению с больными (выборка из 30 человек), имевшими нормогликемический вариант течения ОДП [6]. И исходя из результатов непараметрического статистического анализа, в группе с декомпенсированным ранее существовавшим сахарным диабетом частота развития осложнений и летальность ниже, чем в группе с нормогликемией (табл.2), с учетом критерия Фридмана уровень достоверности $p < 0,043$, т. е. различия между измерениями статистически значимы.

Литература.

1. Руднов В.А. Клиническая значимость и возможные пути коррекции гипергликемии при критических состояниях // *Consilium medicum* / Прил. «Хирургия». - 2006. Т.8, №7. – С.54-61.
2. Харлашина Е.А., Кононенко И.В., Смирнова О.М., Майоров А.Ю. Сахарный диабет, возникший вследствие билиарного рецидивирующего панкреатита // *Сахарный диабет*, 2011. №2.- С.121-125.
3. Garg R., Chen W., Pendergrass M. Acute pancreatitis in type 2 diabetes treated with Exenatide or Sitagliptin // *Diabetes Care*. - 2010. Vol. 33, № 11. - P. 2349-2354.
4. Gonzalez-Perez A., Schlienger R.G., Rodriguez L.A.G. Acute pancreatitis in association with type 2 diabetes and antidiabetic drugs // *Diabetes Care*. - 2010. Vol. 33, № 12. - P. 2580-2585.
5. Варзин С.А., Шишкин А.Н., Ивлев В.В. Актуальность симптома Герфорта в оценке течения острого деструктивного панкреатита // Труды 4-ой Всерос. науч.-практич. конф. с междунар. участием «Здоровье — основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения». - СПб. 2009. - С.346-348.
6. Ивлев В.В. Течение острого деструктивного панкреатита на фоне нормогликемии в условиях применения стандартного алгоритма диагностики и лечения острого панкреатита // Труды 7-ой Всерос. науч.-практич. конф. с междунар. участием «Здоровье — основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения». - СПб. 2012. - С.535-542.

Ключевые слова: острый деструктивный панкреатит, панкреонекроз, сахарный диабет.

Keywords: acute destructive pancreatitis, pancreonecrosis, diabetes mellitus.

МИННО-ВЗРЫВНОЕ РАНЕНИЕ КИСТИ (случай из практики)¹

*Филиал №12 ФГКУ «354 ВКГ» Минобороны России, Кировская область,
iwlew-80@mail.ru*

Согласно мнению ряда травматологов частью тела, наиболее подверженной различным травмам, является кисть. Частота повреждений кисти не имеет тенденции к снижению. Больные с открытыми повреждениями кисти составляют 50-60% среди всех больных с травмами кисти, при этом удельный вес производственной травмы достигает по некоторым данным до 60%. Значительную группу повреждений кисти (до 18%) составляют тяжелые травмы, которые характеризуются обширной зоной размозжения мягких тканей, множественными оскольчатыми переломами с нарушением целостности сосудов, нервов и сухожилий, а также дефектами покровных тканей и скелета. Неуклонно растут частота и тяжесть повреждений кисти с длительной утратой трудоспособности – до 30%, высокой инвалидностью – до 28%, значительным количеством ошибок диагностики и лечения – от 30 до 80% случаев [1].

В соответствии с требованиями указаний по военно-полевой хирургии [2], в случаях обширного размозжения тканей кисти или отчленения сегмента показано проведение ампутации или формирование культи. Это правило, по сути, действует с времен Великой Отечественной войны, поэтому, учитывая труднодоступность созданных по России центров микрохирургии (в городах: Москва, Санкт-Петербург, Самара, Саратов), большинство врачей вынуждены прибегать к прежней тактике.

В подтверждение вышесказанного приведем пример минно-взрывного ранения, произошедший в результате прямого воздействия взрывной волны на правую (рабочую) кисть от взрывного пакета. Пострадавший И., 34 лет, был доставлен в наш гарнизонный госпиталь 23 октября 2012 года с полевых учений. При осмотре отмечено, что кисть фрагментирована на 3 большие части: область I пальца до основания I пястной кости с разрушением капсульного аппарата и полным открытым вывихом проксимальной головки пястной кости, II

¹ *Ivlev V.V. An explosive injury brush (case studies)*

и III палец со II пястной костью и дистальным отломком III пястной кости, IV и V палец с обеими пястными костями и проксимальным отломком III пястной кости. Также отмечено полное разрушение капсульного аппарата дистального ряда костей запястья с их тыльным вывихом, разрушение дистальной фаланги II пальца, разможнение мягких тканей с разрушением связочного аппарата ладонной поверхности и поверхностной ладонной артериальной дуги с тромбозом глубокой артериальной дуги. Местно: ткани обуглены, при снятии жгута кровотечения из раны нет, жизнеспособность тканей сомнительна. На рентгенограмме от 23.10.2012г. также было выявлено: краевой перелом полулунной кости, перелом ладьевидной и головчатой костей со смещением отломков. В срочном порядке под проводниковой анестезией была начата первичная хирургическая обработка: произведено экономное удаление нежизнеспособных тканей, в результате чего отмечено слабое восстановление кровотока. После антисептической обработки тканей произведена фиксация отломков III пястной кости спицей Киршнера. Во время сопоставления отломков визуализировано отсутствие костного фрагмента в зоне перелома (рис.1, 2).

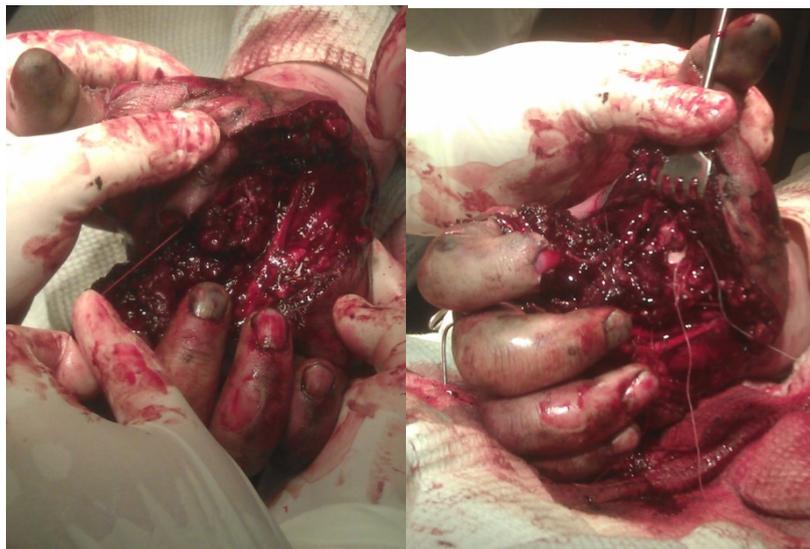


Рис.1, 2. Внешний вид кисти после удаления нежизнеспособных тканей и фиксации отломков III пястной кости с частичным восстановлением капсульного аппарата.

Следующим этапом было выполнено сшивание сухожилий, мышц, перевязка мелких сосудов, частичное вправление вывихов и сопоставление отломков дистального ряда костей запястья, далее дренирование и ушивание ран. Последним этапом выполнено формирование культи второго пальца на уровне проксимальной трети дистальной фаланги (рис.3, 4).



Рис.3, 4. Внешний вид кисти на следующий день после операции.

Для дальнейшего лечения раненый был переведен в специализированное лечебное учреждение в ФГКУ «354 ВКГ» Минобороны России г. Екатеринбурга, где после проведения компьютерной томографии наш диагноз был подтвержден. В связи с тем, что полного вправления костей дистального ряда запястья нам сделать изначально не удалось и формирование мозоли через 2 недели не было отмечено, данную операцию с дополнительной фиксацией пястных костей и костей запястья спицами выполнили в специализированном травматологическом отделении (рис.5, 6, 7, 8).



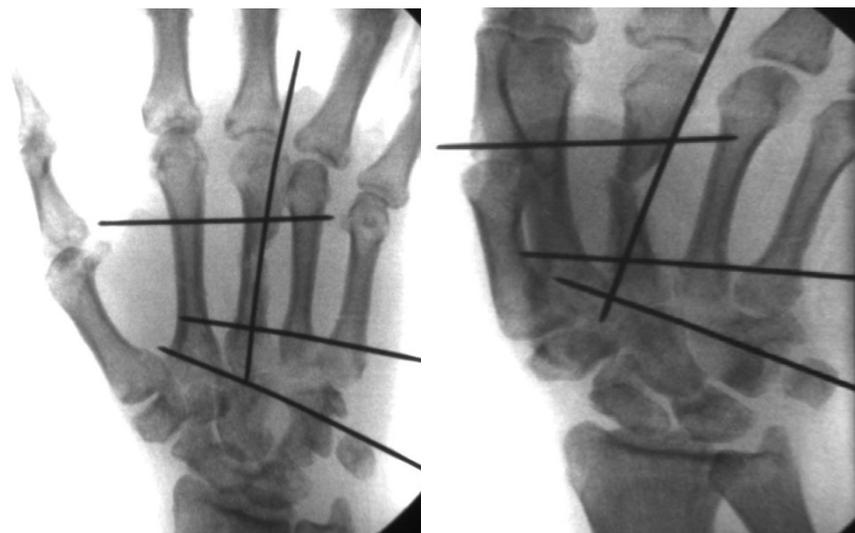


Рис.5, 6, 7, 8. Внешний вид и результаты цифровой рентгеноскопии правой кисти через 3 месяца после ранения. Отмечается сохранение вывиха трехгранной кости к тылу и сформировалось угловое смещение отломков III пястной кости с признаками формирования мозоли, а также визуализируется дефект костной ткани в зоне перелома пястной кости.

Функция правой кисти спустя 3 месяца после ранения и первой операции восстановлена частично: имеет место полное восстановление чувствительности, однако незначительная двигательная функция имеется только в I, II, V пальцах.

Данный случай, возможно, является исключением из правил об ампутации кисти. Несмотря на то, что кисть не восстановится функционально в полном объеме, все же она будет нести не только эстетическую функцию, но и практическую, что обеспечит должное качество жизни.

Литература:

1. Травматология: национальное руководство / под ред. Г.П. Котельникова, С.П.Миронова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 808с.
2. Указания по военно-полевой хирургии / Под ред. Е.К. Гуманенко. – СПб., 2000. – 416 с.

Ключевые слова: минно-взрывное ранение, травма кисти.

Key words: an explosive injury, injury of hand.

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ - ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ РЕЗУЛЬТАТОВ
ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВОВ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПОРАЖЕНИЙ СИНДРОМА
ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ¹**

*Астраханская государственная медицинская академия Минздрава России,
кафедра хирургических болезней педиатрического факультета, Астрахань,
vakislakov@mail.ru*

Актуальность. В настоящее время оценка качества жизни (КЖ) больного широко применяется в общей, паллиативной хирургии. Цель: исследование КЖ пациентов после лечения рецидивов деструктивных поражений синдрома диабетической стопы СДС.

Материал и методы: Исследовали КЖ у 150 пациентов: в возрасте до 45 лет – 9 (6%) больных, 45 – 59 лет – 52 (34,7 %), 60 - 74 лет – 89 (59,3 %); мужчин - 23 (15,3 %), женщин – 127 (84,7%). Длительность сахарного диабета (СД) в 127 (84,6%) случаев - более 10 лет, менее 10 лет – 23(15,4%). Рецидивы с нейроишемической формой СДС (НИСДС) наблюдались у 94(62,7%) пациентов: СД 1 типа у 2(2,2%), а СД 2 типа у 92(97,8%). Рецидивы с нейропатической формой СДС (НИСДС) наблюдались в 56 (37,3%) случаях: СД 1 типа в 9(16,1%), а СД 2 типа в 47 (83,9%). Средний возраст больных – 58,3±14,7 лет. Средняя продолжительность СД составила 17,3±8,6 лет. Ведущими в происхождении рецидивов при НПСДС являлись длительность СД более 10 лет – 33 (86%) больных, дистальная полинейропатия – 50 (85%), низкая комплаентность – 48 (85,7%), инфекция – 48 (85,7%), деформация стоп – 32 (85%); сочетание причин - у 32 (85%). Ведущими причинами в происхождении с НИСДС являлись: длительность СД более 10 лет – 82 (87%) пациента, дистальная полинейропатия – 74 (78,8%), ишемия – 70 (75%), инфекция – 48 (51%), низкая комплаентность – 46 (48,9%); сочетание причин - у 73 (78%). Ультразвуковая доплерография показала, что у пациентов с НИСДС, было атеросклеротическое поражение сосудов ниже подколенной артерии, а на стопе имелся лишь коллатеральный кро-

¹ V.A.Kislyakov. Quality of the life patients - the integrated parameter of results treatment relapses of destructive defeats of the diabetic foots.

воток. У всех 150 пациентов имелась дистальная полинейропатия N2 - N3 степени (по Г.Р. Галстян, 2005). Выполнено 234 операции. В экстренном порядке - 48 (20,5%) операций: с 3 степенью поражения – 8 (3,4%); с 4 степенью поражения – 14 (6%); с 5 степенью поражения - 22 (9,5%); с 7 степенью поражения – 4 (1,6%). В срочном порядке - 186 (79,5%) операций: с 3 степенью поражения – 32 (13,7%); с 4 степенью поражения – 41 (17,5%); с 5 степенью поражения - 54 (23,1%); с 6 степенью поражения - 23 (9,8%); с 7 степенью поражения – 46 (15,4%). Органосохраняющая тактика позволила сохранить опорную часть стопы у 71 пациента с нейроишемической формой СДС и 44 – с нейропатической формой СДС, т.е. у 76,6% больных. Выполнены высокие ампутации 24 (25,5%) пациентам с НИСДС и 10 (21,4%) с НПСДС.

Результаты и обсуждение: Для изучения КЖ применялся опросник SF-36: в день поступления и выписки, через 3, 6, 12 месяцев. При рецидивах НПСДС, после сохраняющих операций отмечалось снижение боли в оперированной конечности от $50,5 \pm 1,2$ до $4,8 \pm 1,2$. КЖ по разным показателям возросло к выписке, а к 12 месяцам было выше в 2-3 раза, чем в день госпитализации. После же высоких ампутаций, показатели КЖ были ниже в 2 раза при выписке с незначительным ростом к 12 месяцам, что нельзя расценивать как значимый положительный результат. После сохраняющих операций, при рецидивах НИСДС, отмечен рост показателей КЖ в 2-3 раза через 3 месяца и в 2-4 раза к 12 месяцам. Понижался показатель «интенсивности боли» от $30,5 \pm 1,2$ при поступлении до $37,1 \pm 1,4$ при выписке со снижением до $10,8 \pm 1,2$ через 12 месяцев. После высоких ампутаций динамика показателей КЖ жизни такая же, как и при НПСДС.

Вывод: Комплексное органосохраняющее лечение в 2-4 раза повысило разные показатели КЖ в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах.

Ключевые слова: качество жизни, рецидивы деструктивных поражений, синдромом диабетической стопы.

Key words: quality of a life, relapses of destructive defeats, diabetic foot.

ДИКУССИЯ О КЛАССИФИКАЦИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПОРАЖЕНИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ – ВЗГЛЯД С ПОЗИЦИИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ¹

*Астраханская государственная медицинская академия Минздрава России,
кафедра хирургических болезней педиатрического факультета, Астрахань,
vakislakov@mail.ru*

Актуальность. В возникновении деструктивных поражений синдрома диабетической стопы (СДС) играют роль ряд таких ведущих факторов риска, как ишемия, нейропатия, инфекция) и комплекс разных причин. В настоящее время возникла необходимость унифицированной классификации, которая позволила бы определить грани консервативной терапии, ортопедической коррекции и необходимости активной сберегающей хирургической тактики. Авторами наиболее часто используется классификация СДС F.W. Wagner (1979), в модификации В.К. Гостищева (1999), М.Д. Дибирова, (2004, 2006). Кроме того, рекомендуют учитывать ряд важных клинических признаков В.М. Бенсман (2010), В.Б. Бреговский с соавт., (2004). W.J. Jeffcoate (1993), O.A. Samson, (2001).

Цель: предложить клиническую классификацию деструктивных поражений синдрома диабетической стопы.

Материал и методы: ретроспективно и проспективно выполнен анализ историй болезней 1200 пациентов с первичными деструктивными поражениями СДС и 300 с рецидивами.

Результаты и обсуждение: Мы с учетом мнений предыдущих авторов, но с нашими дополнениями, предлагаем свой взгляд на эту проблему:

А. Клинические формы СДС после первичного хирургического лечения:

1. Нейропатическая форма: 1.1. без остеоартропатии; 1.2. с остеоартропатией - "сустав Шарко".
2. Нейроишемическая форма: 2.1 с прогрессирующей ишемией; 2.2 с прогрессирующей полинейропатией.

Б. Характеристика по глубине поражения:

¹ V.A.Kislyakov. Discussion about classification of destructive defeats of the syndrome diabetic feet - the position tactics of treatment.

1 степень поражения - участки гиперкератоза; костные деформации, выступающие головки плюсневых костей, другие варианты костных и суставных аномалий;

2 степень поражения - поражение собственно кожи (поверхностная язва с/без признаков инфицирования, панариции: паронихия, кожный, подногтевой);

3 степень поражения - поражение подкожной клетчатки (гнойно-некротическая рана или инфицированная глубокая язва, возможны участки некроза, но без вовлечения в процесс сустава или костной ткани; на дне может быть подкожно-жировая клетчатка, сухожилия, капсула сустава; подкожный панариций, мозольный абсцесс, подкожный абсцесс любой локализации на стопе, целлюлит);

4 степень поражения - поражение поверхностной фасции (гнойная рана с поражением фасции; гнойный тендовагинит, тенобурсит, абсцесс, фасциит, некротический фасциит, эпифасциальная флегмона);

5 степень поражения - поражение мышц и глубоких фасциальных структур (флегмона: субапоневротическая подошвенная (латерального, медиального и срединного пространств) и тыльная; пяточной области, надпяточной области. Некротическая флегмона. Мионекроз. Панфлегмона. Флегмона стопы (культы стопы) с распространением на голень;

6 степень поражения - поражение костей и суставов (диабетическая остеоартропатия – сустав (стопа) Шарко; остеомиелит любых костей стопы (культы стопы); а также осложненные параоссальной флегмоной;

7 степень поражения - гангрена: сухая, влажная; некроз пальца (краевой, акральный), пандактилит, гангрена стопы и голени).

В. По клиническому течению: первичное поражение, рецидив.

Г. Степень ишемии определяем по I. Fontaine и А. В. Покровскому, с учетом ЛПИ и индексов пульсации и резистентности; при возможности с определением транскутанного напряжения кислорода.

Д. Клинические проявления дистальной полинейропатии (ДПН) определяли с использованием рекомендаций Г.Р. Галстяна (2005).

Например, формулируем диагноз: Сахарный диабет 2 тип, тяжелое течение, декомпенсированный. Диабетическая стопа, нейропатическая форма, без остеоартропатии. Первичный рецидив. 5 степень поражения. ДПН N3.

Заключение: предлагаемая нами классификация язвенных и гнойно-некротических поражений еще далеко до совершенства, но мы считаем, что она может быть использована в клинической практике.

Ключевые слова: классификация, деструктивные поражения, синдром диабетической стопы.

Keywords: classification, destructive defeats, diabetic foot.

УДК 612.-014.

Н.Е. Кушкова, И.С. Бяков, А.П. Спицин

ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ В УСЛОВИЯХ УПРАВЛЯЕМОГО ДЫХАНИЯ¹

*Кировская государственная медицинская академия Росздрава,
Киров, sap@kirovgma.ru*

Введение. Сердечно-сосудистая и дыхательная системы являются одними из наиболее важных вегетативных систем организма, оценка деятельности которых необходима при проведении функциональных обследований [8]. При этом процессы внешнего дыхания оказывают постоянное воздействие на сердечно-сосудистые функции. Механизм регуляции сердечно-сосудистой системы, опосредуемый влияниями вегетативной нервной системы (ВНС), модулируется множеством различных внешних влияний (дыханием, физической нагрузкой, изменением положения тела, психоэмоциональной сферы и т.д.) [11]. Известно, что дыхание с частотой 5-6 в минуту вызывает наибольшие вариации пульса. Поэтому целью данной работы явилось исследование изменений сердечно-сосудистой системы при управляемом дыхании с учетом типа вегетативной регуляции.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 26 условно здоровых студентов женского пола в возрасте 18-24 года ($22,8 \pm 0,28$). Все испытуемые предварительно были ознакомлены с содержанием исследования, получено информированное согласие на него. У всех испытуемых определяли рост (см) и массу тела (кг). Измеряли артериальное давление и частоту сердечных сокращений электронным портативным тонометром модели 705 IT Omron (Япония) с цифровой регистрацией показателей, согласно рекомендациям экспертов Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК, 2001). За 30

¹ N.E.Kushkova, I.S. Byakov, A.P. Spitsin. Changes of indicators of central hemodynamics in conditions of managed respiration taking.

минут перед измерением артериального давления (АД) исключался прием пищи, курение, физическое напряжение и воздействие холода. Среднее гемодинамическое артериальное давление (СрГД, мм рт. ст) определяли по формуле [3]: $СрГД = АДД + (ПД/3)$. Исследование ударного объема непрямым способом производили по формуле Старра [14]: $УО = 90,97 + (0,54 ПД) - (0,57 ДАД) - (0,61 \times \text{возраст})$. Минутный объем кровообращения (МОК) определяли как произведение УО на ЧСС. Величину общего периферического сопротивления (ОПС) рассчитывали по формуле Пуазейля $[(АДД+1/3ПД) \times 1330 \times 60] / МО$. Сердечный индекс (СИ) рассчитывали по отношению минутного объема крови к одному квадратному метру поверхности тела. Поверхность тела (ППТ) определяли исходя из роста и массы тела исследуемого по формуле Дюбуа: $ППТ = 0,007184 \times В^{0,423} \times Р^{0,725}$, где В - масса испытуемого в кг, а Р - рост тела в см [9]. Ударный индекс рассчитывали по формуле: $УИ = УОК / ППТ$ [5]. Удельное периферическое сопротивление (УПС) вычисляли по формуле: $УПС = (САД \times ППТ) / МОК$. Потребность миокарда в кислороде определяли по величине “двойного произведения” по Робинсону [7]. Рассчитывали коэффициент выносливости (КВ, усл. ед.) по формуле: $КВ = (ЧСС / ПД) \square \times 10$, где ЧСС – частота сердечных сокращений (уд/мин), ПД – пульсовое давление (мм рт. ст.). Вегетативный индекс (ВИ) рассчитывали по формуле: $ВИ = (1 - ДАД / ЧСС) \times 100$ [8]. Значения $> +5$ свидетельствовали о преобладании симпатических влияний ВНС (симпатикотония), значение < -5 – о преобладании парасимпатических влияний (ваготония), значения от -5 до $+5$ - о вегетативном равновесии (нормотония) [4]. Для оценки уровня функционирования системы кровообращения был использован адаптационный потенциал (АП, баллы) по Р.М. Баевскому [3]: $АП = 0,011 ЧСС + 0,014В + 0,009МТ - 0,009ДТ - 0,27$, где В-возраст (в годах), МТ- масса тела (в кг), Р- рост (в см). Фактические значения параметров гемодинамики сравнивали с должными значениями. Большинство должных показателей гемодинамики вычисляется исходя из базовой формулы должного минутного объема крови (ДМО, л/мин), предложенной Н.Н. Савицким, с учетом интенсивности обменных процессов, $ДМО = ДОО / 281$, где ДОО - это должный основной обмен, рассчитываемый по формулам Гарриса-Бенедикта, учитывающими, что основной обмен зависит от пола, возраста и массы тела. Соотношение $(МОК_{\text{факт}} / ДМОК) \times 100\%$ позволяет выразить в относительных величинах отклонения реального сердечного выброса к «идеальному» для пациента данного возраста, пола, роста и массы. Остальные должные гемодинамические

показатели рассчитывали по следующим формулам. Должный ударный индекс (ДУОК, мл): ДУОК/ ПТ). Должный сердечный индекс (ДСИ, мл/м²): ДМОК/ ПТ. Должное общее периферическое сосудистое сопротивление (ДОПСС, дин*с*см⁻⁵): (80*СрГД)/ДМОК. Должное удельное периферическое сопротивление (ДУПСС, у,е): СрГД/ ДСИ. Должная («условная») работа сердца (А_{долж}, кг*м) - $A_{\text{долж}} = \text{ДМОК} * \text{СрГД} * 13,6$. При этом фактическая работа сердца (А_{факт}, кг*м= $\text{МОК} * \text{СрГД} * 13,6$). При сопоставлении А_{долж} и А_{факт} представляется возможность судить, является ли работа сердца в данной гемодинамической ситуации достаточной, избыточной или недостаточной.

Проба с регулируемым дыханием. Пробы с регулируемым дыханием являются одним из тестов, позволяющих оценить состояние сердечно-сосудистой системы, ее адаптационный потенциал. Проба с дыханием с частотой 6 в минуту является стандартной и широко используется в медицинских и физиологических исследованиях. Ритм дыхания задавался с помощью нами разработанной компьютерной программы, которая позволяла генерировать ритмичные колебания в диапазоне от 3 до 30 в минуту, с шагом в 1 дыхательный цикл в минуту. Обследуемые были обучены контролировать ритм дыхания в соответствии с визуальным водителем ритма на экране монитора. Соотношение вдоха и выдоха выбиралось экспериментатором и могло составлять 1:1, 1:2, и 2:1. В данном исследовании соотношение вдоха и выдоха составляло 1:1. Дыхательный объем не контролировался и выбирался произвольно испытуемым. АД и ЧСС регистрировали в исходном состоянии, на первой, пятой и десятой минутах выполнения пробы. В последующем для каждого этапа рассчитывали показатели гемодинамики и сравнивали их с исходным состоянием.

Результаты обрабатывали при помощи пакета программ "STATISTICA 6". Осуществляли определение средней (M) и ошибки средней (m). Результаты представлены в виде $M \pm m$. При нормальном распределении переменных для определения различий между двумя независимыми группами использовали непарный t-критерий Стьюдента, а при непараметрическом - критерий Вилкоксона - Манна - Уитни. Достоверными считали различия показателей при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Исходное состояние. Расчет и анализ показателей центральной гемодинамики и сравнение их с должными значениями показали следующее. У лиц с доминированием симпатического отдела вегетативной нервной системы фактическая ЧСС отличалась от должной ($76 \pm 2,41$ уд/мин против $69 \pm 0,55$ уд/мин).

АДС было также меньше должного ($100 \pm 3,14$ мм рт. ст. против $115,7 \pm 0,17$ мм рт. ст.). Диастолическое артериальное давление было меньше должных значений ($63,9 \pm 3,12$ мм рт. ст. против $72 \pm 0,11$ мм рт. ст.). В тоже время фактические значения ударного объема (УОК) практически соответствовали должным значениям ($65 \pm 1,54$ против $66,5 \pm 2,35$ мл). Фактические и должные значения МОК также практически не отличались. По-видимому, оптимальные значения МОК поддерживаются за счет более высокой ЧСС по сравнению с должной. На усиленную работу сердца указывают различия в фактической и должной работе сердца ($5192 \pm 222,9$ кг*м против $5016,8 \pm 237,6$ кг*м). На усиление симпатического отдела ВНС в регуляции сердечной деятельности указывают значения ВИК ($15,8 \pm 3,13$ у.е.).

У лиц с доминированием парасимпатического отдела ВНС фактическая ЧСС также отличалась от должной ($62 \pm 2,41$ уд/мин против $68 \pm 0,05$ уд/мин). АДС фактическое было меньше должного ($111 \pm 2,32$ мм рт. ст. против $116,7 \pm 0,33$ мм рт. ст.). Однако диастолическое артериальное давление мало отличалось от должных значений ($71,2 \pm 2,22$ мм рт. ст. против $72,5 \pm 0,21$ мм рт. ст.).

Если у симпатотоников УПС соответствовало должным значениям ($22,15 \pm 1,63$ дин*с*см⁻⁵/м² против $22,0 \pm 1,01$ дин*с*см⁻⁵/м²), то у лиц с доминированием парасимпатического отдела фактические значения УПС были больше должных значений ($32 \pm 2,06$ дин*с*см⁻⁵/м² против $24,85 \pm 0,85$ дин*с*см⁻⁵/м²; $p < 0,05$). Кроме того у «симпатотоников» фактические и должные значения ударного (УИ) и сердечного индекса (СИ) также практически не различались. В то же время при доминировании парасимпатического отдела ВНС и УИ и СИ были меньше должных значений ($43,7 \pm 2,15$ мл против $55,6 \pm 2,38$ мл и $2,71 \pm 0,14$ л/м² против $3,41 \pm 0,05$ л/м² соответственно).

В целом сравнительный анализ показателей гемодинамики в зависимости от доминирования отдела ВНС показал следующее. Достоверные различия наблюдались по величине АДС ($p = 0,058$), ЧСС ($p = 0,003$), МОК ($p = 0,009$), СИ ($p = 0,007$), УПСС ($p = 0,0009$).

Проба с управляемым дыханием.

1 минута. У лиц с доминированием симпатического отдела ВНС ($n = 17$) не выявлено достоверных изменений гемодинамики на первой минуте выполнения пробы по сравнению с исходным состоянием. При доминировании парасимпатического отдела ВНС ($n = 9$) наблюдается существенное снижение общего периферического сопротивления сосудов (с $1729 \pm 83,47$ дин*с*см⁻⁵ до $1529 \pm$

74,32 дин*с*см⁻⁵; p=0,077). Возможно, гипервентиляция и гипокапния могут приводить к спазму периферических сосудов, и, соответственно, повышению ОПСС и артериального давления [1]. Явление мягкой гипервентиляции при регулируемом дыхании (22 в минуту) было отмечено [7] и [12]. Выявлена также определенная тенденция к снижению АДС, АДД, УПС и увеличение УО, СИ и ВИК.

Сравнительный анализ показателей гемодинамики в зависимости от типа вегетативной регуляции на первой минуте управляемого дыхания также показал следующее. Достоверные различия по АДС и ЧСС стали не значимыми. В то же время появились достоверные различия по МОК (p=0,0028). У симпатотоников МОК оставался более высоким по сравнению с ваготониками. Сохранились достоверные различия и в значениях СИ (p=0,0028), УПСС (p=0,008). Сохранялись достоверные различия в величине индекса сердечнососудистой регуляции (p=0,0003)

5 минута. У лиц с доминированием симпатического отдела ВНС достоверных изменений показателей центральной гемодинамики по сравнению с исходным состоянием не происходит. При доминировании парасимпатического отдела ВНС наблюдаются достоверные изменения УПС и ИССР. Удельное периферическое сопротивление сосудов на пятой минуте пробы было меньше по сравнению с исходным состоянием (27,3±2,1 дин*с*см⁻⁵/м² против 32±2,06 дин*с*см⁻⁵/м²; p=0,039). Индекс сердечно-сосудистой регуляции становится меньше по сравнению с фоновым состоянием (101,6±4,36 у.е. против 115,3±4,1 у.е.; p=0,019), что указывает на переход с сосудистого типа регуляции на смешанный тип (сердечно-сосудистый).

Сравнение изменений показателей центральной гемодинамики на пятой минуте пробы в зависимости от типа вегетативной регуляции показало следующее. Достоверные различия сохранялись по величине ЧСС, СИ, ИССР. Различия по МОК стали менее значимыми (p=0,066), хотя значения минутного объема крови были больше у симпатотоников. Менее значимыми были и значения УПС (p=0,075). Причем если у симпатотоников сосудистое сопротивление практически не изменилось по сравнению с исходным состоянием, то у ваготоников оно снизилось (с 32,1±2,06 дин*с*см⁻⁵/м². до 27,3±2,01 дин*с*см⁻⁵/м²; p=0,019). У симпатотоников преобладал сердечный тип регуляции (ИССР=83,9±3,3), то у ваготоников – смешанный.

10 минута. У лиц с доминированием симпатического отдела ВНС досто-

верных изменений показателей центральной гемодинамики по сравнению с исходным состоянием также не происходит. При доминировании парасимпатического отдела ВНС наблюдаются достоверное увеличение ЧСС по сравнению с исходным состоянием (70±2,0 уд./мин против 62±2,4 уд./мин; p=0,024). Характерно достоверное снижение пульсового давления (33±2,1 мм рт. ст. против 39,7±1,7 в исходном состоянии; p=0,05), что косвенно указывает на повышении растяжимости артерий, хотя при этом ударный объем снижется (с 63,9±1,87 мл в исходном до 58,6±2,4 мл), но различия были не достоверными (p=0,07). Это можно рассматривать как благоприятный фактор. Исследования последнего десятилетия убедительно продемонстрировали неблагоприятное прогностическое значение периферического ПД в увеличении риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности [6,10].

Следует отметить, что должный УОК для лиц с «ваготоническим» типом регуляции должен составлять 71,7±2,0 мл. У лиц с доминированием симпатического отдела ВНС фактические значения УОК практически соответствовали должным значениям (65±1,54 мл против 66,5±2,35 мл).

Выводы

1. Показатели центральной гемодинамики зависят от исходного вегетативного тонуса. У лиц с доминированием парасимпатического отдела ВНС фактические значения показателей сердечно-сосудистой системы отличаются от должных, в то же время при доминировании симпатического отдела ВНС большинство их соответствуют должным значениям.

2. Проба с дыханием с частотой 6 в минуту при доминировании парасимпатического отдела ВНС приводит к увеличению ЧСС и снижению общего периферического сосудистого сопротивления, что, вероятно, улучшает функциональное состояние сердца и периферических сосудов.

3. При доминировании симпатического отдела ВНС достоверных изменений гемодинамики не происходит.

Литература:

1. Агаджанян Н. А. Постоянное нарушение гомеостаза в виде хронической гипоксии как болезнетворный фактор / Н. А. Агаджанян, Ю. Н. Мишустин, С. Ф. Левкин. – Самара, 2004. – 56 с.
2. Аринчин В.Ф. Оценка функционального состояния сердца у детей в онтогенезе // Вопросы охраны материнства и детства. 1983. № 2. С. 21.
3. Баяевский Р.М., Берсенева А.П., Вакулин В.К. и др. Оценка эффек-

тивности профилактических мероприятий на основе изменения адаптационного потенциала системы кровообращения // *Здравоохранение РФ*: 1987: № 8. С.7.

4. Вейн. А.М. Вегетативные расстройства: клиника. диагностика. лечение / А.М. Вейн. – М. : МИА. 2000. – 725 с.
5. Дуда. И.В. Клиническое акушерство / И.В. Дуда, В.И. Дуда. – М.: Медицина, 1997. – 604 с.
6. Оганов Р. Г. Профилактическая кардиология: от гипотез к практике // *Кардиология*. 1999. Т. 39. № 2. С. 4–9.
7. Погодин М. А. Самопроизвольное и непроизвольное управление дыханием при навязанных параметрах вентиляции легких / М. А. Погодин, Е. В. Боброва, М. П. Гранстрем // *Физиология человека*. – 2004. – Т. 30, № 3. – С. 81–87.
8. Eckberg D. L. Human sinus arrhythmia as an index of vagal cardiac outflow // *J. Appl. Physiol.*- 1983.-54,- P. 961-966.
9. DuBois D, DuBois E.F. A formula to estimate the approximate surface area if height and weight be known. *Arch Intern Med* 1916;17:863–71.
10. Franklin S. S. Hypertension in Older People: Part 1 // *J. Clin. Hypertens*. 2006. Vol. 8, № 6. P. 444–449.
11. Glass L. Synchronization and rhythmic processes in physiology // *Nature*. – 2001. – V. 410. – P. 277.
12. Pinna G. Effect of paced breathing on ventilatory and cardiovascular variability parameters during short-term investigations of autonomic function / G. Pinna, R.,Maestri, M. La Rovere et al. // *Am. J. Physiol. Heart Circ. Physiol.* – 2006. – Vol. 290. – P. 424–433.
13. Sa Cunha R., Pannier B., Benetos et al. Association between high heart rate and high arterial rigidity in normotensive and hypertensive subjects // *J Hypertens* 1997; 15: 1423-1430.
14. Starr. Y. Clinical test as simple method of estimating cardiac stroke volume from blood pressure and age // *Circulation*. - 1954. - № 9. - P. 664.

**МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ
ТЯЖЕЛОГО БИЛИАРНОГО СЕПСИСА¹**

*Санкт-Петербургский государственный университет,
медицинский факультет, sapientia83@mail.ru*

Введение. Современная медицина на сегодняшний день значительно расширила свои возможности в лечении заболеваний гепатобилиарной системы, обусловленных обструкцией желчевыводящих путей. Однако большое число осложнений и высокая летальность (при тяжелом билиарном сепсисе и септическом шоке составляют от 30 до 90%) заставляют искать новые подходы в лечении этих осложнений [1, 2, 5]. Применение малоинвазивных технологий (ЧЧХД, ЭПСТ, эндоскопическое стентирование и др.) при лечении холедолитиаза, стриктур гепатикохоледоха на различных уровнях и новообразований гепатобилиарной системы, как наиболее частых причин развития билиарной гипертензии, значительно снизили количество осложнений, таких как холангит, билиарный сепсис, тяжелый билиарный сепсис, септический шок [3,4]. Однако при уже развившихся осложнениях тактика применения малоинвазивных технологий еще нуждается в осмыслении.

Цель исследования. Сравнить результаты применения малоинвазивных технологий (ЧЧХД, ЭПСТ, эндоскопическое стентирование желчных протоков) в лечение больных с тяжелым билиарным сепсисом с результатами традиционных оперативных вмешательств у той же категории больных. На основании полученных данных выработать оптимальную хирургическую тактику для ведения больных с тяжелым билиарным сепсисом.

Материал и методы. Проведен анализ течения заболевания и оказания хирургической помощи у 76 пациентов с тяжелым билиарным сепсисом, госпитализированных в клинику по неотложным показаниям в период с 2009 по 2013 г. Тяжелый билиарный сепсис диагностирован на основании наличия инфекционного воспаления в желчных протоках, более двух признаков синдрома сис-

¹ Korolkov A. Yu., Lukichev R.I. Minimally invasive interventions in the treatment of severe biliary sepsis.

темного воспалительной реакции (SIRS) и органной дисфункции, оцененной по шкале SOFA [5].

Согласно вышеуказанным критериям все больные были разделены на две группы. В первую группу входили пациенты, лечение которых осуществлялось с применением малоинвазивных технологий, в ее состав вошли 49 пациентов. Во вторую группу были выделены 27 пациентов, оперированных традиционными открытыми способами.

Анализ больных проводился как ретроспективно на основании медицинской документации, так и проспективно, оценивались клинические данные, характер течения заболевания и результаты применяемых хирургических методик для лечения больных с тяжелым билиарным сепсисом, госпитализированных в клинику в период проведения данного исследования.

Результаты исследования.

1. Обе группы были однородны по возрастным и половым признакам. Средний возраст больных первой группы составил - 71, второй группы - 69. В первой группе преобладали больные женского пола – 3:1, во второй группе отмечалась та же тенденция. Эмпирическая антибактериальная терапия больных в обеих группах не носила принципиальных различий. По тяжести состояния обе группы имели соизмеримые показатели. Среднее значение органной дисфункции, оцененной по шкале SOFA в первой группе составило – 6 баллов, во второй – 6 баллов.

2. Уровень летальности больных, в алгоритме лечения которых применялись малоинвазивные методики, составил – 35,3% (17 пациентов). Летальность больных с тяжелым билиарным сепсисом, оперированных традиционными методами, составила – 58,8% (16 больных). Достоверность различий $P < 0,001$.

3. Продолжительность госпитализации больных первой группы составила 21 койко-дней, из которых в отделении и реанимации – 8. В свою очередь продолжительность нахождения в стационаре пациентов второй группы составила 29 койко-дней, из которых в отделении реанимации - 10.

Выводы:

1. Обе исследуемые группы однородны по возрасту, половому составу и степени тяжести. В обеих группах применялись одинаковые схемы эмпирической антибактериальной терапии. Таким образом, обе группы принадлежат одной генеральной совокупности и единственным критерием их деления являются применяемые методы хирургического лечения.

2. Летальность в первой исследуемой группе на 23,5% ниже, чем во второй.
3. Частота осложнений в первой группе составила 4,9% (у 2 пациентов) и 9,7% (3 больных) во второй группе.
4. Выбор применяемой хирургической тактики у больных данной категории предопределяется частотой развития осложнений и уровнем летальности. Предпочтение следует отдавать малоинвазивным методикам.

Литература:

1. Багненко С.Ф., Шляпников С.А., Корольков А.Ю. Современные подходы к этиологии, патогенезу и лечению холангита и билиарного сепсиса // Бюллетень сибирской медицины. 2007. № 3.
2. Борисов А.Е., Кащенко В.А., Кубачев К.Г. и др. Пути оптимизации стандартов лечения острого холецистита // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2012. – Т. 171., № 6. С. 080-085.
3. Гребенюк В.В. Способ выбора метода хирургического лечения больных с билиарным сепсисом в зависимости от травматичности лечебно-диагностических мероприятий и степени тяжести состояния больных: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Благовещенск, 2011.
4. Каримов Ш. И., Ким В. Л., Боровская С. П., Юсметов Ш. А. Малоинвазивные вмешательства в лечении холедохолитиаза // Анналы хирург. гепатол. 2000. Т. 5. № 2.
5. Гельфанд Б.Р., Руднов Д.Н., Проценко Е.Б. и др. Сепсис в начале XXI века: определение, диагностические концепции, патогенез и интенсивная терапия. Методические рекомендации. Калуга, 2004.

Ключевые слова: холедохолитиаз, билиарный сепсис, малоинвазивные технологии.

Key words: choledocholithiasis, biliary sepsis, mini-invasive technologies.

УЛЬТРАЗВУКОВОЙ СКРИНИНГ БЕССИМПТОМНОЙ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ¹

*УО «Витебский государственный медицинский университет»,
Витебск, Республика Беларусь, lysenko_o_v@mail.ru*

Актуальность. В последние годы увеличивается интерес к проблемам постменопаузы, что обусловлено тенденцией населения развитых стран к старению. Поэтому особую актуальность приобретают вопросы диагностики патологии эндометрия в постменопаузальном периоде [1]. Внимание к данной проблеме связано также с увеличением роста заболеваемости раком эндометрия во всех экономически развитых странах [2]. Исследователями ведется поиск скрининговых методов диагностики патологии эндометрия в постменопаузе, ведущим из которых является ультразвуковое исследование органов малого таза, несмотря на то, что относительно патологии эндометрия не разработано универсальных программ скрининга, отвечающих рекомендациям ВОЗ, предъявляемых к скринингу.

Необходимо дополнить, что бессимптомный рак эндометрия составляет всего лишь 10% от общего числа выявляемого рака эндометрия, а распространенность бессимптомного рака эндометрия составляет 0,2-0,4% [3,4]. Кроме того, не получено данных, что доклиническая диагностика рака эндометрия улучшает прогноз [5].

Цель. Оценить диагностическую ценность трансвагинального ультразвукового исследования, произведенного амбулаторно, с целью диагностики патологии эндометрия в постменопаузе.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 88 женщин постменопаузального возраста, направленных в гинекологическое отделение для отдельного диагностического выскабливания под контролем гистероскопии с подозрением на гиперплазию эндометрия, полипоз эндометрия, рак тела матки. Из исследования исключены пациентки, поступившие в стационар в экстрен-

¹Lysenko O.V.Ultrasonic screening of asymptomatic endometrial pathology in postmenopausal women.

ном порядке с наличием кровотечения из половых путей. Всем женщинам в женских консультациях по месту жительства произведено трансвагинальное ультразвуковое исследование в 2D режиме, диагностирована патология эндометрия, в связи с чем, пациентки были направлены в стационар для отдельного диагностического выскабливания под контролем гистероскопии. Статистическая обработка данных осуществлялась с применением прикладного программного пакета «Statistica 6.0» (StatSoft, Ink. 1994-2001), адаптированного для медико-биологических исследований. Производилось вычисление относительных частот признака (%).

Результаты и обсуждение. Средний возраст обследованных женщин составил $59,43 \pm 7,98$ лет.

Нами выявлено, что ультразвуковой скрининг при отсутствии жалоб пациенток сочетался с получением «ложных» ультразвуковых заключений (рак тела матки, гиперплазия эндометрия, полип эндометрия) у 34 женщин (38,64%) – заключение гистероскопии и гистологическое заключение – атрофия эндометрия, что является нормой в этом возрастном периоде.

По данным гистологического исследования соскоба эндометрия высокодифференцированная аденокарцинома эндометрия диагностирована у 10 женщин (11,36%), несмотря на то, что в 70,00% случаев у этих пациенток ультразвуковое заключение звучало как гиперпластический процесс эндометрия.

У 44 (50,00%) женщин гистологически диагностированы железисто-фиброзные полипы эндометрия. При анализе ультразвуковых заключений в этой группе женщин выявлено, что ультразвуковые и гистологические заключения совпадали в 72,73% случаев (32 человека). В остальных случаях фигурировали заключения: рак тела матки, гиперплазия эндометрия.

Кроме того, в постменопаузальном возрасте определенную трудность диагностики связана с наличием атрезии цервикального канала, а скопление содержимого в полости матки расценивается врачами ультразвуковой диагностики как патология.

Выводы. В постменопаузальном возрасте лучше всего с помощью трансвагинального ультразвукового исследования в 2D режиме диагностируются полипы эндометрия, тогда как ультразвуковой скрининг на рак эндометрия у женщин постменопаузального возраста без клинических проявлений патологии не является целесообразным.

Литература:

1. Хитрых, О. В. Современные аспекты проблемы полипов эндометрия в постменопаузе / О. В. Хитрых // Российский вестник акушера-гинеколога. 2007. № 1. Режим доступа: <http://www.mediasphera.ru/journals/akuvest/detail/383/5616/>. Дата доступа: 25.02.2012.
2. Abnormal uterine bleeding and prognosis of endometrial cancer / Т. Kimura [et al.] // International Journal of Gynecology & Obstetrics. – 2004. – Vol. 85, № 2. – P. 145-150.
3. Smith-Bindman, R. How thick is too thick? When endometrial thickness should prompt biopsy in postmenopausal women without vaginal bleeding / R. Smith-Bindman, E. Weiss, V. Feldstein // Ultrasound Obstet Gynecol. – 2004. – Vol. 24, №5. – P. 558-65.
4. Necropsy diagnosis of endometrial cancer and detection-bias in case/control studies / R.I. Horwitz [et al.] // Lancet. – 1981. – Vol.2, № 8237. P. 66-68.
5. Ultrasonographic detection of asymptomatic endometrial cancer in postmenopausal patients offers no prognostic advantage over symptomatic disease discovered by uterine bleeding / В. Gerber [et al.] // Eur J Cancer. – 2001. – Vol. 37, №1. –P. 64-71.

Ключевые слова: постменопаузальный возраст, патология эндометрия, ультразвуковое исследование.

Keywords: neuroinfections, children, differential diagnosis, acute phase proteins.

**СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОМПЛЕКСНОМ
ЛЕЧЕНИИ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА¹**

Медицинский центр «Адмиралтейские верфи»; Лаборатория Клеточной биологии Отделения молекулярной и радиационной биофизики ФГБУ «Петербургский институт ядерной физики им. Б.П. Константинова», Санкт-Петербург, Россия

Достижения последних лет привели к новым медицинским технологиям, основанным на «эксплуатации» дендритных клетках в различных медицинских специальностях. Использование иммунорегуляторного потенциала дендритных клеток является многообещающим для лечения онкологических заболеваний, аутоиммунных болезней и предотвращения отторжения трансплантатов. Клинические испытания показывают, что вакцины на основе дендритных клеток могут эффективно вызывать иммунный ответ против тех антигенов, которые были им представлены.

Целью исследования явилось исследование эффективности и безопасности иммунотерапии в виде вакцины на основе дендритных клеток в комплексном лечении пациентов с хроническим полипозным риносинуситом

В 2011 году Ральф Штейнман, был удостоен Нобелевской премии за обнаружение дендритных клеток и их уникальную способность активировать и регулировать адаптивный иммунитет.

Дендритные клетки, как и другие клетки макрофагального ряда, происходят из костного мозга. Уникальным их свойством является способность с высокой эффективностью захватывать и перерабатывать потенциальный антигенный материал. При этом они мигрируют в ближайший лимфатический узел, где они представляют захваченный антиген лимфоцитам, сопровождая это соответствующими молекулярными сигналами. Захватом и переработкой антигенов занимаются незрелые дендритные клетки, но для эффективной стимуляции Т клеточного иммунного ответа они должны созреть в полностью активированные дендритные клетки, которые экспрессируют на поверхности высокий уро-

¹ Melnik A.M., Filatov M.V. Modern medical technologies in the complex treatment of polypoid rhinosinusitis.

вень главных комплексов гистосовместимости (МНС) и костимуляторных молекул. В организме дендритные клетки играют роль стражников фактически во всех тканях, где они сталкиваются с потенциальными антигенами. Даже очень малое число дендритных клеток способно вызвать эффективный иммунный ответ против вирусов, других патогенов и раковых клеток.

В ходе научно-исследовательских изысканий была разработана концепция о медицинской технологии использования дендритных клеток для лечения аллергий. Полученные из клеток крови данного пациента дендритные клетки, нагружались аллергенами, приводящими к аллергическим реакциям. Полученные таким образом клетки данного человека возвращались ему путем внутрикожной инъекции. По-существу, предлагаемая процедура является усиленным вариантом широко используемого метода гипосенсибилизации. Однако, использование дендритных клеток в сочетании с активированными лимфоцитами привело к радикальному повышению эффективности предлагаемого подхода.

Изучение эффективности применения «дендритной вакцины» в купировании хронических патологических изменений в слизистой оболочке полости носа и околоносовых пазух было проведено у 25 больных хроническим полипозным риносинуситом в возрасте от 28 до 56 лет, имеющих длительный анамнез заболевания без стойкого положительного эффекта на фоне проводимого консервативного и хирургического лечения.

Оценка эффективности проводилась по показателям, характеризующим снижение доли иммунных комплексов содержащих IgE, переключение иммунного ответа с Th2 на Th1, исчезновение клинических аллергических проявлений.

Предварительные результаты проведенных научных исследований показали положительные результаты по всем вышеизложенным критериям уже после 2-3 инъекций дендритной вакцины.

Следует отметить, что предлагаемый способ лечения, по существу, является вариантом аутогемотерапии, так как вводимый препарат представляет собой комбинацию компонентов крови данного больного. И именно данный вариант аутогемотерапии позволяет модифицировать характер иммунного ответа у больных хроническим полипозным риносинуситом.

Исследование продолжается и об эффекте вакцинации в отдаленном периоде будет сообщено дополнительно.

Ключевые слова: полипозный, риносинусит, вакцинация, дендритные, клетки.
Key words: polypoid, rhinosinusitis, vaccination, dendritic, cells.

УДК 616.342

А.С. Молостова, С.А. Варзин

ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ЖЕНЩИН

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки встречается в 4-13 раз чаще, чем язва желудка [1]. Лица, страдающие язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК), составляют 30% всех пациентов гастроэнтерологического профиля. В течение жизни у 15% взрослого населения регистрируются язвы луковицы двенадцатиперстной кишки [2]. Соотношение мужчин и женщин при ЯБДПК колеблется от 2:1 до 10:1 [3, 9, 11]. В настоящее время отмечается тенденция к росту заболеваемости язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки среди женщин, которая составляет, по данным литературы, 4-8% от общего числа населения [4]. Частота возникновения и наследственная отягощенность ЯБДПК характеризуется отчетливыми гендерными различиями [5]. Наследственная отягощенность чаще обнаруживается у мужчин, чем у женщин [6]. Возраст реализации наследственно детерминированного ульцерогенного риска (дебюта заболевания) у мужчин (23 б-х, $47 \pm 5,84$) опережает таковой у женщин ($37,5 \pm 4,9$) в среднем на 14 лет [5].

На несомненное участие гормонального звена репродуктивной системы в ульцерогенезе указывает высокая частота встречаемости у мужчин в возрасте после 20 лет и заметное снижение к 40 годам и параллельное нарастание в этом же возрастном периоде уровня заболеваемости у женщин [6, 7].

У больных женщин ЯБ отмечаются проявления гормональной дисфункции в виде предменструального, климактерического синдромов, эндокринного бесплодия. В анамнезе больных выявляются неоднократные самопроизвольные и медицинские аборты, угроза прерывания беременности [8]. Среди женщин, находящихся в перименопаузе и постменопаузе, различия в клинических особенностях и течении язвенной болезни в сравнении с мужчинами стираются [6, 12]. У женщин старше 45 лет выраженная клиническая картина, симптомы более яркие, нежели у молодых женщин [10]. Осложненные формы ЯБ у женщин, на-

блюдаются в 2-4 раз реже, чем у мужчин [4, 9].

В настоящем исследовании изучены 196 историй болезни больных, поступивших на хирургическое отделение Покровской больницы г. Санкт-Петербурга в 2011 году. Критерий включения больных в исследование: наличие подтвержденных язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

Среди больных была 51 (26%) женщина с язвой двенадцатиперстной кишки, 37 (18,9%) женщин с язвой желудка, 55 (28%) мужчин с язвой двенадцатиперстной кишки и 53 (27%) мужчины с язвой желудка.

В клинической характеристике больных язвой двенадцатиперстной кишки, поступавших по скорой помощи в хирургический стационар, выходят на первый план значимо более высокий средний возраст женщин ($57,8 \pm 20,1$ лет) по сравнению с мужчинами ($46,1 \pm 17,8$ лет) ($p < 0,05$); средние значения кислотности желудочного сока у женщин по данным теста ночной желудочной секреции ($41,5 \pm 1,9$ ммоль/л) существенно ниже, чем у мужчин ($49,1 \pm 0,8$ ммоль/л) ($p < 0,05$);

Для женщин более свойственно неосложненное течение ЯБДПК, которое было выявлено в 60% случаев; в группах сравнения преобладало преимущественно осложненное течение. У женщин частота кровотечения из дуоденальной язвы (17 б-х, 33%) оказалась в 1,5 раза меньше, чем из язвы желудка (ЯЖ), а частота перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки была в 4 раза реже частоты перфорации язвы желудка.

Частота кровотечений и перфораций язв гастродуоденальной зоны у мужчин сходна с частотой кровотечений и перфораций язв желудка у женщин. Дуоденальный стеноз (2 б-х, 3,9%) и стеноз пилорического канала у женщин встречались одинаково редко.

Литература.

1. Маев И.В., Оганесян Т.С., Кучерявый Ю.А. Сравнительная эффективность тройной антигеликобактерной терапии I линии при использовании препаратов пантопразола и омепразола // Лечащий врач. 2010. № 2. С.2–7.
2. Юдин С.В. Оценка эффективности наиболее распространенных методов эндоскопического лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Тихоокеанский медицинский журнал.- 2010.- № 1-С.95-97.
3. Щербаков Ю.В Рецидивирующее язвенное кровотечение // Бюллетень медицинских Интернет-конференций.- 2011- Т 1. № 1- С. 55-56.
4. А.Г. Хасанов, М.А. Нуртдинов, Х.С. Сафаргулов и др. Результаты хирурги-

ческого лечения прободной гастродуоденальной язвы у женщин // Эндоскопическая хирургия.- 2009.- №3- С. 47-49.

5. Лаптев А.А. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки: патогенетическая роль дисбаланса половых гормонов и дифференцированное применение игло-рефлексотерапии: Автореф дис. ... канд. мед. наук. Екатеринбург, 2005. 25 с.

6. Исламова Е.А., Липатова Т.Е. Клинико-морфологические особенности язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у мужчин и женщин // Саратовский научно-медицинский журнал. 2010. Т. 6, № 3. С. 575-579.

7. Причины развития язвы желудка и двенадцатиперстной кишки / Под ред. Г.И. Бурчинского / attachment:/1304/gastroenterology-0021.shtml (дата обращения 13.02.13).

8. Валиуллин Д.Р. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки у женщин. Особенности язвообразования и патогенетического лечения: Автореф. ... канд. мед. наук. Уфа, 1998. 22 с.

9. Варзин С.А. Клинические и морфофункциональные пограничные аспекты ваготомии у больных язвой двенадцатиперстной кишки: (Клинико-эксперим. исслед.): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Санкт-Петербург, 1999. 40 с.

10. А.Б. Автандилов, А.Г. Королев Язвенная болезнь / Медицинская газета. 2006. №27. http://medgazeta.rusmedserv.com/2006/27/article_1580.html (дата обращения - 15.10.12 г.).

11. Медико-социальные аспекты хирургии язвенной болезни в Беларуси / В.М. Лобанков. LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH&Co, 2011. 266 с.

12. А.С. Молостова, С.А. Варзин. Особенности течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у женщин // Здоровье-основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2012. Т.7. С.558-561.

Ключевые слова: язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки, перфорация язвы, кровотечение из язвы, женщины, мужчины, язвенная болезнь.

Key words: stomach ulcer, ulcer of a duodenal gut, ulcer punching, bleeding from an ulcer, women, men.

РОЛЬ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ¹

*Первый Московский государственный медицинский университет
имени И.М. Сеченова, кафедра госпитальной хирургии №1 лечебного
факультета, г. Москва, doctor_ba@mail.ru*

Введение. В последние годы данные литературы свидетельствуют об увеличении количества операций по поводу острой странгуляционной тонкокишечной непроходимости (ОСТН)[1].

По данным разных авторов послеоперационная летальность колеблется от 4,6% до 40%. Такая высокая летальность связана с развитием синдрома энтеральной недостаточности в раннем послеоперационном периоде, несостоятельности швов анастомозов после резекции тонкой кишки [2].

Помимо этого в послеоперационном периоде неблагоприятное воздействие на организм пациентов оказывают метаболические нарушения различной степени выраженности, в результате преобладания катаболических процессов, способствующие нарушению внутрисстеночного, пристеночного и мембранного пищеварения[3].

Цель: улучшить результаты лечения пациентов с ОСТН.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения пациентов с ОСТН, находившихся на лечении в ГБУЗ г. Москвы ГКБ № 67 им. Л.А. Ворохобова с 2009 по 2012гг. В данное исследование включены 142 (100%) пациента с ОСТН, которые перенесли резекцию нежизнеспособного участка тонкой кишки. Из исследования были исключены пациенты с опухолевой кишечной непроходимостью и мезентеральным тромбозом. Для удобства оценки результатов хирургического лечения были выделены две клинические группы: основная 68 (47,8%) и контрольная 74 (52,2%). Обе группы репрезентативны по полу, возрасту, этиологии ОСТН. Причиной непроходимости в 52 (%) случаях была ущемленная грыжа, в 86 (60,6%) спайки, в 4 (2,8%) заворот тонкой кишки.

¹Negrebov MG, Aleksandrov LV, Ba M.R. The role of nutritional support in the treatment of patients with acute intestinal strangulation obstruction.

Пациентам основной группы после интраоперационной декомпрессии устанавливали назоеюнальный зонд (НЕЗ) за зону анастомоза. В 1-е сутки после операции в НЕЗ вводили охлажденный до 14-16 °С 0,9% физиологический раствор. Контроль за разрешением динамической кишечной непроходимости осуществляли по следующим критериям: физикальные данные, суточные потери по желудочному зонду, данные УЗИ брюшной полости, измерение внутрибрюшного давления, обзорная рентгенограмма брюшной полости. С 2-3-х суток пациенты основной группы получали энтеральное питание через НЕЗ, с последующим переходом на сипинг и оральное питание. Пациентам контрольной группы в 1-е сутки проводили парентеральную коррекцию водно-электролитных нарушений и на 4-5-е сутки их переводили на оральное питание.

Результаты. Осложнений в послеоперационном периоде и умерших среди пациентов основной группы не было. В контрольной группе у пациентов наблюдалась длительная динамическая кишечная непроходимость, в связи с чем у 5-ти пациентов развилась очаговая пневмония, у 1 развилось ОНМК, у 4-х послеоперационный период осложнился несостоятельностью анастомоза. 22 пациентам понадобилась длительная ИВЛ. Летальный исход имел место в двух случаях. Причиной смерти явилась полиорганная недостаточность.

Выводы.

1. Пациентам с ОСТН необходимо контролировать трофический статус и проводить коррекцию белково-энергетических нарушений в ранние сроки после операции.
2. Раннее отмывание кишечника способствует скорейшему разрешению динамической кишечной непроходимости и переводу пациента на энтеральное питание, что способствует: снижению риска развития осложнений, летальности в послеоперационном периоде и сокращению сроков госпитализации.

Литература:

1. Ерюхин И.А., Петров В.П., Ханевич М.Д. Кишечная непроходимость. СПб.: Питер, 1999. 443 с.
2. Станциц И.В. и др. Оценка риска летального исхода у больных с острой кишечной непроходимостью. СПб., 1999. С.58-59.
3. Пугаев А.В., Ачкасов Е.Е. Оценка состояния питания и определение потребности в нутритивной поддержке. М.: Профиль, 2007. 86с.

Ключевые слова: кишечная непроходимость, нутритивная поддержка, энтеральное питание.

Key words: ileus, nutritional support, enteral nutrition.

УДК616.24-005.1

Д.С. Новиков, В.Э. Федоров, Б.С. Харитонов, М.А. Лагун

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У ТОРАКАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ¹

*Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И.Разумовского, Саратов, pppfsurg@yandex.ru*

Легочное кровотечение является тяжелым осложнением многих заболеваний. Его развитие связано с многими механизмами, в том числе и с нарушениями в свертывающей системе крови [1]. Это проявляется в гипокоагуляции с последующим длительным повышением активности фибринолитических факторов, что расценивается как проявление местного ДВС-синдрома. Он препятствует образованию полноценного тромба в месте дефекта сосудистой стенки и способствует продолжению кровотечения [2].

Цель работы: определить изменения гемостаза, приводящие к развитию легочного кровотечения.

Материал и методы. Для выявления изменений гемостаза в процессе лечения и с целью диагностики ДВС-синдрома использован экспресс-метод при помощи электрокоагулографа Н-334. Определялись характерные критерии ДВС: укорочение I и II фаз свертывания крови, уменьшение плотности сгустка, снижение уровня фибриногена в крови и усиление фибринолиза. Исследованы параметры электрокоагулограммы у 66 больных, поступивших в торакальное отделение с кровохарканьем и кровотечением I степени, и у 41 больного с кровотечением II и III степени.

Результаты. Установлено, что у больных с кровохарканьем и кровотечением I степени показатели электрокоагулограммы достоверно не отличались от таковых у больных без кровотечения. В последующем у 42 из этих больных

¹Novikov D.S., Fedorov V.E., Kharitonov B.S., Lagoon, M.A. Prediction of bleeding in thoracic patients.

кровохарканье и кровотечение было остановлено консервативными мероприятиями и более не возобновлялось. При этом показатели электрокоагулограммы существенно не менялись. У остальных 24 больных в процессе лечения отмечалось ухудшение коагулологических показателей вплоть до развития признаков ДВС-синдрома: укорочение Т1 до 65 ± 11 сек, Т – до 178 ± 19 сек, Ао увеличивалось до $1,1 \pm 0,34$ ед. и Арф – до $1,4 \pm 0,5$ ед. У 11 из них в последующем развились кровохарканье и легочное кровотечение.

У 41 больного с состоявшимся кровотечением II и III степени отмечены аналогичные изменения электрокоагулограммы, характерные для ДВС-синдрома.

Заключение. Нарастание изменений электрокоагулограммы, характерных для ДВС-синдрома, может служить прогностическим признаком легочного кровотечения.

Применение электрокоагулографии в прогнозировании легочного кровотечения позволяет заблаговременно провести соответствующую коррекцию лечебных мероприятий у каждого конкретного больного и предотвратить возможное тяжелое осложнение.

Литература:

1. Перельман М.И. Легочное кровотечение // *Consilium medicum*. 2006. Т. 8. №3. С. 41-44

2. Шаров Ю.К., Тарасов В.А., Побегалов Е.С. Легочные кровотечения. СПб: МАПО, 2004. 24 С.

Ключевые слова: пульмонология, кровотечение, прогноз.

Keywords: pulmonology, bleeding, predict.

**АНТИТЕЛА К ГОРМОНАМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЛАБОРАТОРНОЙ
ДИАГНОСТИКЕ ПАЦИЕНТОВ С АУТОТИРЕОИДНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ¹**

*Волгоградский государственный медицинский университет,
НИИ Клинической и экспериментальной ревматологии РАМН,
Волгоград, Stella243@mail.ru*

Особый интерес для исследователей представляет аутоиммунная патология щитовидной железы (ЩЖ) и использование максимально точных методов диагностики. Определение антител к отдельным белкам ЩЖ используется для ранней диагностики заболеваний. К их числу относятся, антитела к тиреоглобулину, микросомам ацинарных клеток фолликула, антитела к рецепторам гормонов и к самим гормонам щитовидной железы.

Антитиреоглобулиновые антитела вырабатываются к тиреоглобулину, являющимся предшественником тиреоидных гормонов. Определение данных антител практически перестает использоваться для диагностики аутоиммунных заболеваний ЩЖ. Микросомальные антитела - образуются к пероксидазе, могут быть выявлены в системном кровотоке, при этом её уровень и иммуногенные свойства оказываются значительно меньше, чем у тиреоглобулина. Анти-ТПО признаны суррогатным маркером любой аутоиммунной патологии ЩЖ, динамике уровня которых не придается никакого клинического значения. Антитела к рецепторам ТТГ (р-ТТГ) обнаруживаются в основном в сыворотке крови больных ДТЗ. Антитела к тиреотропину неспецифичны, кроме того, они чаще выявляются у свиней, а не у людей [1].

Для установления аутоиммунного характера тиреоидного поражения используется достаточно большое количество показателей, но все они позволяют установить диагноз только в совокупности.

Цель работы - выработка новых критериев диагностики.

Материалы и методы. Группа больных с аутоиммунной патологией состояла из 33 человек. Средний возраст пациентов составил 52,2±5,1 лет. Сред-

¹Paramonova O.V., Rusanova O.A., Cherkesova E.G., Gontar I.P. Antibodies to thyroid hormones in laboratory diagnostic of patients with autothyroid diseases.

няя продолжительность заболеваний составила $3,82 \pm 3,21$ лет. Антитела к T_3 и T_4 определялись иммуноферментным методом при фиксации антигена в магнитоуправляемых сорбентах по методу Гонтаря, 2001 г. [2]

Результаты. Повышенный уровень антител к T_4 обнаружен у 91% и антител к T_3 у 87%. Лишь в группе с гипотиреозом у 3 пациентов выявлены нормальные значения уровня анти- T_4 и у 4 пациентов анти- T_3 . Средние значения уровня антител составили $0,196 \pm 0,11$ е.о.п для анти- T_4 ; $0,160 \pm 0,05$ е.о.п. для анти- T_3 ($p < 0,001$). Выявлено достоверное увеличение содержания антител к T_3 и антител к T_4 при гипертиреозом по сравнению с гипотиреозом ($p < 0,05$). Количественное содержание антител к T_3 было ниже, чем содержание антител к T_4 ($p > 0,05$), что объясняется меньшим содержанием количества свободных форм T_3 в крови. В контрольной группе, состоявшей из здоровых лиц, антител к гормонам выявлено не было. Корреляционный анализ выявил слабые отрицательные связи между ТТГ и T_3 и T_4 ($r = -0,3$, $p = 0,17$; $r = -0,26$, $p = 0,23$). Была выявлена корреляция высокой степени между T_3 и T_4 ($r = 0,97$, $p = 0,0001$) и между антителами к T_3 и T_4 ($r = 0,55$, $p = 0,001$), в то время как у доноров существенных связей между T_3 и T_4 не отмечалось.

Выводы. Таким образом, антитела к тиреоидным гормонам- T_3 и T_4 , подчеркивают тесную взаимосвязь между иммунологическими сдвигами при аути-тиреоидных заболеваниях и функциональными нарушениями в системе гипоталамус-гипофиз-щитовидная железа и, следовательно, могут использоваться в диагностике аутоиммунного поражения щитовидной железы.

Литература:

1. Фадеев В.В. Справочник тиреолога / В.В. Фадеев // Тиронет - 2002. - № 6. – С.1-9.
2. Парамонова О.В. Клинико-диагностическое значение определения антител к тиреоидным гормонам у больных ревматоидным артритом в сочетании с поражением щитовидной железы при помощи магнитоуправляемых иммуносорбентов // автореф.канд. мед наук/- Волгоград, 2008 -32 с.

Ключевые слова: антитела, щитовидная железа, тиреоидные гормоны.

Key words: antibodies to thyroid hormones, autothyroid diseases, thyroid gland.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ УПРАВЛЯЕМОГО
ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАН РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА**

*ФГБУ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М.Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург, Россия,
Pleshkov-burn@yandex.ru*

Введение. Метод лечения отрицательным давлением является одним из важнейших технических изобретений для лечения ран [NPWT (Negative Pressure Wound Therapy)].

Цель: оценить эффективность применения NPWT у пациентов с ранами различного генеза.

Материалы и методы. С применением системы S042 NPWT VivanoTec (Германия) в нашей клинике проводилось лечение 13 (100 %) пациентов с ранами различного происхождения. Среди них 10 мужчин и 3 женщины. Средний возраст больных составил $58,3 \pm 14,7$ лет. По нозологическим формам больные распределились следующим образом: нагноение послеоперационных ран (в кардиохирургии, урологии, абдоминальной и пластической хирургии) – 38% случаев, диабетическая стопа – 15% случаев, пролежни (включая осложнения после операций по их устранению) – 32% случаев, последствия некомпенсированной ишемии нижней конечности (после реваскуляризирующей операции) – 15% случаев. У 77% пациентов имелись тяжёлые сопутствующие заболевания, значительно влияющие на течение раневого процесса: декомпенсированный сахарный диабет у 31%, облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей – 23%, последствия тяжёлой сочетанной травмы – 23%.

Применение NPWT происходило параллельно с использованием таких методик, как ультразвуковая обработка ран, и последовательно с традиционными перевязками по показаниям. Смена вакуум-ассистированной повязки осуществлялась от 2 до 20 раз ($6,2 \pm 5,4$) 1 раз в 2 – 5 суток. Использовались, как постоянный, так и прерывистый режимы с диапазоном создаваемого отрицательного давления от 20 до 130 мм рт. ст.

Результаты. Положительных результатов, таких как заживление ран, сохранение конечности или её сегмента, приживление трансплантата, удалось достигнуть в 69% случаев. В 23% случаев удалось значительно уменьшить размеры раны, что привело к улучшению общего состояния пациентов, однако лечение по различным причинам не было завершено. У 1 пациента применение NPWT было признано неэффективным и потребовало применения других методов лечения. Средний срок лечения составил $40 \pm 44,2$ суток. Средняя продолжительность применения NPWT за время госпитализации составила $19,3 \pm 16,9$ суток, т.е. составила в среднем $60,9 \pm 30,6\%$ от всего времени лечения.

Обсуждение. Благодаря применению NPWT удалось добиться положительных результатов в тех ситуациях, когда традиционные перевязочные средства не гарантируют успех. Иллюстрацией может служить пример пациента Ч., 64 лет, у которого после перенесённого острого тромбоза бедренно-подколенного артериального сегмента и последовавшей через 5 суток реваскуляризирующей операции сформировались распространённые некротические дефекты всех групп мышц голени и стопы. В ходе длительного лечения: выполнения 8 этапов некрэктомий, 2 этапов аутодермопластики, наложения вторичных швов на фоне применения NPWT (20 сеансов общей продолжительностью 62 суток), удалось сохранить нижнюю конечность и добиться хорошего функционального исхода. В других клинических случаях использование NPWT позволило сократить сроки лечения или уменьшить количество оперативных вмешательств. Особенно хотелось бы отметить такие положительные эффекты NPWT, как:

- предотвращение распространения раневой инфекции;
- сокращение сроков очищения ран;
- предотвращение высыхания и инфицирования обширных дефектов покровных тканей;
- быстрое сокращение глубины и площади ран, как за счёт контракции, так и за счёт стимуляции роста грануляций;
- стимуляция приживления свободных расщеплённых аутодермотрансплантатов, даже при серьёзных трофических расстройствах в области раневого ложа (сахарный диабет, атеросклероз).

Наиболее грозным осложнением NPWT, ответственным за все описанные в литературе смертельные случаи, является неконтролируемое кровотечение. В нашей практике осложнений применения систем отрицательного давления не отмечалось.

Выводы: NPWT является современным, высокоэффективным и безопасным методом лечения ран различного происхождения. Наилучшим образом его эффективность проявляется в комбинации с другими методами местного лечения, такими как применение интерактивных повязок или ультразвуковая кавитация ран. В ряде клинических случаев, по нашему мнению, применение системы NPWT было безальтернативным.

Ключевые слова: сложные раны, аппарат отрицательного давления.

Key words: complex wounds, apparatus, NPWT.

УДК 591.874/437

Т.И. Полякова

РЕПАРАТИВНАЯ РЕГЕНЕРАЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ ДИСБАЛАНСА ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫХ ГОРМОНОВ¹

*Санкт-Петербургский государственный политехнический университет,
Санкт-Петербург, sukhov.ivan@gmail.com*

Процессы формообразования в организме помимо генетической детерминированности требуют участия регулирующих и интегрирующих систем, среди которых ведущее место занимают нервная, эндокринная, иммунная (иммунологический надзор). Тесная взаимосвязь между ними вызывает необходимость углубленного изучения значимости каждой отдельной системы в обеспечении структурно-функциональной организации органов и тканей. В филогенетическом ряду регуляторные процессы усложняются, и эндокринная система становится одним из важных звеньев в работе интегративного аппарата организма. Среди эндокринных факторов, влияющих на формообразовательные процессы, значительная роль принадлежит гормонам стероидной группы – кортикостероидам. Они в ходе своего эволюционного развития разделились на глюко- и минералокортикоиды, каждый из которых выполняет свою функцию. Названная группа гормонов в целом ряде процессов регуляции как у низших, так и у высших животных является если не ведущей, то превалирующей. Глюкокорти-

¹Polyakova T.I.Reparative regeneration of the pancreas inbalance glucocorticoid hormones.

коиды являются важным звеном в реализации общего адаптационного синдрома – именно усиление секреции глюкокортикоидов реализует комплекс неспецифических защитных процессов, направленных на поддержание гомеостаза. Наиболее отчетливо эффекты недостатка или избытка глюкокортикоидов в организме проявляются в условиях стресса – при длительном голодании, развитии патологического процесса и других, что соответствует представлениям, впервые выдвинутым Г. Селье (1960), о важной роли глюкокортикоидных гормонов в адаптационном процессе. Глюкокортикоиды оказывают решающее влияние на все жизненно важные процессы. Однако функциональные взаимоотношения между корой надпочечников и поджелудочной железой до настоящего времени изучены недостаточно.

Данное исследование посвящено проблеме гормональной регуляции, а именно влиянию изменения баланса гормонов коры надпочечников (кортикостероидов) на структурно-функциональные свойства поджелудочной железы.

Интерес к структуре и функции панкреатических островков, и, прежде всего, к эндокринным В- и А-клеткам и их гормонам – инсулину и глюкагону обусловлен широким спектром их биологических эффектов, участием в большинстве ферментативных реакций углеводного, жирового и белкового обмена. Гормоны поджелудочной железы обеспечивают адаптацию метаболических процессов организма и поддержание гомеостаза в процессе пищеварения и в межпищеварительном периоде, при физической нагрузке и прочих физиологических состояниях, оказывая своё влияние в значительной мере через регуляцию уровня гликемии.

Активное использование кортикостероидных гормонов в клинике настоятельно требует изучения динамики структурно-функциональных изменений в поджелудочной железе при дисбалансе указанных гормонов для выявления закономерностей развития как необратимых, так и компенсаторных процессов. В качестве объектов для морфо-функционального анализа поджелудочной железы использовали представителей млекопитающих – белая крыса (*Rattus norvegicus*).

Поставлено две серии опытов: 1. Норма (интактная поджелудочная железа); 2. Адреналэктомия, контроль (ложная операция). В опытах использовали 90 половозрелых крыс – самцов, весом 200-270 грамм (сроки исследования: 3, 5, 7, 10, 13, 14, 15, 20, 21, 25, 30, 150 суток).

Необходимость исследования структурных изменений на клеточном и субклеточном уровнях при недостатке в организме кортикостероидов определило использование комплекса современных (авторадиографический, гистохимический, электронномикроскопический) и классических гистологических методов в сочетании с некоторыми биохимическими исследованиями (определение уровня глюкозы в крови, иммунореактивный инсулин – ИРИ).

По результатам исследования были сделаны следующие выводы. Изменение баланса глюкокортикоидов влияет на пролиферативную активность и процессы дифференцировки клеток регенерирующей поджелудочной железы: избыток глюкокортикоидов подавляет пролиферативную активность и ускоряет темп вторичной дифференцировки панкреатического эпителия.

Адреналэктомия, напротив, замедляет процессы вторичной дифференцировки в регенерирующей экзокринной части поджелудочной железы исследованных животных.

Ключевые слова: поджелудочная железа, глюкокортикоиды.

Key words: pancreas, glucocorticoids.

*А.М. Савинцев, О.М. Дегтярев,
Л.А. Матвеев, В.В. Багаева, М.И. Моисеева*

ПРИМЕНЕНИЕ АУТОЛОГИЧНЫХ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК В ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ¹

*СПбГБУЗ «Городская Покровская больница», Санкт-Петербург
ООО «Покровский банк стволовых клеток», Санкт-Петербург*

Цель исследования.

Оценить эффективность применения клеточных технологий (аутологичных мезенхимальных стволовых клеток, далее - МСК) в качестве дополнительной процедуры (регенеративной терапии) к хирургическому лечению больных с повреждениями ахиллова сухожилия.

Материал и методы. Под нашим наблюдением и лечением за период с 2008 года по настоящее время находилось 72 больных со свежим закрытым повреждени-

¹ Savintsev AM, Degtyarev OM, Matveev, LA, Bagaeva VV, Moiseeva M.I. The use of autologous mesenchymal stem cells in the treatment of lesions of the Achilles tendon.

ем ахиллова сухожилия. Основной причиной травмы можно выделить перенапряжение мышц голени (75%). Дополнительная регенеративная терапия проводилась у семи больных. Сроки введения клеточного материала от 2 до 3 недель после травмы.

Результаты и обсуждение. Нами были предприняты попытки оптимизации процессов регенерации при закрытых повреждениях ахиллова сухожилия посредством применения клеточных технологий (МСК). Во всех случаях были получены положительные результаты, заключающиеся в гарантированном сращении сухожилий в минимальные для данного повреждения сроки, что, по нашему мнению, обусловлено местным оптимизирующим воздействием введенного клеточного материала. Процесс регенерации сухожилия оценивали в динамике при помощи аппарата УЗИ через 2, 4, 6 недель после введения МСК.

Выводы. Первые результаты клинического применения клеточных технологий свидетельствуют о том, что при трансплантации МСК в место повреждения (разрыва) сухожилия они обладают выраженным оптимизирующим действием на регенерацию ткани сухожилия, и метод может быть использован в клинической практике в качестве дополнительной процедуры к хирургическому лечению больных с повреждениями ахиллова сухожилия, что позволяет повысить эффективность основного способа лечения и сократить сроки реабилитации больных после травмы.

Ключевые слова: мезенхимальные стволовые клетки, ахиллово сухожилие, оперативное лечение.

УДК 616.001

А.М. Савинцев, А.В. Малько, В.В. Багаева

**ПРИМЕНЕНИЕ АУТОЛОГИЧНЫХ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ
КЛЕТОК ЖИРОВОЙ ТКАНИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ
ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ**

СПБГБУЗ «Городская Покровская больница», ООО «Покровский банк стволовых клеток», Санкт-Петербург, andreimalko@gmail.com

Цель. Оптимизация процессов репаративной регенерации при переломах проксимального отдела бедренной кости (тип 31-A2) путем введения мезенхималь-

ных стволовых клеток жировой ткани в зону перелома в сочетании с интрамедуллярным остеосинтезом.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось трое больных с переломами проксимального отдела бедренной кости. Все больные женского пола, средний возраст пациентов составил 85 лет. Показанием к применению аутологичных мезенхимальных стволовых клеток явилось усиление процессов репаративной регенерации в зоне перелома.

Результаты и обсуждение. Пациентам выполнялся интрамедуллярный малоинвазивный остеосинтез бедренной кости конструкциями PFN и PFN-A по стандартной методике. Во время операции производился забор жировой ткани пациента из имеющихся разрезов в количестве 1-2 кубических сантиметров. Жировая ткань использовалась для культивирования мезенхимальных стволовых клеток. В послеоперационном периоде проводилась ранняя активизация пациентов, разрешалась ходьба с опорой на прооперированную конечность. Через 14 суток после операции в зону перелома инъекционно вводилось 10 млн культивированных стволовых клеток жировой ткани, как в сочетании с введением аллогенной обогащенной тромбоцитами плазмы, так и без нее. У всех пациентов на 10 неделе после операции отмечены рентгенологические признаки полной консолидации перелома, хорошая функция конечности.

Выводы. Введение в зону перелома проксимального отдела бедренной кости аутологичных мезенхимальных стволовых клеток жировой ткани в сочетании с интрамедуллярным остеосинтезом способствует стимуляции процессов репаративной регенерации в зоне повреждения, что приводит к укорочению сроков консолидации перелома и улучшению результатов лечения.

Ключевые слова: клеточные технологии, перелом проксимального отдела бедренной кости, оперативное лечение.

*А.А. Семенов, Р.А. Черников, С.Л. Воробьев,
А.Г. Куляш, А.А. Успенская, Н.И. Тимофеева,
К.Ю. Новокионов, И.К. Чинчук, Ю.В. Карелина,
В.А. Макарьин, Е.А. Федоров, И.В. Слепцов,
Ю.Н. Федотов, А.Н. Бубнов*

ТОНКОИГОЛЬНАЯ АСПИРАЦИОННАЯ БИОПСИЯ ПРИ УЗЛОВОМ ЗОБЕ¹

¹*СПКК ФГБУ Национальный медико-хирургический центр им Н.И. Пирогова
Минздрава РФ; ²Санкт-Петербургский государственный университет;
³Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова МЗ РФ*

Учитывая рост доли населения с узлами в щитовидной железе, а также числа пациентов со злокачественными опухолями железы, проблема стандартизации лечебно-диагностических мероприятий при узловой трансформации органа является одной из наиболее обсуждаемых медицинским сообществом.

Объект и методы исследования. Изучение результатов ТАБ проводили на сплошной выборке из 39762 пациентов, обратившихся в НМХЦ в период 2010–2012 гг. ТАБ выполняли в процедурном кабинете под УЗИ контролем (аппараты Profocus 2202 и Minifocus 1402 фирмы «BK-Medical» (Нидерланды), линейным датчиком 38 мм, работающим с частотой 12 МГц), для пункции использовали одноразовые иглы 21G, длиной 3,5–4 см. Каждый узел пунктировали из двух точек. Полученные стеклопрепараты фиксировали естественным высушиванием с последующим окрашиванием по Майн-Грюнвальду-Гимзе. Цитологические исследования проводили методом световой микроскопии в лаборатории морфологических исследований НМХЦ.

Результаты и обсуждение. Сравнительное изучение результатов ТАБ узлов размером до 20 мм (58,1%) и более 20 мм (41,9%) показало, что злокачественные опухоли выявлялись чаще у пациентов первой группы — 2,9% и у 1,9% больных из второй. Папиллярная карцинома щитовидной железы чаще встречается в гипоэхогенных узлах (4,4%), но при этом карциномы выявлялись у пациентов и в гиперэхогенных узлах (2,2%), и в изоэхогенных (2,0%). Частота выявления папиллярного рака в узлах с микрокальцинатами составила 18,7%. Зло-

¹ Role of FNAB in thyroid nodes.

качественные опухоли встречаются и в узлах с кистозной дегенерацией (1,1%), хотя значительно реже, чем в общей группе (3,0%). Обычно пункция узлов менее 10 мм выполняется при наличии подозрительных сонографических признаков — неровный контур узла, гипоэхогенность, микрокальцинаты. За период 2010–2012 гг. подобные пункции были выполнены в 1522 случаях из 49419. В 7,1% случаев у пациентов с узлами меньше 10 мм была обнаружена злокачественная опухоль, что в два раза чаще, чем в случаях наличия узлов больших размеров. Это диктует необходимость выполнения пункций узлов меньше 10 мм всем пациентам при наличии соответствующих сонографических признаков.

Заключение. Тонкоигольная аспирационная биопсия узлов щитовидной железы должна выполняться всем пациентам с узлами от 10 мм, и всем пациентам с меньшими узлами, имеющими несколько прогностически неблагоприятных признаков. При выборе узлов для пункции при многоузловом зобе следует руководствоваться не только размером узла, но и его характеристиками.

Ключевые слова: пункционная биопсия, узлы щитовидной железы, папиллярная карцинома щитовидной железы.

Keywords: FNAB, thyroid nodes, papillary thyroid cancer.

УДК 616

А.В. Серезженков, А.И. Горелов

ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ¹

*Санкт-Петербургский Государственный Университет,
Медицинский факультет, Sanyarad@ya.ru*

В публикациях как отечественных, так и зарубежных исследователей единодушно отмечен продолжающийся рост числа инфекций мочевых путей (ИМП), в том числе пиелонефрита (П), который выявляется у 15% лиц молодого возраста [2]. Отмечается рост доли П в структуре основных причин хронической

¹Serezhenkov A.V., Gorelov A.I. Cytokines of the blood of patients with the chronic pyelonephritis.

почечной недостаточности (ХПН) в России [3]. Стандартные методы исследования не всегда позволяют оценить выраженность воспалительного процесса. В таких случаях целесообразно использовать более чувствительные методики. Даже при отсутствии изменений стандартных клинико-лабораторных показателей, свидетельствующих о воспалительном процессе в мочевыводящих путях, отмечаются сдвиги чувствительных маркеров воспаления: цитокинов [4]. Повышение продукции интерлейкина-8 (ИЛ-8) в моче больных хроническим пиелонефритом (ХП) является показателем активности процессов фиброгенеза. Высокие концентрации ИЛ-8 в моче больных с первичным ХП свидетельствуют о латентном хроническом воспалении и угрозе нефросклероза [1]. Высокие уровни ИЛ-8 в фазу ремиссии свидетельствуют о наличии скрытого воспаления в почке, не выявляемого с помощью традиционных методов диагностики. Нарастание уровня ИЛ-8 с увеличением продолжительности ХП доказывает прогрессирование нефросклероза [1].

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 110 женщин от 18 до 87 с диагнозом ХП. Пациентки были распределены на 3 группы в зависимости от фазы воспаления. В 1-ую группу включены 62 пациентки с ХП в активной фазе воспаления. Во 2-ую группу включена 31 пациентка с ХП в фазу ремиссии, которые за текущий год имели 2 эпизода обострения. В третью группу включены 17 пациенток с ХП в фазе стойкой ремиссии, не имевших обострения более 5 лет. Всем больным проведено полное урологическое обследование с определением цитокинов в крови: интерлейкин-1 (ИЛ-1), ИЛ-8, интерлейкин-6 (ИЛ-6), антагонист рецептора ИЛ-1 (ИЛ-1ра). Иммунологическое исследование крови было выполнено всем пациенткам методом проточной цитометрии.

Результаты. Результаты проведенного исследования представлены в таблице. Активная фаза ХП характеризовалась повышением уровня провоспалительных цитокинов. Наиболее статистически значимым показателем в нашем исследовании можно считать ИЛ-8, ИЛ-6. Содержание ИЛ-1 и ИЛ-1ра в трех группах достоверно не отличалось (таблица). Содержание ИЛ-8 в 1-ой группе достоверно отличается от содержания в 3-й группе ($p=0,00001$) и не отличается от 2-ой группы. Для пациентов 2 и 3 группы по ИЛ-8, был определен показатель Юджина, пороговым разделяющим пациентов значением, является 197,5 пг/мл. При статистической обработке использовался метод построения ROC-кривой. Перегиб кривой показателя ИЛ-8 находится почти в левом верхнем углу графика и площадь под кривой 0,945, что позволяет его использовать, как показатель

с максимальной чувствительностью и специфичностью.

Таблица

Показатель	Группа			p ₂₋₃ *	p ₁₋₂ *	p ₁₋₃ *
	1	2	3			
ИЛ 6 крови	98+124	36+85	12+27	0,16	0,0059	0,00001
ИЛ1 крови	30+48	16+43	4+6	0,13	0,16	0,0001
ИЛ8 крови	542+461	490+382	134+75	0,00001	0,56	0,00001
ИЛ-1РА крови	1262+2105	1134+1458	1816+3502	0,45	0,73	0,54

Выводы.

1. Определение уровня ИЛ-8 в сыворотке крови у пациентов с ХП в фазе ремиссии, позволяет выявлять скрытое течение воспаления и тем самым прогнозировать развитие нефросклероза.
2. Пациенты с ХП в фазе ремиссии, которые в течении года перенесли 2 обострения имеют повышение уровня ИЛ-8 в крови сопоставимые с пациентами в активной фазе воспаления.
3. Метод построения ROC-кривой позволяет использовать ИЛ-8, как показатель с максимальной чувствительностью и специфичностью при ХП.

Литература:

1. Меркоданова Ю.А., Утц И.А. Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т.7. №4 С. 901-904.
2. Глазун Л. О., Полухина Е. В. Ультразвуковое исследование сосудов почек: уч.-метод. пособие. Хабаровск, 2003. 58 с.
3. Бикбов Б. Т., Томилина Н.А. О состоянии заместительной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в РФ в 1998-2003 гг. // Нефрол. и диализ. — 2005. — Т.7, № 3. — С.204-276.
4. Глыбочко П.В., Морозов Д.А., и др. Цитокиновый профиль крови и мочи у детей с обструктивными уропатиями // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2010. №2. С 52-57.

Ключевые слова: пиелонефрит, проточная цитометрия, ИЛ-8, хронический пиелонефрит, цитокины.

Key words: pyelonephritis, flow cytometry, IL-8, chronic pyelonephritis, cytokines.

**НОВЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЬНЫХ С АНЕВРИЗМОЙ ВОСХОДЯЩЕЙ АОРТЫ**

*Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия, ibram1578@mail.ru*

Введение. Появляющиеся публикации о новых вариантах техники хирургической реконструкции корня и восходящей части аорты, свидетельствуют об отсутствии удовлетворения кардиохирургов классическими вариантами операции Бенталла - Де Боно [1, 2].

По данным большинства сосудистых центров летальность при плановой хирургии аневризм восходящей аорты составляет 1,8–6% [3]. В общей структуре осложнений кардиальные причины занимают от 2,5 до 13%, в структуре причин смертности – от 2 до 15%. Основной причиной летальных исходов и послеоперационных осложнений является сердечная недостаточность. Продолжительность жизни при естественном течении аневризм восходящей аорты с момента установления диагноза составляет в среднем 2,4 года; в течение 5 лет выживают менее 20% больных [4].

Цель публикации: оценить непосредственные и отдаленные результаты применения технических модификаций хирургического лечения больных с аневризмой восходящей аорты

Материал и методы: В период с 2008 по 2011 год выполнено 38 операций у больных в возрасте от 25 до 78 лет на корне и восходящей части аорты в различных модификациях. Из них мужчин было 28 (73,7%), женщин 10 (26,3%). Все пациенты имели аневризму восходящей аорты со средним диаметром 7,0 см (4,5 -9,5см).

13 (34,2%) пациентов перенесли операцию по типу Florida Sleeve – имплантация корня аорты в сосудистый протез, при этом:

- 8 (61,5%) больным была выполнена операция с сохранением аортального клапана (из них одна в сочетании с протезированием митрального клапана и пластикой трикуспидального клапана, две в сочетании с АКШ и две в сочетании с протезированием дуги аорты),

- 5 (38,5%) подобных операций выполнены с протезированием аортального

клапана.

- 16 (42,1%) пациентам выполнена операция типичного Bentall-De Vono в модификации с воротничком – окутывание корня аорты остатками аневризматического мешка в виде воротника (из них три операции в сочетании с пластикой митрального клапана и три по поводу острого расслоения аорты в сочетании с протезированием дуги аорты).

- 9 (23,7%) больных перенесли операцию пластики и бандажирования восходящей аорты цельным сосудистым протезом (из них 5 в сочетании с протезированием аортального клапана и четыре в сочетании с АКШ).

Все операции выполнялись с помощью фармакоологической кровяной кардиоплегии и в условиях умеренной гипотермии.

Результаты: Летальных исходов в данной группе больных не было. Среднее время пережатия аорты в группах операций Bentall-De Vono в модификации с воротничком и Florida Sleeve составило $96,4 \pm 25$ мин, в группе операций пластики и бандажирования аорты – $59,6 \pm 15$ мин ($p < 0,01$). Среднее время искусственного кровообращения составило $134,3 \pm 25$ мин в группах Bentall-De Vono в модификации с воротничком и Florida Sleeve, а в группе пластики и бандажирования – 102 ± 20 мин ($p < 0,01$). Средняя кровопотеря и койко-день составили 415 ± 95 мл и $21 \pm 0,7$ дня в первых двух группах и 215 ± 60 мл ($p < 0,001$) и $16 \pm 1,5$ дня ($p < 0,01$) в группе пластики и бандажирования. Ни в одном случае не понадобилось повторное вмешательство для остановки кровотечения, не требовалось переливания продуктов крови. Все больные были экстубированы в течение 6-8 часов. В ближайшем послеоперационном периоде наблюдались осложнения: в группе операций Bentall-De Vono в модификации с воротничком у 3 (18,8%) больных: острая сердечная недостаточность - 2 (12,5%), нарушение мозгового кровообращения – 1 (6,3%). В группе операций Florida Sleeve осложнения были у 2 (15,4%) больных: острая сердечная недостаточность - 1 (7,7%), нарушение ритма – 1 (7,7%). Рецидива аневризмы или дисфункции клапанных протезов при наблюдении до 2-х лет не отмечалось.

Выводы: Положительный опыт применения предложенных модификаций хирургической техники реконструкции корня и восходящей части аорты позволяет рекомендовать их для более широкого применения в кардиохирургической практике.

Литература.

1. Cebi N., Frömke J., Walterbusch G. Safe hemostasis by application of a new

strict graft inclusion technique for replacement of the aortic root // Ann. Thorac. Surg. 2003. Vol. 76. P. 631–632.

2. Hess P.J. Jr., Harman P.K., Klodell C.T. et al. Early outcomes using the Florida sleeve repair for correction of aortic insufficiency due to root aneurysms // Ann. Thorac. Surg. 2009. Vol. 87. P. 1161–1169.

3. Белов Ю.В., Степаненко А.Б., Генс А.П. и др. Хирургические технологии в лечении аневризм грудного и торакоабдоминального отделов аорты // Хирургия. 2003. №2. С. 22–27.

4. Ogus N.T., Cicek S., Isik O. Selective management of high risk patients with ascending aortic dilatation during aortic valve replacement // J. Cardiovasc. Surg. 2002. Vol. 43. P. 609–615.

Ключевые слова: аневризма, аорта, протезирование.

Keywords: aneurysm, the aorta, prosthetic.

УДК 618.19-006.6-036.22 (043.2)

*В. Э. Федоров, Б.С. Харитонов,
М. Ю. Чебуркаева*

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Саратовский государственный медицинский университет, кафедра факультетской хирургии и онкологии, Саратов, v.e.fedorov@yandex.ru

Введение. В структуре онкологической заболеваемости у женщин рак молочной железы уже давно занимает лидирующую позицию [1, 2]. В 2008 году в мире было диагностировано более 1,38 млн. новых случаев заболевания раком молочной железы. С каждым годом отмечается рост данной патологии на 1-2% и за 20 лет он составил 40% [3, 4].

По данным Д.Д. Пак и соавт. (2010), в России самая высокая заболеваемость данной патологией была отмечена в Москве, Московской области, г. Санкт-Петербурге, Краснодарском крае, Ростовской области, Свердловской, Челябинской областях, а самая минимальная – в Чукотском АО, Республиках Тыва, Алтай, Ингушетия, Калмыкия, Еврейской АО. Самая высокая заболевае-

мость за рубежом выявлена в США и Западной Европе – 25-30% от всех новых случаев рака молочной железы у женщин [5].

Материал и методы. В клинике факультетской хирургии и онкологии Саратовского государственного медицинского университета обследовано и прооперировано 204 пациентки с диагнозом «рак молочной железы».

У большинства (73% больных) диагноз был поставлен при профилактическом осмотре или диспансерном наблюдении. При распределении больных по возрасту выявлено, что поступивших младше 40 лет было 16 (7,8%), а старше 70 лет – 31 (15,2%). Большинство составили пациентки от 50 до 70 лет – 113 (55,4%) больных.

139 (68%) больных страдали сопутствующими заболеваниями, такими, как атеросклероз, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, ожирение.

Все поступившие больные были оперированы. Тактика хирургического лечения соответствовала стандартам и подразумевала мастэктомию с лимфодиссекцией по методике Маддена при 1, 2, 3, 4 стадиях рака молочной железы с интраоперационными цитологическими исследованиями и биопсией с гистологическим исследованием.

При размерах опухоли менее 20 мм, расположенных на периферии, оперативное лечение начинали с биопсии. При отсутствии признаков распространенности онкологического процесса у 63 (33,3%) больных выполняли органосохраняющую операцию – квадрантэктомию.

Заключение. Полученные данные позволяют создать стандартизированную модель больной раком молочной железы. Это работающая женщина старше 60 лет, как правило, имеющая заболевания сердечно-сосудистой системы и наблюдающаяся по месту работы. Эти данные следует учитывать при формировании скрининговых программ по диагностике рака молочной железы.

Литература:

1. Анисименко М.С., Митрофанов Д.В., Максимов В.Н., Воевода М.И., Ромашенко А.Г., Коваленко С.П. Распространенность наследственных мутаций, формирующих предрасположенность к развитию рака молочной железы в России // Сибирский онкологический журнал. – 2011. – Приложение № 1. – С. 12-13.

2. Поздеев Н.А., Жевлакова И.А., Гетманенко В.Л. Заболеваемость, запущенность, смертность при раке молочной железы на Южно-Уральской железной

дороге // Материалы научно-практической конференции: «Новые технологии в диагностике и лечении рака молочной железы». – Москва, 2010. – С. 5-6.

3. Чеснокова Н.П., Барсуков В.Ю., Плохов В.Н. Факторы риска развития рака молочной железы // Фундаментальные исследования. – 2008. - № 1. – С. 30-36.

4. Чеснокова Н.П., Барсуков В.Ю., Злобнова О.А. Рак молочной железы: проблемы патогенеза // Фундаментальные исследования. – 2012. - № 4 (часть 1). – С. 146-151.

5. Пак Д.Д., Александрова Л.М., Мамонтов А.С., Ермощенко М.В., Борисева Н.В. Стандартизация оказания медицинской помощи больным раком молочной железы / Матер. науч.-практ. конф. «Новые технологии в диагностике и лечении рака молочной железы». – Москва, 2010. – С. 8-11.

Ключевые слова: заболеваемость, хирургическое лечение, рак молочной железы.

Key words: sickness rate, surgical treatment, cancer of mammae.

*K. J. van Zwieten^a, A. Hotterbeekx^a, E. Pouydebat^b,
K. P. Schmidt^a, P. Helder^c, P. L. Lippens^a*

**SOME FUNCTIONAL-ANATOMICAL CHARACTERISTICS OF FINGER
MOVEMENTS IN THE HANDS OF HUMAN AND OTHER PRIMATES**

a) Functional Morphology, Department of Anatomy, University of Hasselt, Diepenbeek, Belgium, koosjaap.vanzwieten@uhasselt.be; b) UMR 7179, CNRS / Muséum National d'Histoire Naturelle, Département Ecologie et Gestion de la Biodiversité, Paris, France, c) HandShoe Mouse, Hippius NV, Rotterdam, The Netherlands

Introduction

“The extensor tendons, which enter the extensor assembly - or dorsal aponeurosis - of the finger follow complex patterns, dividing and contributing to different degrees to the formation of three strips of tendon fibres. These strips are the well-defined two lateral bands and one medial band which ultimately run through this dorsal aponeurosis (Figure 1). In the hands of primates and even in the human hand, the dorsal aponeuroses are also characterized by complex, but still recognisable and therefore characteristic exchanges of their tendinous fibres, the exact arrangement being dependent upon specific functional demands of the hands of each primate species (van Zwieten, 1980)” [1] (original quote, slightly modified by the present authors). In human and in Old World Monkeys, spiraling tendon fibre bundles from intrinsic (viz. interosseus and lumbrical) hand- and finger muscles appear to have a variable pitch [2, 3]. Fanning out more distally, those fibres' trajectories that display high-angle helices, constitute the transverse fibres of the extensor hood. Fibres with medium-angle helices, however, form the lateral-to-central intercrossing fibres. Those with low-angle helices eventually intertwine with central-to-lateral tendon fibres [4] diverging from the extensor digitorum tendon, to merge into the lateral bundles or bands.

At the level of the proximal interphalangeal joint, the disposition in the extended human finger is as follows. The medial or central band (or bundle) of the extensor assembly - or dorsal aponeurosis - lies on the dorsum of the first or proximal phalanx's

caput (or head, also known as ‘trochlea of the first phalanx’) while its lateral bundles or bands lie practically dorsally on top of the proper collateral ligaments of the proximal interphalangeal joint [5, 6, 7] (Figure 3).

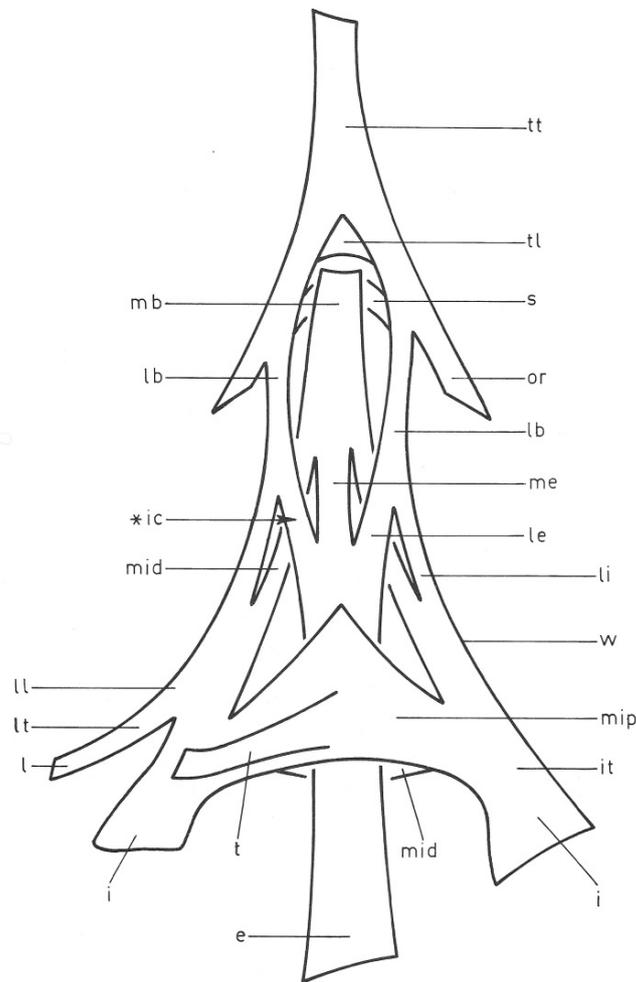


Figure 1

Schematic representation of the extensor assembly of the human finger, isolated from a whole finger anatomical specimen. Palmar view. The complex *in situ* lies draped over the proximal-, middle- and distal phalanges of the finger, bridging the metacarpophalangeal joint and the proximal- and distal interphalangeal joint.

e = long extensor tendon ; i = interosseus muscle ; *ic= intercrossing fibres ; it = interosseus tendon ; l = lumbrical muscle ; lb = lateral bundle ; le = lateral part of long extensor tendon ; li = lateral interosseus fibres ; ll = lateral lumbrical fibres ; lt = lumbrical tendon ; mb = medial bundle (inserts on base of middle phalanx); me = medial part of long extensor tendon; mid = medial interosseus fibres, dorsal layer ;

mip = medial interosseus fibres, palmar layer ; or = oblique retinacular ligament ; s = spiral fibres ; t = transverse lamina ; tl = triangular lamina ; tt = terminal tendon (inserts on base of last phalanx) ; w = wing tendon.

4-bar linkage system of PIP joint

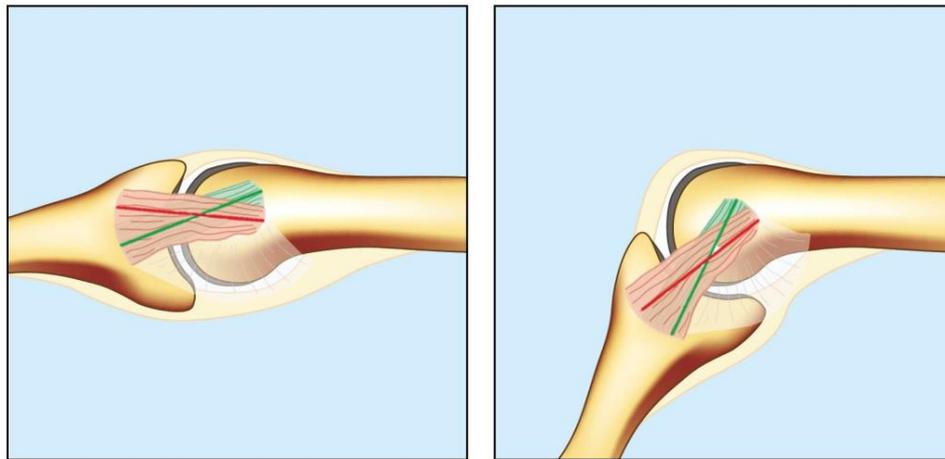


Figure 2

Proximal interphalangeal (PIP) joint of the finger with proper collateral ligament

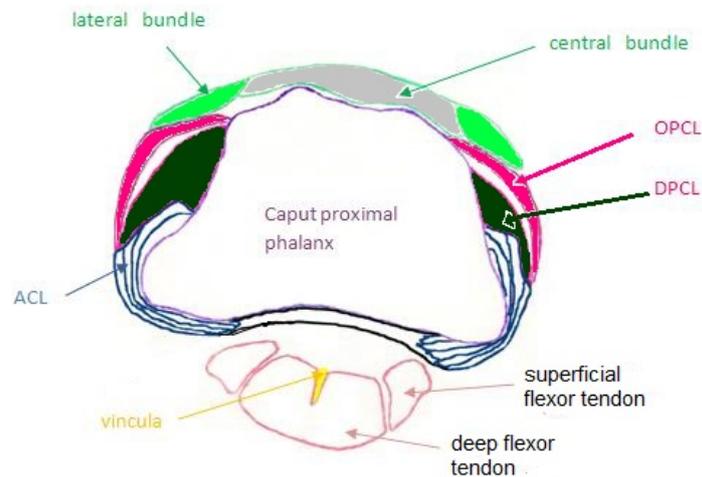


Figure 3

Axial MRI **extended** finger at PIP level : ligaments and tendon bundles (outline)

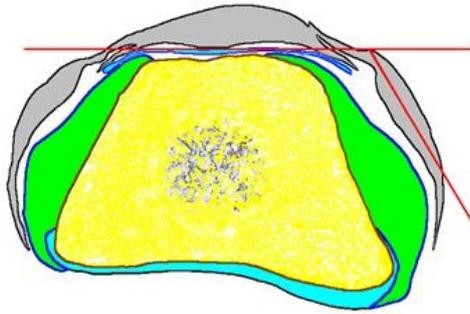


Figure 4

Axial section **flexed** PIP-joint with collateral ligaments and tendon fibre bundles (outline). Collateral ligaments acquire palmar positions, causing lateral bundles' sagittal positions (slant red line); central bundle stays dorsal (horizontal red line)

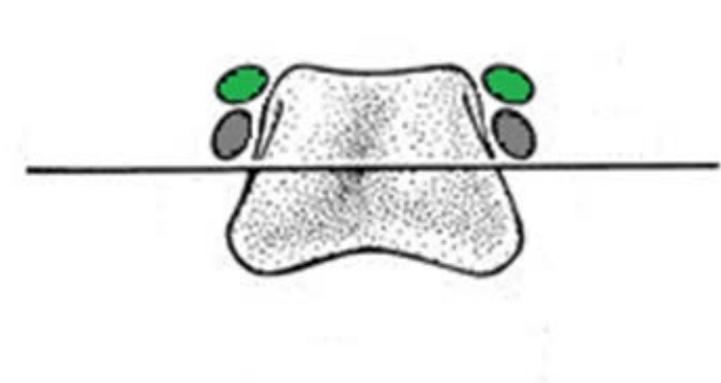


Figure 5

Outline caput (trochlea) proximal phalanx, indicating lateral bundles' position in PIP-**extension** (top), and PIP-**flexion** (down), relative to flexion-axis (after [9]).

Identifying and stating the problem

“Both active and passive flexion of the proximal interphalangeal joint require a shift of the middle (or medial) band of the extensor assembly. As the entire assembly is pulled distally, the lateral bands shift over the same length. Compared with their more or less horizontal positions (i.e., in a frontal plane) in proximal interphalangeal extension, during proximal interphalangeal flexion the lateral bands “topple over” towards more or less vertical positions (i.e., in sagittal planes) (Figure 4). In proximal interphalangeal flexion namely, the tautened proper collateral ligaments of the joint, which kinetically behave as a crossed four-bar-system [8] (Figure 2) gradually acquire more palmar positions whereby the support that they offer to the lateral bundles, dis-

appears. In proximal interphalangeal flexion, therefore, the lateral bands run closer to the instantaneous center of rotation of the joint (Figure 5) [9]. These bands have a certain length to spare, producing a release of the third phalanx [10]. This phenomenon is well-known *in vivo* as “phalange distaleflottante” or “floating distal phalanx” [11]. This mechanism ensures the coupling of flexion and extension of the middle and distal phalanges. The mechanism is based on two major structural arrangements: first, by the well-defined bands in the extensor assembly, and secondly, by the shape of the trochlea of the proximal phalanx, explaining why these bands bridge the joint in different positions. The degree of phalangeal release depends on the differences in the dorso-palmar positions of the respective bands. When, however, the lateral bands have the same dorso-palmar position throughout proximal interphalangeal flexion, the possibility of release of the distal phalanx decreases to zero” [12] (original quote, slightly modified by the present authors), i.e., results in distal interphalangeal extension.

Summarizing these descriptions above, the following now can be stated.

In human and non-human primates, at the level of the proximal interphalangeal joint of the finger, the arrangement of tendinous bands in the extensor assembly as well as the shape of the trochlea of the proximal phalanx determine the rate of release of the third phalanx as seen in e.g., ordinary opening and closing of the hand. In view of the importance of skilled forelimb movements and hand- and finger joint coordination, in prehensile kinematics of human and other primates [13], we analyse the various morphological characteristics of these structures to some detail, viz. in human, non-human primates, and in a primate ‘predecessor’.

Research questions and set-up

First, we wish to obtain a survey of the homogeneity of the extensor assembly at the level of the proximal interphalangeal joint of the finger in various primate species. This homogeneity was therefore visually scored by us from 1 - 3, in degrees of bundle formation, and rated as follows. (1) : Little or no separate bundles in the compact extensor assembly; (2) : separate medial and lateral parts within an otherwise compact tendinous dorsal aponeurosis; (3) : one distinct medial bundle and two distinct lateral bundles in the extensor assembly.

Secondly, we wish to express quantitatively the rectangularity of the trochlea of the first phalanx in a transverse section (or as observed from a distal view) by dividing the dorsal width of the first phalanx's head by its palmar width times 100. "This ratio is proportional to the shape of the trochlea. The closer the number is from 100, the more square or rectangular is the trochlea" [14].

Material and methods

Low-power photomicrographs of transverse sections at proximal interphalangeal joint level of extended fingers in respectively *Macaca* (Old World Monkey), *Saimiri* and *Callithrix* (New World Monkeys) (Figure 6) and *Galago* (Prosimian) as found in the current specific literature [2] served as main sources of information. The images of these transverse sections - all acquired by standard histology procedures - lend themselves quite well to score each extensor assembly's homogeneity and to measure the dorsal and palmar widths of the first phalanx's trochlea, in order to calculate the ratio described above.

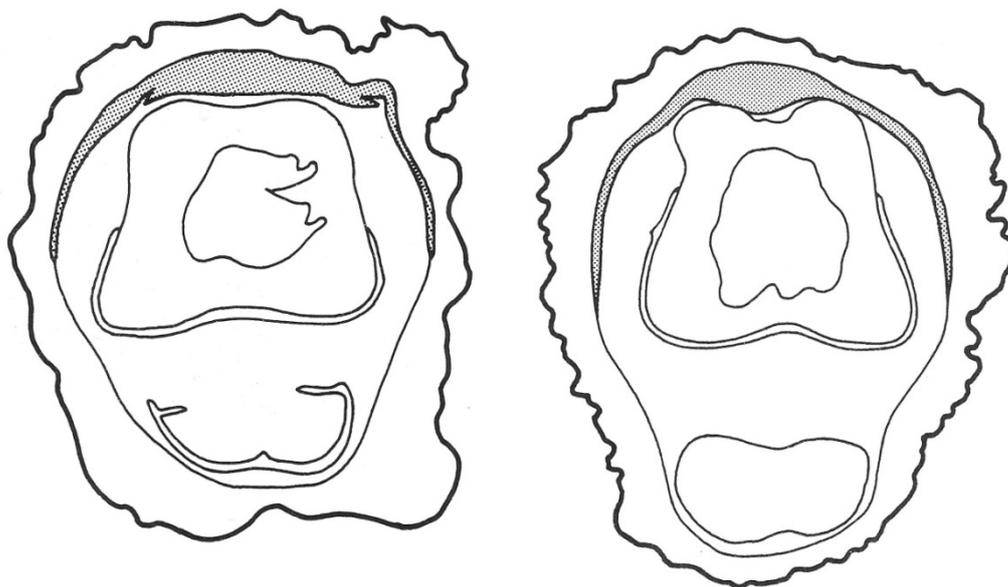


Figure 6

Transverse sections (outlines) of PIP-joint in *Saimiri*(left) and *Callithrix*(right) at the level of the caput (trochlea) of the proximal phalanx, showing trochlea's shape, as well as the homogeneity of extensor assembly (gray) in these species.

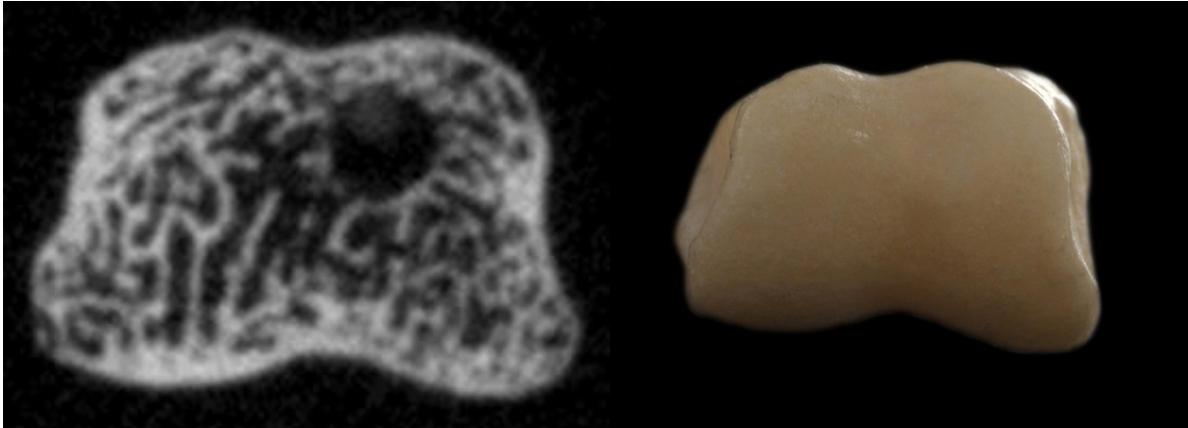


Figure 7 (left)
Axial HR-CT of the caput (trochlea)
of the proximal phalanx in human.

Figure 8 (right)
Photomicrograph of same trochlea,
perfectly fitting with imaging in Figure 7.

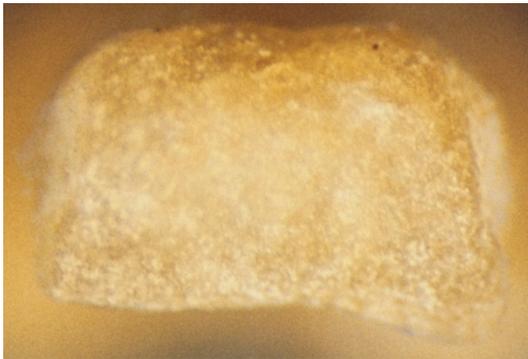


Figure 9
Similar photomicrograph of trochlea
in opossum (*Didelphismarsupialis*)

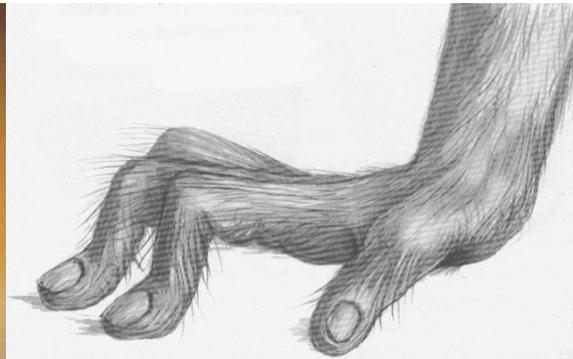


Figure 10
Adhesive grip of hand, seen in various
New World monkeys, and prosimians

These measurements were performed as follows. On each photomicrograph showing the proximal interphalangeal joint at transverse section, dorsal and palmar outer lines were drawn tangent to both condyles of the head (i.e., the trochlea) of the first phalanx. Thus, distances between the points of contact of both condyles with either tangent line were defined as dorsal respectively palmar widths. We also applied these methods to archived axial HR-CT images (Figure 7) of human finger osteology at the first phalanx's trochlea level (Figure 8), as well as to an outline-sketch of axial HR-

MRI of an extended human finger whole anatomical specimen at this level (Figure 3). Finally, this measuring method was applied to a photomacrograph of the osteology of the first phalanx's trochlea of the finger in *Didelphismarsupialis* (the opossum, a marsupial) as seen from distally (Figure 9), which may serve as the representation of a "primate predecessor" - finger. Meanwhile, the homogeneity of the extensor assembly in the finger of *Didelphis* has already been described *in extenso* and also analysed in minute detail [12, 14, 15].

Table I gives the Separate Bundle Formations in the extensor assemblies scored

Species :	<i>Man</i>	<i>Macaca</i>	<i>Saimiri</i>	<i>Callithrix</i>	<i>Galago</i>	<i>Didelphis</i>
Extensor Assembly's Rate of Separate Bundle Formation :	3	3	2	1	1	1

Table I

Separate tendon bundle formation (*fasciculation & individualization* [15]) in various species' extensor assemblies, viz. 3 : separate bundles - 1 : homogeneity.

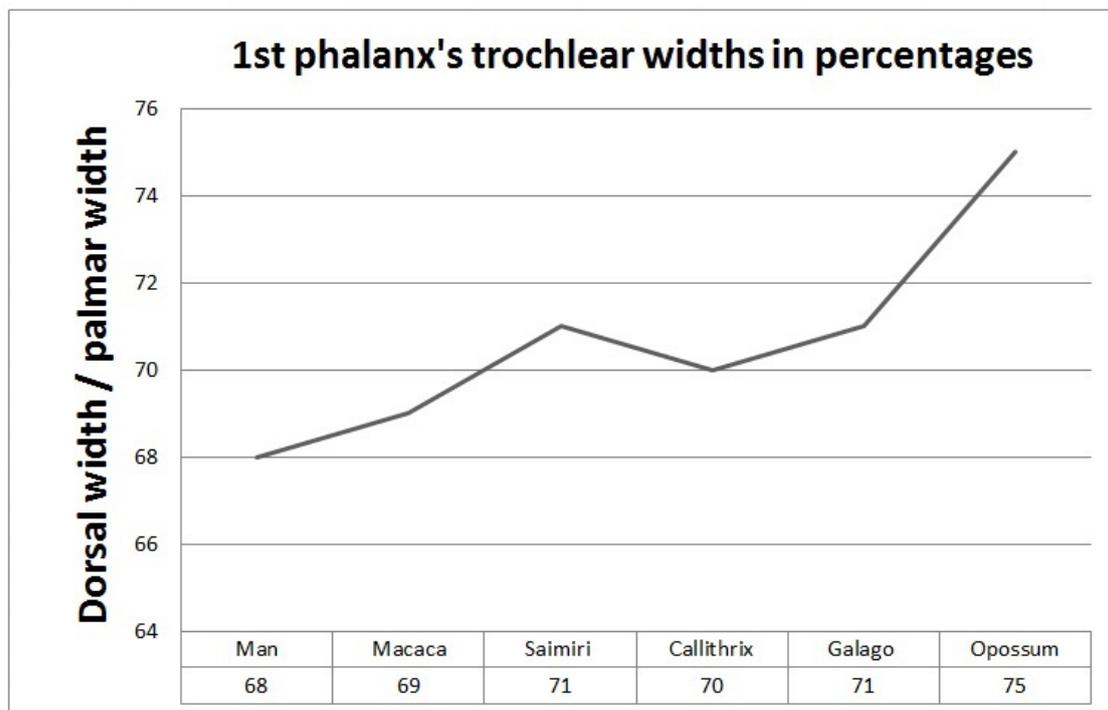


Figure 11

Rectangularity of trochlea of first phalanx of finger in various species (see text). In human and Old World monkeys, the trochlea is trapezoidal. In New World monkeys, Prosimian and Opossum, the trochlea is increasingly rectangular.

Discussion

Our data corroborate most of the previously published conclusions [2, 12, 15].

In the extensor assembly of the finger, intercrossing of the various fanning-out tendon fibres appears to be a prerequisite *par excellence* for well-defined tendon-bundle formation (also known as “tendon fasciculation and individualization” [15]). Initially, “in opossum, at the dawn of mammalian eruption, the hand emerged with a [less] complex structure of the extensor assembly” [15]. On the other hand, a predominant parallelism of tendon fibres in the extensor assembly results in more homogeneity [1, 2]. Especially small-sized mammalian species (therefore : with short gestation periods) appear to display such homogeneities. The fanning out of tendon fibres in the extensor assembly increases as *contrahentes digitorum* muscles of the hand become more and more incorporated within the interosseus muscles [16, 17]. As mammals with quite long gestation periods lack *mm. contrahentes digitorum* [18], it is challenging to consider some relation between tendon fasciculation and individualization in the extensor assemblies, and developmental processes, in human and other primates.

Conclusions

Coupling of proximal interphalangeal flexion and distal interphalangeal flexion, evident in man and Old World monkeys, is not so likely to occur in prosimians, at least based on the shape of the trochlea *and* the homogeneity of the extensor assembly of the finger. This fits quite well with current behavioral observations.

Small bodied prosimians as well as marsupials namely, display adhesive grips of their hands (Figure 10), which eventually comes down on :coupling of proximal interphalangeal flexion and distal interphalangeal extension in the fingers. More anatomical studies (other joints such as carpo-metacarpal, and in other species as well) are needed, however, to understand finger movements in hands of primates

Acknowledgements

We thank our next colleagues for their help :Henk Wetselaar, Oswald De Moor, Marc Withofs, Pierre Lemelin, Piet Geusens, Tugçe Arslan, Jemina Bilsen, Falke Bogaerts, Senne Carpentier, Rob Ceulemans, Lene Claes, Sander Claes, Manolo de Hoyos, Christopher Freiwald, Lotte Grevendonk, Annette Vriens.

References

1. Soligo S. (2005) Anatomy of the hand and arm in *Daubentoniamadagascariensis* : a functional and phylogenetic outlook. *Folia Primatologica*, 76, 262-300.
2. vanZwieten K.J. (1980) The extensor assembly of the finger in man and non-human primates. PhD-thesis, University of Leiden, Drukkerij J. J. Groen en Zoon, Leiden.
3. Infantolino B.W., Neuberger T., Challis, J.H. (2012) The arrangement of fascicles in whole muscle. *The Anatomical Record*, 295, 1174-1180.
4. Garcia Elias M., An K-N., Berglund L., Linscheid R.L., Cooney W.P., Chao E.Y.S. (1991) Extensor mechanism of the fingers. I. A quantitative geometric study. *The Journal of Hand Surgery*, 16, 6, 1130-1136.
5. Kanavel A.B. (1921) *Infections of the Hand*. Lea and Febiger, Philadelphia and New York.
6. vanZwieten K.J., Lippens P.L. (2003) Some factors influencing 3-D modeling of the human finger. In : Schuind, F. (Ed.) *Brussels International Symposium Advances in Anatomy and Clinical Examination of the Hand and Wrist*, March 28-29, 2003, Genval, Erasme University Hospital, Université Libre de Bruxelles, Brussels, 48-48.
7. vanZwieten K.J., Hotterbeekx A., Thywissen C., Helder P., Lippens P.L., Schmidt K.P., Zoubova I.A., Piskun O.E., Varzin S.A., Zinkovsky A.V. (2010) Functions of some finger joints while handling the PC mouse, and their possible relevance for computer aided learning. In : Auer, M.E. and Schreurs, J. (Eds.) *13th International Conference on Interactive Computer Aided Learning*, September 15 2010, Hasselt, Belgium : Kassel University Press, 1098-1101.
8. van Zwieten K.J., Schmidt K.P., Geusens P.M.M., De Munter S., Kosten L., Hotterbeekx A., Lambrechts I., Lippens P.L., Adriaensens P. (2012) Articular surfaces of the proximal interphalangeal (PIP) joint of the finger, and its proper collateral ligament (PCL) fiber bundles, presented as a crossed four-bar linkage system. 2nd NanoSenseEU Symposium on Biosensor Development "Trends and Technology", Hasselt University, Belgium, April 25, 2012, 16.
9. Thompson J.S., Peimer C.A. (2001) Extensor tendon injuries : acute repair and late reconstruction. Chapter 49, *Chapman's Orthopaedic Surgery*, 3rd Edition., Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia,
10. Landsmeer J.M.F. (1976). *Atlas of anatomy of the hand*. Churchill Livingstone,

London.

11. Tubiana R., Thomine J.M., Mackin E. (1996). Examination of the hand and wrist. Martin Dunitz, London.
 12. Landsmeer J.M.F. (1979) The extensor assembly in two species of Opossum, *Philander opossum* and *Didelphismarsupialis*. *Journal of Morphology*, 161, 337-346.
 13. Pouydebat E., Reghem E., Kivell T. (2013) Eco-ethological and kinematical approaches to grasping in primates. *Folia Primatologica*, 84, 3-5, 314.
 14. vanZwieten K.J., Lippens P.L., Hauglustaine S., Lemelin P. (1994) Interphalangeal flexion in the opossum. 1st Benelux Congress of Zoology, University of Leuven, Lecture Abstracts, 39.
 15. Thurmüller P., Schubert M., Bade H., Notermans H-P., Knifka J., Koebke J. (2002) Functional gliding spaces of the dorsal side of the human hand. *The Anatomical Record*, 267, 242-251.
 16. Macrini T.E. (2004) *Monodelphis domestica*. *Mammalian Species*, 760, 1-6.
 17. Ikebuchi Y., Murakami T., Ohtsuka A. (1988) The interosseous and lumbrical muscles in the human hand, with special reference to the insertions of the interosseous muscles. *Acta Medica Okayama*, 42, 6, 327-334.
- Cooper L.N., Dawson S.D., Reidenberg J.S., Berta A.N. (2007) Neuromuscular anatomy and evolution of the Cetacean forelimb. *The Anatomical Record*, 290, 1121-1137.

*van Zwieten, KoosJaap¹; Narain, Faridi H.M.¹; Kosten, Lauren¹;
Wens, Inez¹; Eijnde, Bert O.¹; Vandersteen, Marjan¹;
Schmidt, Klaus P.¹; Zubova, Irina A.¹; Varzin, Sergey A.^{2,3};
Zinkovsky, Anatoly V.²; Piskun, Oleg E.²*

**KINEMATICAL ASPECTS OF FOOT MOVEMENTS DURING GAIT
IN EARLY MULTIPLE SCLEROSIS PATIENTS**

*¹Functional Morphology, BioMed Research Institute, University of Hasselt, Diepenbeek, Belgium, koosjaap.vanzwieten@uhasselt.be; ²Department of Biomechanics and Health Sciences, St. Petersburg State Polytechnical University,
³St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia*

Renewed interest in gait and balance in Multiple Sclerosis emerges, as the 1st International Symposium on Gait and Balance in Multiple Sclerosis testifies (International Journal of MS Care, 2011). However, little attention is given to the swing phase of gait in early Multiple Sclerosis patients. As stated by Bethoux& Bennett (2011) "...space and time requirements, complexity of data analysis, and prohibitive cost of the equipment and its operation, combined with a comparatively low reimbursement rate, confines the clinical use of ... gait analysis systems...". These authors suggest using e.g. the GAITrite system to capture gaitcharacteristics. By this system, Yentes and co-workers quantified the medio-lateral sway of the foot as a parameter for Multiple Sclerosis progression (Yentes et al., 2012).

Remarkably, various early Multiple Sclerosis patients produce audible shuffling sounds, caused by the lateral soles of their shod feet over the ground, during the terminal-swing phase of gait (Van Zwieten et al., 2013). It is worthwhile to have a closer look at this almost pathognomonic phenomenon. The common cause seems to be foot-drop including foot-inversion. Foot-inversion is defined as turning the sole of the foot inward, while foot-eversion is turning the sole outward (Van Zwieten et al., 2007). In early Multiple Sclerosis, the background of this lateral foot-shuffling seems evident, namely weakness of foot dorsiflexor muscles plus weakness of foot evertor muscles. In early Multiple Sclerosis, however, both muscle-groups may be supported or strengthened - not only by resistance training (Yahia et al., 2011), but also by e.g. Two Degree-of-freedom Ankle-Foot Orthoses (Agrawal et al., 2005) or Functional

Electrical Stimulation Devices (Mount and Dacko, 2006; Esnouf et al., 2010).

Some other aspects must be kept in mind. During the swing phase “...when the foot is in the air and not restricted by ground contact, ...motions are eversion (foot rolls inward while lateral side of foot comes up), dorsiflexion (foot/toes move up), and abduction (foot turns out to the side)” (Dierks, 2011). Recent quantitative data on exercise therapies of ankle weakness patients clearly show that normal foot eversion goes together with simultaneous shank internal rotation (Drewes et al., 2009; Hoch, 2011). This obvious “mechanical coupling” relationship, well-known from the closed kinematic chain concept, thus also holds true for the open kinematic chain, that is: during the swing phase of gait. Its background is the “cardan-like” construction of the human ankle joint (Maestro, 2004; Sheehan Gavelli, 2012).

From a functional-anatomical point of view, normal internal shank rotation during knee flexion is effectuated by the medial hamstring muscles (Lynn and Costigan, 2009). Most authors therefore agree on training Multiple Sclerosis patients. hamstrings (Feys and Van Asch, 2008). Strength training of hamstring muscles appears to have positive effects on muscular function and gait speed in Multiple Sclerosis patients (Mevellec et al., 2003).

Finally, we presume that abnormal lateral foot shuffling in swing may easily lead to the much-dreaded tripping, stumbling and falling with their far-reaching consequences. This should be avoided as much as possible.

References

Agrawal A, Banala SK, Agrawal SK, Binder-Macleod SA. Design of a Two Degree-of-freedom Ankle-Foot Orthosis for Robotic Rehabilitation. Proceedings of the 2005 IEEE 9th International Conference on Rehabilitation Robotics June 28 - July 1, 2005, Chicago, IL, USA.

Bethoux F, Bennett S. Evaluating Walking in Patients with Multiple Sclerosis Which Assessment Tools Are Useful in Clinical Practice? *International Journal of MS Care* 2011;13:4-14.

Dierks TA. Pronation in runners: Implications for Injury. *Lower Extremity Review Magazine*, June 2011.

Drewes LK, McKeon PO, Paolini G, Riley P, Kerrigan DC, Ingersoll CD, Hertel J. Altered ankle kinematics and shank-rear-foot coupling in those with chronic ankle instability. *Journal of Sport Rehabilitation* 2009;18,3:375-88.

Esnouf JE, Taylor PN, Mann GE, Barrett CL. Impact on activities of daily living using a Functional Electrical Stimulation device to improve dropped foot in people with multiple sclerosis, measured by the Canadian Occupational Performance Measure. *Multiple Sclerosis* 2010;16,9:1141-47.

Feys P, van Asch P. Rehabilitation in spasticity, *MS in Focus* 2008;12:15-18.

Hoch MC. The effect of joint mobilization on functional outcomes associated with chronic ankle instability. Dissertation, University of Kentucky, Lexington, Kentucky, USA 2011

Poster Abstracts from the First International Symposium on Gait and Balance in Multiple Sclerosis. *International Journal of MS Care* 2011;13,4:199-204.

Lynn SK, Costigan PA. Changes in the medial-lateral hamstring activation ratio with foot rotation during lower limb exercise. *Journal of Electromyography and Kinesiology* 2009;19:e197-e205.

Maestro M, 2004, Rappel biomecanique des articulations talo-cruraleet sous-talienne. *Medicine et Chirurgie du Pied* 2004;20,1:6-10.

Mevellec E, Lamotte D, Cantalloube S, Amarenco G, Thoumie P. Relationship between gait speed and strength parameters in multiple sclerosis. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* 2003;46:85-90.

Mount J, Dacko S. Effects of dorsiflexor endurance exercises on foot drop secondary to multiple sclerosis: A pilot study. Department of Physical Therapy Faculty Papers. Paper 1. 2006; <http://jdc.jefferson.edu/ptfp/1>

Sheehan Gavelli F. Personal communication 2012.

vanZwieten KJ, Robeyns I, Vandersteen M, Lippens PL, Mahabier R, Lamur KS. Foot muscles preventing inversion traumatism. *Medicine and Science in Tennis* 2007;12,2: 34-35.

vanZwieten, KJ, Narain FHM, KostenL, Wens I, Eijnde BO, Vandersteen M, Schmidt KP. Reappraisal of gait patterns in minimally impaired Multiple Sclerosis patients reveals characteristic foot shuffling sounds. *International Sound and Vibration Digest* 2013;14,1: 5-6.

Yahia A, Ghroubi S, Mhiri C, Elleuch MH. Relationship between muscular strength, gait and postural parameters in multiple sclerosis. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* 2011;54: 144-155.

Yentes JM, Huisinga JM, Filipi ML, Stergiou N. Clinical and biomechanical measures of balance in multiple sclerosis. For oral presentation at the 17th Annual Gait and Clinical Movement Analysis Society Meeting. Grand Rapids, Michigan, May 2012.

Abstract

Multiple Sclerosis patients sometimes experience their forward swinging feet to catch the floor unintentionally. Minimally impaired Multiple Sclerosis patients, during terminal-swing phases of gait, may even produce shuffling sounds, by the lateral soles of their feet over the ground. To prevent tripping, such patients should train their medial hamstring muscles.

**РЕАЛИЗАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ» НА БАЗЕ
ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ¹**

*ФГБУ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург, Россия,
Shapovalov_serg@mail.ru*

Введение. В 2009 г. приказом № 415 н Минздравсоцразвития РФ де-юре в России возникла специальность «пластическая хирургия», а в 2013 г. – положение 555 н МЗ РФ, в котором указаны нозологические формы, которые относятся к этой специальности. Введение в России специальности «пластическая хирургия» совпала со строительством в Санкт-Петербурге ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России, где проектом было предусмотрено ожоговое отделение. Таким образом появился прецедент реализации концепции пластической хирургии в многопрофильном медицинском центре с высокотехнологической медицинской помощью.

Цель исследования: определить виды реализации деятельности врача-пластического хирурга в условиях многопрофильного медицинского стационара.

Материалы и методы. В отделении ожоговом ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России на основе современных достижений медицины и опыта ведущих отечественных и европейских медицинских центров создана система, позволяющая в многопрофильном стационаре реализовать концепцию пластической хирургии. За период с апреля 2012 г. по сентябрь 2013 г. (18 мес.) выполнены различные оперативные вмешательства, направленные на восстановление остро утраченного кожного покрова и устранение врожденных и приобретенных деформаций покровных тканей различного генеза у 473 (100 %) пациентов (эстетическая пластическая хирургия 41 %, термические поражения 17 %, реконструкция молочной железы 10 %, новообразования мягкотканые 8 %, сложные раны 6 %, реконструктивная пластическая хирургия 4 %, прочие 14%).

¹ Shapovalov S., Khrustaleva I., Sukhoparova E. Implementation of the specialty «plastic surgery» on the base of Federal state institution.

Результаты и их анализ. Организовано отделение на 25 коек, а также отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) для критических ожогов, в том числе с термоингаляционной травмой, имеющее три палаты-боксы со стерильной средой и турбулентным потоком воздуха.

Сформирован штат врачей, включающий 3-х врачей-хирургов комбустиологов, 3 врачей-пластических хирургов, 1 врача-хирурга онколога, 1 врача-терапевта; 1 врача-психиатра.

В результате на базе многопрофильного стационара сформированы основные направления пластической хирургии: комбустиология, реконструктивная пластическая хирургия, эстетическая пластическая хирургия.

Для реализации концепции пластической хирургии в многопрофильном стационаре создана структурно-функциональная модель системы технологий, состоящая из: ожогового отделения с пластической хирургией; центрального оперблока; ОРИТ; лаборатории; отделения эндоскопии; криобанка аллокожи (в разработке); службы крови; клеточных технологий; отделений реабилитации, эфферентной терапии, лучевой диагностики; гипербарической оксигенации.

Для заполнения отделения пациентами использованы следующие ресурсы: бюджетные пациенты; обязательное медицинское страхование по тарифному договору, основанному на медико-экономических стандартах; информационная политика, в т.ч. интернет-продвижение (www.mchs-plastika.ru); добровольное медицинское страхование; высокотехнологичная медицинская помощь; отделения и поликлиника стационара.

Выводы. 1) На базе ожогового отделения многопрофильного стационара эффективно реализована концепция специальности «пластическая хирургия». Это позволяет адекватно использовать коечный фонд отделения с максимальной экономической эффективностью, а также позволяет гибко управлять коечным фондом по направлениям пластической хирургии в зависимости от условий обычного (мирного) времени или чрезвычайных ситуаций.

2) На отделении применялся полный арсенал методов пластической хирургии, что позволяет использовать как учебную базу для подготовки врачей по профилю пластическая хирургия.

Ключевые слова: пластическая хирургия, ожоги, врожденные пороки, приобретенные деформации, качество жизни.

Key words: plastic surgery, burns, congenital, acquired deformations, quality of life.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕЕК-МЕТОДИКИ ОПЕРАТИВНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ КОЖНОГО ПОКРОВА У ПОСТРАДАВШИХ ОТ ОЖОГОВОЙ ТРАВМЫ ВПЕРВЫЕ В РОССИИ

*ФГБУ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург, Россия,
Shapovalov_serg@mail.ru*

Введение. Успех лечения пострадавших с обширными глубокими ожогами кожного покрова определяется ранним оперативным лечением, в том числе своевременным и эффективным его оперативным восстановлением. Наряду с обширными раневыми дефектами у таких больных имеется дефицит донорских ресурсов аутокожи. Главным достоинством МЕЕК-методики является высокий коэффициент пластики до 1:9, что является актуальным при дефиците донорских ресурсов интактного кожного покрова пострадавшего.

Цель исследования: определить показания и эффективность МЕЕК-методики оперативного восстановления кожного покрова у пострадавших от ожоговой травмы.

Материалы и методы. В отделении ожоговом ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России была освоена и применена на 12 обожженных в возрасте от 34 до 65 лет (средний возраст $-47 \pm 1,6$ года) с глубокими ожогами площадью от 25 до 46 % поверхности тела (п.т.) (средняя ПГО $=31 \pm 1,8$ % п.т.) МЕЕК - методика оперативного восстановления кожного покрова.

Всем пострадавшим выполнено раннее оперативное лечение (не позднее 7 сут. от момента травмы) в виде этапных тангенциальных некрэктомий дерматомом «Эскулап», ножами Weck, Gambi, установкой для гидрохирургии «Versajet», с последующим закрытием ран свиной ксенокожей (ксенодерм). До полного восстановления кожного покрова обожженным проводилась комплексная поликомпонентная интенсивная терапия в условиях стерильных палатах-боксах с турбулентным потоком воздуха отделения реанимации и интенсивной терапии.

Алгоритм МЕЕК-методики: забор аутодермотрансплантата дерматомом Hume-sa D -42; нанесение и распределение аутодермотрансплантата на пробковый носитель в виде квадрата 5x5 см; рассечение аутодермотрансплантата на перфора-

торе кожи с пневматическим приводом; нанесение фиброклея в виде спрея на аутодермотрансплантаты; перемещение аутодермотрансплантата с пробковых носителей на перевязочный материал, удаление пробкового носителя и растягивание ткани; подготовка материала для трансплантации; закрытие ран аутодермотрансплантатами.

Использовали коэффициент пластики 1:6 – в 9 случаях и 1:9 в 3 случаях. Определяющим было соотношение ран и площади возможной донорской аутокожи.

Результаты. Начало оперативного восстановления кожного покрова выполняли на 14 ± 2 сут. от момента травмы и на $7 \pm 1,5$ сут. от этапа ранней тангенциальной некрэктомии при появлении грануляционной ткани в ранах. Последующие 9 ± 2 сут. выполняли перевязки до «первого слоя». Приживление трансплантатов происходило на $60 \% \pm 7 \%$.

Заключение. По нашим данным выделяем следующие преимущества МЕЕК-методики:

- используется при ограниченных донорских ресурсах;
- коэффициент пластики до 1:9;
- эпителизация на 6-й день;
- рассчитан на обширные ожоговые раны;
- короткая кривая обучаемости;
- технически проста в использовании;
- возможно комбинация с методом алло - , ксенопластики («сен-

двич»)

Недостатки МЕЕК- методики:

- эффективен в ожоговых центрах, где имеется возможность оказания высокотехнологичной медицинской помощи (наличие палат и операционных со стерильной средой с ламинарным потоком воздуха);
- не применяется в области лица, шеи, крупных суставов и кистей.

Ключевые слова: пластическая хирургия, ожоги, коэффициент пластики.

Key words: plastic surgery, burns, coefficient of plastics.

**ДЕФЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПОСТРАДАВШИМ ОТ ОЖГОВОЙ ТРАВМЫ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ**

*ФГБУ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова МЧС России, г. Санкт-Петербург, Россия,
Shapovalov_serg@mail.ru*

Цель: Определить дефекты организации и оказания медицинской помощи пострадавшим от ожоговой травмы в чрезвычайных ситуациях на догоспитальном этапе.

Материалы и методы. Анализу подверглись катамнезы из информационной базы Национального центра управления в кризисных ситуациях Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, а также состояние здоровья и результаты клинического обследования и лечения у 197 (100 %) пострадавших, получивших ожоговую травму при крупномасштабных пожарах. Мужчин было 67 %, женщин – 33 %. Средний возраст пострадавших составил $39,7 \pm 1,9$ год.

Статистический анализ проведен с помощью пакета прикладных программ Microsoft Excel - 2007.

Результаты. Из проанализированных случаев ожогов смерть наступила у 11 % пострадавших. У всех погибших общая площадь ожога превышала 20 % поверхности тела (п.т.). Кроме того, в 56,6 % имела место термоингаляционная травма (ТИТ). Диагностика ТИТ до квалифицированного, а в 7 % специализированного этапа оказания медицинской помощи осуществлялась только по клиническим проявлениям, бронхоскопии не выполняли.

Необходимо отметить, что осуществляемые на этапе квалифицированной медицинской помощи диагностические мероприятия проводились не в полном объеме, не своевременно устанавливалась ТИТ, не проводилось динамическое наблюдение за состоянием обожженных. У всех пострадавших ожоговый шок протекал тяжело с явлениями почечной недостаточности. Проведенный ретроспективный анализ показал, что объемы инфузионной терапии в 1,8 % случаях

были недостаточными, а в 0,2 % случае - наоборот, избыточными.

В 7 % умерших - ожоги кожного покрова сочетались с ТИТ. В этой группе площадь ожога превышала 20 % п.т. (до 80 %), в том числе ожоги ШБ степени превышали 10 % (до 60 % п.т.). У этих пострадавших развился ожоговый шок II или III степени.

На этап оказания специализированной медицинской помощи все пострадавшие были доставлены в сроки от 24 до 30 часов. Часть из них прошла через два и более лечебных учреждения. Летальный исход наступил у всех в сроки 3-26 дней.

Выводы. Для повышения качества оказания медицинской помощи обожженным многопрофильные лечебные учреждения на основных эвакуационных направлениях ЧС должны быть усилены ожоговыми группами в полном или сокращенном составе.

Ключевые слова: ожоги, чрезвычайная ситуация.

Key words: burns, emergency situation.

УДК 614.4

И.М. Улюкин, Ю.И. Буланьков, Е.С. Орлова

**К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ИММУНОФЕРМЕНТНОЙ
И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ОБЕСПЕЧЕНИИ
ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ДОНОРСКОЙ КРОВИ¹**

Военно-Медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, igor_ulyukin@mail.ru

С целью повышения эффективности диагностики ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С у военнослужащих и инфекционной безопасности компонентов крови при внедрении новых иммуноферментных и молекулярно-генетических методов исследования в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) Минобо-

¹I.M. Ulyukin, Yu.I. Bulan'kov, E.S. Orlova. About efficiency of infectious safety of donor blood by enzyme immunoassay and molecular genetic diagnosis' methods.

роны России нами были исследованы нормативная база МЗ РФ и МО РФ по обеспечению вирусологической безопасности донорских материалов; результаты исследования донорской крови в НИО (по профилактике и борьбе со СПИД в ВС РФ) НИЦ ВМедА им. С.М. Кирова, на Санкт-Петербургской городской СПК, Ленинградской областной СПК (более 556000 донаций); результаты экспериментального исследования сравнительной эффективности лабораторных методов детекции ВИЧ, вирусов гепатитов В и С на применяемых в организациях тест-системах и лабораторном оборудовании; прайс-листы ведущих производителей диагностического оборудования и тест-систем; коллекция инфицированных сывороток крови НИО (по профилактике и борьбе со СПИД в ВС РФ). Статистическая обработка полученных данных исполнена при помощи пакета программ «Statistica 7.0 for Windows».

Установлено, что общая доля отбраковки крови доноров по причине выявления маркеров ВИЧ, ВГВ, ВГС в учреждениях службы крови МЗ РФ и МО РФ снижается; контингент доноров СПК МО РФ отличается от контингента доноров СПК МЗ РФ меньшей инфицированностью декретированными инфекциями (в два раза), что обусловлено допризывным обследованием; впервые проведенный в СПК МО РФ анализ результатов внедрения комбинированных тест-систем для выявления антител и антигенов возбудителей гемоконтактных инфекций (ВИЧ 1,2, вирусный гепатит С) не выявил достоверного увеличения частоты отбраковки донорской крови; исследование проб донорской крови на антитела/антигены ВИЧ, ВГВ и ВГС, проводимое параллельно методами ИФА и ПЦР, установило высокую степень совпадения результатов (98,4-100,0%) ($p < 0,001$); впервые установлено, что внедрение технологии ПЦР в лабораторный комплекс обследования донорских материалов увеличивает степень их безопасности, но сопряжено с увеличением стоимости обследования крови в 2,5-3 раза, главным образом за счет расходов на приобретение автоматизированных ПЦР-комплексов.

Ключевые слова: лабораторная диагностика, инфекционная безопасность, донорская кровь.

Key words: laboratory diagnostics, infectious safety, donor blood.

СОДЕРЖАНИЕ

ЧАСТЬ I

Предисловие	11
<i>А.В. Воронцов</i>	
Рыночный капитализм и депопуляция русской деревни	15
<i>О.Г. Каратаев</i>	
Перспективы развития Русского Народа в Конституционном пространстве России	26

Раздел I. НАСУЩНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕМОГРАФИИ И СОЦИОЛОГИИ

<i>С.А. Ахметова, Ф.Ф. Ишкинеева</i>	
Самовоспроизведение семьи и общества: экзистенциальный аспект	32
<i>С.Н. Бабанин, Е.А. Голованова, А. В. Иванова</i>	
Актуальные проблемы здоровья населения в Липецкой области, обусловленные злоупотреблением алкоголя	34
<i>Е.В. Базуева</i>	
Динамика смертности населения России: гендерный аспект	36
<i>Я.К. Бесстрашнова, В.А. Базжина</i>	
Сравнительный анализ подходов к оценке человеческого капитала	38
<i>Борисова Т.С., С.М. Лебедев</i>	
Направления формирования здорового образа жизни населения на современном этапе	40
<i>Зарафьянц Г.Н., Лебедев В.Н., Амелехина О.Е., Чурилов Л.П.</i>	
Динамика показателей смертности от внешних причин в Ленинградской области (судебно-медицинские данные)	42
<i>Г.В. Зароднюк</i>	
О социальной напряженности, как негативном факторе, влияющем на здоровье населения	49
<i>О.И. Иванов</i>	
Социальные основы потенциала здоровья	51
<i>Ищенко А.М.</i>	
Религиозные родительские объединения как фактор улучшения репродуктивного здоровья в регионе	53

<i>А.И. Киселёв</i>	
Эколого-социальные и мировоззренческие детерминанты здоровья и нездоровья населения России	55
<i>Е.В. Ковалёв, Ю.В. Занько</i>	
Гипотрофия плода с точки зрения статистики	59
<i>А. А. Кожевников</i>	
Социально-экономические факторы, влияющие на состояние здоровья коренного населения Республики Алтай	61
<i>Кундеева Г.А.</i>	
Украина: демографический аспект продовольственной безопасности	66
<i>Минаева Н.К.</i>	
Доходы пожилых и престарелых и возможности лечения заболеваний артерий нижних конечностей в Республике Коми	69
<i>Е.В. Одинцова</i>	
Социокультурная и психологическая оценка здоровья молодежи	70
<i>Н.Н. Петрова, Е.М. Чумаков</i>	
Рискованное поведение как фактор риска заражения ИППП на примере урогенитального хламидиоза и сифилиса	76
<i>К.А. Платонов</i>	
Человеческий капитал и аддиктивное поведение	78
<i>Т.Г. Поспелова</i>	
Влияние государственной семейной политики на демографическое поведение молодежи	80
<i>Ю.Е. Разводовский, В.М. Лобанков</i>	
Потребление алкоголя сельскими жителями Беларуси	84
<i>Ю.Е. Разводовский</i>	
Алкогольная составляющая в структуре смертности в Беларуси	85
<i>С.В. Рицук, Н.А. Татарова, В.Е. Мирский</i>	
Обоснование и разработка проекта по оздоровлению детей, подростков и семейных пар в России и странах СНГ	87
<i>С.И. Савельев, ВМ. Зайцев, Г.Н. Котова</i>	
Влияние материального и психосоциального факторов на распространённость учебных стрессов и здоровье учащейся молодежи Липецкой области (в динамике 10 лет)	98
<i>А.Н. Сошнев</i>	
Социальное здоровье общества и демография	100

<i>О.А. Старостин, В.Р. Беляев</i> Психофизиологическая диагностика и холистическая коррекция суицидального риска – современный инструмент сохранения человеческого потенциала	102
<i>М.А. Сычев</i> Современные аспекты распространения важнейших неинфекционных заболеваний в Российской Федерации	106
<i>В.Ю. Юркевич</i> Проблемы стоматологического здоровья у курильщиков в молодом возрасте	108
<i>И.Ш. Якубова, Е.М. Базилевская</i> Мониторинг питания жителей г. Санкт - Петербурга как индикатор качества жизни	116

Раздел II. СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ОБРАЗОВАНИЯ

<i>Л.П. Чурилов</i> Глобализация, постмодерн и международное медицинское образование	119
<i>А.Х. Абу-Хаттаб, В.А. Долгополов, Е.П. Абу-Хаттаб</i> Социально-психологическая адаптация учащихся на начальном этапе обучения	159
<i>А.Э. Болотин</i> Факторы, негативно влияющие на состояние здоровья студентов ВУЗов	164
<i>А.Э. Болотин, А.В. Токарева</i> Организационно-педагогические условия, необходимые для эффективного формирования личностных качеств у специалистов по защите в чрезвычайных ситуациях на этапе адаптации к профессиональной деятельности в ВУЗе	166
<i>Е.Г. Брындин, И.Е. Брындина</i> Формирование навыков здорового образа жизни у молодого поколения	168
<i>Е.А. Вацкель</i> Вопрос соотношения дистанционного образовательного и аудиторного компонентов при планировании программы последипломного образования врачей по аудиотерапии	175
<i>Е.В. Грошева</i> Риск развития школьной дезадаптации у детей в условиях инклюзивного образования	179
<i>В.А. Долгополов, О.Е. Пискун, В.О. Пискун</i> Прямые и косвенные эффекты мониторинга психофизического состояния студентов	181

<i>Г.Н. Зарафьянц, М.И. Круть</i> Введение балльно - рейтинговой системы при преподавании студентам судебной медицины в СПбГУ	183
<i>Н.Н. Киреева, А.И. Анисимов</i> Новый подход к дифференциации индивидуального социального здоровья студентов	185
<i>В.А.Кисляков</i> Подготовка специалиста по социальной работе в высшей школе	188
<i>Л.Т. Кудашова</i> Формирование здорового образа жизни школьников	191
<i>П.А. Медведь</i> Проблемы использования электронных образовательных ресурсов в аспекте ограничения развития творческой активности преподавателей образовательных учреждений	193
<i>И.Л.Миронов, В.Г. Иванов</i> О корректности использования восточных психофизических методов в отечественной системе физического воспитания	195
<i>Е.П. Морозова</i> Здоровьесберегающая функция тьюторства	197
<i>Обрешков Н. Николаев, Джамбазов В. Стефанов</i> Специфика виртуального обучения средствами ведущей электронной системы с открытым кодом «Moodle»	199
<i>Ю.Ф. Педанов, А.П. Славута, А.И. Гоженко</i> Применение информационно-коммуникационных технологий при изучении морфофункциональных дисциплин в медицинских училищах и колледжах	201
<i>А.Т. Порубова</i> Использование студентами, на практических внеурочных занятиях со школьниками, инновационных оздоровительных технологий	207
<i>Р.Х. Салахутдинова</i> К проблеме здоровья детей и молодежи в контексте образования современной России	209
<i>В.П. Сущенко, А.Э. Болотин</i> Педагогическая технология формирования навыков здоровьесберегающего поведения у студентов ВУЗов	215
<i>С.Н. Шнитко</i> Дополнительное образование военно-медицинских кадров в Республике Беларусь	217
<i>Л.А. Ясюкова, В.А. Долгополов, О.Е. Пискун</i> Интеллектуальный потенциал у студентов СПбГПУ	219

<i>И.М. Улюкин, И.Н. Остроумов</i>	
Факторы, влияющие на психическую адаптацию к обучению у студентов первого курса	223
<u>Раздел III. ТРУДНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСТВА И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ</u>	
<i>Г.М. Цинченко</i>	
Ювенальная юстиция как альтернатива семейной идеологии	226
<i>З.Е. Агранович</i>	
Логопедическая помощь в современных условиях	228
<i>Г.А. Александрова</i>	
Социально-медицинские аспекты профилактики заболеваний детского населения	230
<i>А.М. Алексеева, О.Ю. Щелкова, Е.А. Бурина</i>	
Когнитивные и адаптивные способности детей с психическими нарушениями	233
<i>Т.М. Алексеева, М.Г. Соколова</i>	
Педиатрическая паллиативная помощь	235
<i>С.М. Баркова, И.С. Катунина</i>	
Сложности специалистов, работающих с детьми, и их молодых родителей во взаимодействиях с детьми на темы полового воспитания: обучающий тренинг, как один из путей решения	238
<i>С.Б. Додонова, Г.В. Одинцова</i>	
Управление образовательным уровнем детей дошкольного и младшего возраста	241
<i>О.Э. Евсеева, Ю.А. Ковалева</i>	
Локомоторное развитие детей младшего школьного возраста с церебральным параличом (спастическая диплегия) средствами адаптивной физической культуры	243
<i>Е.В. Захарчук, Е.Л. Доценко, А.Г. Немков, Е.В. Левитина</i>	
Социально-психологические предикторы повторных травм у детей	245
<i>Е.В. Колодкина</i>	
Протеолитическая активность биожидкостей у детей	248
<i>Е.В. Колодкина, И.Н. Камакина, Н.Ф. Камакин</i>	
Ферментное обеспечение смены типов питания в онтогенезе	250
<i>Е.Г. Косенкова, И.М. Лысенко, Л.Н. Журавлева, Г.К. Баркун</i>	
Определение острофазных белков воспаления у недоношенных новорожденных детей	255
<i>Мирошниченко М.С., Плитень О.Н., Калужина О.В., Сакал А.А.</i>	
Влияние инфекционной патологии матери на развитие задержки внутриутробного развития плода и новорожденного	256

<i>А.С. Смирнов</i> Профилактика социального сиротства – основа правового оздоровления общества	259
<i>М.Г. Соколова, О.А. Никишина</i> Использование искусственной вентиляции легких у тяжело-больных детей в домашних условиях	262
<i>И.В. Сорокина, М.С. Мирошниченко, О.Н. Плитень, С.А. Мирошниченко</i> Влияние инфекционной патологии матери на органы и системы плода и новорожденного	264
<i>И.А. Тихая</i> Сравнительный анализ статистических показателей перинатальной смертности в украинских городах Кременчуг (Полтавская область) и Змиев (Харьковская область) с различной характеристикой источников водоснабжения	267
<i>Е.В. Фесенко, Е.Ю. Фесенко</i> Модель оказания гарантированной медицинской помощи и ее оценки	269
<i>Ю.А. Фесенко, Д.Ю. Шигашов</i> Ранний детский аутизм: медико-социальная проблема	271
<i>О.Н. Худякова, Д.Д. Калугина</i> Детский отдых: тенденции, проблемы, перспективы	274
<i>М.В. Эрман</i> Железодефицитные анемии у детей	281

Раздел IV. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

<i>Л.Т. Волчкова, Г.А. Меньшикова</i> Публичное управление здравоохранением: современные технологии и практики	287
<i>В.А. Гандзюк</i> Оптимизация ресурсного обеспечения выполнения государственных программ по охране здоровья в сельской местности	289
<i>Т.С. Грузева</i> Борьба с хроническими неинфекционными заболеваниями: Европейский и Украинский контекст	291
<i>Т.С. Грузева</i> Болезни системы кровообращения как глобальная проблема общественного здравоохранения	294
<i>А.А. Гудзь, В.Д. Бигунец</i> К вопросу о страховой защите в системе «Исполнитель медицинской услуги – Потребитель»	297

<i>Д.Д. Дячук</i>	
Основные направления усовершенствования системы управления учреждением здравоохранения	300
<i>О.Л. Зюков</i>	
Совершенствование системы организации проведения профилактических медицинских осмотров государственных служащих	302
<i>А.Д. Калужский</i>	
Об электронном паспорте индивида	305
<i>А.В. Кувшинников, Е.В. Веденеев</i>	
Возрастные показатели, характерные для подготовки и созревания специалистов высшей квалификации в области медицины...	308
<i>Т.Л. Лепихина, Ю.В. Карпович</i>	
Управление здоровьем как элемент менеджмента человеческого капитала предприятия	310
<i>Г.А. Меньшикова</i>	
Современные проекты в зарубежном опыте. Теория и практика здравоохранения	313
<i>В.А. Никонов, Н.А. Мозжухина, Д.П. Хомуло, Г.Б. Еремин</i>	
Некоторые особенности напряженного зрительного труда медицинских работников	319
<i>О.И. Ушакова</i>	
Усовершенствование деятельности органов муниципальной власти в сфере охраны общественного здоровья	321
<i>И.И.Цанько</i>	
Опыт внедрения референтного ценообразования в Украине и анализ выбора гипотензивных препаратов врачами	323
<i>А.В. Шошмин, Я.К. Бесстрашнова, Т.В. Зима</i>	
Единое информационное пространство реабилитации	325
 <u>Раздел V. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ</u>	
<i>А.Н. Шишкин</i>	
Показатели недостаточности питания у больных с внутренними заболеваниями	328
<i>В.Н. Ананьев</i>	
Изменение реактивности системного и регионального кровообращения к адреналину после 30 дней адаптации к холоду....	330
<i>В.Н. Ананьев</i>	
Механизмы гипобиоза при действии аргона и криптона на поглощение кислорода в замкнутом пространстве	337

<i>Т.И. Баранова, Д.Н. Берлов, С. Ван, С. Сюй</i>	
Перспективы исследования влияния акупунктуры на вегетативную регуляцию и функциональное состояние висцеральных систем у человека	339
<i>А.В. Барсуков, В.Н. Васильев, В.Т. Дыдышко, Е.П. Романова, М.А. Мирохина</i>	
Некоторые среднесуточные показатели ритмокардиограммы у лиц молодого возраста с предгипертензией в зависимости от категории сердечно-сосудистого риска	342
<i>И.А. Белоногов</i>	
Гигиеническая оценка состояния здоровья и заболеваемости летного состава	343
<i>В.Р. Беляев, О.А. Старостин</i>	
Психофизиологическая диагностика и медико-психологическая коррекция ипохондрических тенденций у лиц «опасных» профессий	346
<i>Е.А. Богатова, А.А. Лепяхина</i>	
Разработка методики индивидуального конструирования окклюзионной поверхности зубных рядов	348
<i>А.Г. Буенок, Р.А. Березовская</i>	
Уровень профессионального здоровья менеджеров в зависимости от эмоциональных особенностей использования юмора	350
<i>Т.С. Васильева</i>	
Взаимосвязь между ожирением и бронхиальной астмой	353
<i>Е.В. Веденеев, И. А. Баруздин</i>	
Социальные и медицинские показатели у больных, перенесших блокаду Ленинграда	356
<i>О.В. Горчакова, В.Н. Горчаков</i>	
Возможности фитотерапии в оптимизации структуры и функции лимфоузла при старении	358
<i>А.В. Дергунов, А.О. Момбеков, Э.И. Абдуллаев, И.М. Васильчук, Д.С. Черкезян</i>	
Роль интерлейкина-1 β и интерлейкина-4 в оценке тяжести и исходов деформирующего артроза голеностопного сустава в разные сроки катamnестического периода наблюдения	362
<i>А.В. Дергунов, А.О. Момбеков, Э.И. Абдуллаев, И.М. Васильчук, Д.С. Черкезян</i>	
Эндокринный профиль в патогенезе деформирующего артроза голеностопного сустава в раннем периоде катamnестического наблюдения	365
<i>В.И. Дорошевич, Д.И. Ширко</i>	
Статус питания и состояние здоровья молодых мужчин	372

<i>Анна Драганова</i> Клинические особенности острого коронарного синдрома у пациентов с метаболическим синдромом	374
<i>В.А. Дуфинец</i> Современное состояние и тенденции офтальмологической за- болеваемости населения Закарпатской области: национальный и региональный контекст	376
<i>В.В. Закревский, С.Н. Лелеко</i> Загрязненность мясного сырья нитрофуранами – один из инди- каторов небезопасности пищевой продукции для потребителей	378
<i>В.В. Закревский, Д.В. Копчак</i> Нарушения пищевого поведения как фактор риска развития за- болеваний «цивилизации»	381
<i>Ю.В. Занегина</i> Здоровье полости рта как критерий качества жизни	389
<i>А.А. Лещенко, В.В. Ивлев</i> Латентное течение саркоидоза в терапевтической практике	391
<i>Л.В. Ильина, В.В. Петраш, М.П. Литаева</i> Психофизиологические аспекты донозологической диагности- ки преморбидных состояний	398
<i>А.В. Иншакова</i> Ожирение – фактор риска неинфекционных заболеваний	400
<i>О.А. Кочетова, Н.Ю. Малькова</i> Клинико-эпидемиологическая характеристика профессиональных полинейропатий верхних конечностей	402
<i>А.Н. Кравченко</i> Острый инфаркт миокарда, пути оптимизации результатов ле- чения	404
<i>С.М. Лебедев</i> Заболеваемость военнослужащих, как показатель профилак- тической работы медицинской службы	405
<i>Ю.С. Мазена</i> Определение отношения пациентов к применению энтеросор- бентов	407
<i>Н.Ш. Мамина</i> Алекситимия, как фактор риска постинсультных эмоциональ- но-волевых нарушений	409
<i>В.Н. Минеев, Л.Н. Сорокина, А.В. Еремеева, М.А. Нёма</i> Кооперативные взаимодействия STAT6, STAT4, GATA-3 И T- BET при бронхиальной астме	411

<i>О.А. Нагибович, Л.В. Яценко, Е.В. Кузнецова, Т.И. Субботина, О.Г. Шинкарева</i>	
Витамины и перекисное окисление липидов при сахарном диабете 2 типа	414
<i>Г.П. Нагибович, О.А. Нагибович</i>	
Суточная экскреция магния в зависимости от уровня альбуминурии у больных сахарным диабетом 2 типа	415
<i>Т.В. Найден, С.Ю. Бартош-Зеленая</i>	
Оценка сердечно-сосудистого риска у мужчин среднего возраста с мультифокальным атеросклерозом и метаболическим синдромом	417
<i>Н.Н. Нестерова, Г.А. Кухарчик, Л.Б. Сичинава, И.В. Константинова, Л.А. Сорокин</i>	
Дисбаланс в системе «матриксные металлопротеиназы – тканевой ингибитор матриксных металлопротеиназ» и характер течения постинфарктного ремоделирования миокарда левого желудочка	420
<i>Л.С. Орешко, М.С. Журавлева, Р.И. Лукьянова</i>	
Функциональные взаимосвязи органов пищеварения у больных целиакией	425
<i>Т.А. Рождественская</i>	
Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы как гипертензивное состояние во время беременности	427
<i>Г.В. Рукавишников, С.С. Леденцова, Н.Н. Петрова, И.О. Смирнова</i>	
Вопросы психического здоровья у пациентов дерматологической практики	429
<i>Рыбкина Л.Б.</i>	
Заболеваемость хроническим гастритом взрослого населения в городе Омске	431
<i>А.П. Спицин, Н.Е. Кушкова, И.С. Бяков</i>	
Вариабельность ритма сердца у лиц молодого возраста с наследственной отягощенностью по артериальной гипертензии ...	433
<i>Л.М. Тибеккина, Т.В. Сергеева, Ю.А. Шевченко, В.В. Авдеев</i>	
Медицинская реабилитация на втором этапе маршрутизации больных с ОНМК в Клинике восстановительной медицины СПбГУ	436
<i>Л.М.Тибеккина, Д.О.Боричева, М.В.Бондаренко, О.В. Лупарева</i>	
О нейрореабилитационной помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения	439

<i>Л.М. Тибекина, Н.М. Кузнецова</i>	
К вопросу о кризисе жизнедеятельности мужского населения России	441
<i>Тибекина Л.М.</i>	
Медицинская помощь и её организация больным с острым нарушением мозгового кровообращения	443
<i>Тюрина И.В.</i>	
Некоторые методологические подходы к снижению экономического бремени сахарного диабета	445
<i>Н.Б. Ханмурзаева</i>	
Содержание маркеров воспаления в крови у больных эссенциальной артериальной гипертензией в зависимости от наличия или отсутствия метаболического синдрома .	447
<i>Н.В. Худякова, А.Н. Шишкин, Н.В. Темная</i>	
Артериальная гипертензия как компонент менопаузального метаболического синдрома	449
<i>А.Б. Шаповалова, Л.И. Левина, Н.С. Канавец</i>	
Метаболический синдром у лиц молодого возраста: некоторые особенности формирования, клинического течения, социальные аспекты	450
<i>М.А. Шевелева, Л.А. Слепых</i>	
Роль хронического гастрита в возникновении рака желудка	456
<i>Д.И. Ширко, В.И. Дорошевич, В.И. Горошко</i>	
Комплексная оценка статуса питания, как метод донозологической диагностики состояния здоровья	458
<i>А.Н. Шишкин, Л.М. Мальцева</i>	
Состояние общего вегетативного тонуса у пациентов с дислипидемией	461
<i>С.И. Ягашкина, И.А. Баруздин, Н.И. Некрасова</i>	
Физическая реабилитация у больных пожилого и старческого возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями в условиях кардиологического стационара	462
<u>Раздел VI. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ</u>	
<i>А.Ю. Божedomов, Е.К. Гуманенко, В.В. Моррисон</i>	
Зависимость между уровнем прокальцитонина и выраженностью эндотелиальной дисфункции у больных с термической травмой	465
<i>С.А. Варзин, А.Н. Шишкин, В.В. Ивлев</i>	
Особенности течения острого деструктивного панкреатита на фоне декомпенсации ранее существовавшего сахарного диабета	467

<i>В.В. Ивлев</i> Минно-взрывное ранение кисти (случай из практики)	473
<i>В.А. Кисляков</i> Качество жизни больных - интегральный показатель результатов лечения рецидивов деструктивных поражений синдрома диабетической стопы	477
<i>В.А. Кисляков</i> Дискуссия о классификации деструктивных поражений синдрома диабетической стопы – взгляд с позиции тактики лечения	479
<i>Н.Е. Кушкова, И.С. Бяков, А.П. Спицин</i> Показатели центральной гемодинамики в условиях управляемого дыхания	481
<i>А.Ю. Корольков Р.И. Лукичев</i> Малоинвазивные вмешательства в лечении тяжелого билиарного сепсиса	488
<i>О.В. Лысенко</i> Ультразвуковой скрининг бессимптомной патологии эндометрия в постменопаузе	491
<i>Мельник А.М., Филатов М.В.</i> Современные медицинские технологии в комплексном лечении полипозного риносинусита	494
<i>А.С. Молостова, С.А. Варзин</i> Характер течения осложнений язв желудка и двенадцатиперстной кишки у женщин	496
<i>М.Г. Негребов, Л.В. Александров, М.Р.Ба</i> Роль нутритивной поддержки в лечении больных с острой странгуляционной кишечной непроходимостью	499
<i>Д.С. Новиков, В.Э. Федоров, Б.С. Харитонов, М.А. Лагун</i> Прогнозирование кровотечения у торакальных больных	501
<i>О.В. Парамонова, О.А. Русанова, И.П. Гонтарь</i> Антитела к гормонам щитовидной железы в лабораторной диагностике пациентов с аутоиреоидными заболеваниями	503
<i>А.С. Плешков, С.Г. Шаповалов, А.В. Панов</i> Эффективность применения технологии управляемого отрицательного давления в лечении ран различного генеза	505
<i>Т.И. Полякова</i> Репаративная регенерация поджелудочной железы в условиях дисбаланса глюкокортикоидных гормонов	507

<i>Савинцев А.М., Дегтярев О.М., Матвеев Л.А., Багаева В.В., Моисеева М.И.</i>	
Применение аутологичных мезенхимальных стволовых клеток в лечении повреждений ахиллова сухожилия	509
<i>А.М. Савинцев, А.В. Малько, В.В. Багаева</i>	
Применение аутологичных мезенхимальных стволовых клеток жировой ткани в комплексном лечении переломов проксимального отдела бедренной кости	510
<i>А.А. Семенов, Р.А. Черников, С.Л. Воробьев, А.Г. Куляш, А.А. Успенская, Н.И. Тимофеева, К.Ю. Новокшионов, И.К. Чинчук, Ю.В. Карелина, В.А. Макарьин, Е.А. Федоров, И.В. Слепцов, Ю.Н. Федотов, А.Н. Бубнов</i>	
Тонкоигольная аспирационная биопсия при узловом зобе	512
<i>А.В. Сереженков, А.И. Горелов</i>	
Цитокиновый профиль крови пациентов с хроническим пиелонефритом	513
<i>Ужахов И.Р., Шнейдер Ю.А., Горбунов Г.Н.</i>	
Новые методы хирургического лечения больных с аневризмой восходящей аорты	516
<i>В. Э. Федоров, Б.С. Харитонов, М. Ю. Чебуркаева</i>	
Особенности заболеваемости при раке молочной железы	518
<i>К. J. van Zwieten, A. Hotterbeekx, E. Pouydebat, K. P. Schmidt, P. Helder, P. L. Lippens</i>	
Some functional-anatomical characteristics of finger movements in the hands of human and other primates	521
<i>K.J. van Zwieten,; F.H.M. Narain,; L. Kosten; I. Wens; B.O. Eijnde; M. Vandersteen; K.P. Schmidt; I.A. Zubova ;S.A. Varzin; A.V. Zinkovsky; O.E. Piskun</i>	
Kinematical aspects of foot movements during gait in early multiple sclerosis patients	532
<i>С. Г. Шаповалов, И.Э. Хрусталева, Е.П. Сухопарова</i>	
Реализации специальности «пластическая хирургия» на базе федерального государственного бюджетного учреждения	536
<i>С. Г. Шаповалов, А.С. Плешков, А.В. Панов</i>	
Опыт использования МЕЕК-методики оперативного восстановления кожного покрова у пострадавших от ожоговой травмы впервые в России	538
<i>С.Г. Шаповалов, К.К. Рогалев</i>	
Дефекты организации и оказания медицинской помощи пострадавшим от ожоговой травмы в чрезвычайных ситуациях	540

И.М. Улюкин, Ю.И. Буланьков, Е.С. Орлова

К вопросу об эффективности методов иммуноферментной и
молекулярно-генетической диагностики при обеспечении ин-
фекционной безопасности донорской крови 541

