

деляет спектр поздних осложнений у больных СД2.

Таким образом, результаты генетического исследования указывают на определяющую роль полиморфных вариантов генов липопротеинлипазы, провоспалительных цитокинов интерлейкина 6 и резистина, а также гена секреции инсулина (ABCC8) в развитии СД2 у представителей якутского населения. Их сочетания определяют риск развития СД2 и его поздних осложнений. Можно констатировать, что эта вариабельность сочетаний еще на стадии формирования МС определяет разнообразие его клинических проявлений.

В заключение следует отметить, что МС и СД2 связаны общим патогенетическим механизмом. В связи с тем, что этногенетические характеристики определяют клинические проявления МС и его осложнений (СД2 и сердечно-сосудистые заболевания), эффективная профилактика этих состояний должна проводиться с учетом генетических особенностей населения.

Выводы

1. Стандартизованный по возрасту показатель распространенности МС среди аборигенного населения Якутии составляет 8,8% (по критериям IDF). В зависимости от пола МС в 2,2 раза чаще наблюдается среди женщин ($p=0,001$). Частота МС тесно связана с возрастом представителей аборигенного населения.

2. У аборигенного населения МС в половине случаев сопровождается гипергликемией (и/или СД2), которая начинает выявляться после 40 лет. У женщин такой вариант МС встречается в 8 раз чаще, чем у мужчин. При этом у женщин клинические проявления МС более разнообразны.

3. СД2 у представителей якутского населения формируется посредством участия полиморфных вариантов генов липопротеинлипазы, провоспалительных цитокинов интерлейкина 6 и

резистина, а также гена ABCC8 АТФ-зависимого K⁺-ионного канала клеток поджелудочной железы.

Работа проведена в рамках тематического плана НИР ФГНУ «Институт здоровья» (темы №1.1.07 и 1.5.07), выполняемого по заданию Федерального агентства по образованию.

Литература

1. Козлов А.И. Физиолого-биохимические и антропологические основы жизнедеятельности человека на Севере / А.И. Козлов, Е.Р. Бойко // Материалы II Северного социально-экологического конгресса «Горизонты экономического и культурного развития», 19-21 апреля 2006 г., г. Сыктывкар, Республика Коми. – http://congress-syktывkar.ru/download/2congress/kozlov_boiko.doc
2. Либерман И.С. Метаболический синдром в свете эволюционно-генетических закономерностей / И.С. Либерман // Российский кардиологический журнал. – 2002. – N 1.
3. Панин Л.Е. Энергетические аспекты адаптации / Л.Е. Панин. – Л.: Медицина, 1978.
4. Проблемы поздней диагностики сахарного диабета 2 типа у якутов / П.М. Игнатьев, Л.П. Алексеева, В.Г. Кривошапкин и др. // Якутский медицинский журнал. - 2009. - №1(25). - С.79-82.
5. Activating mutation in the ABCC8 gene in neonatal diabetes mellitus / A.P. Babenko et al // The New England journal of medicine. 2006. 355: 456-466
6. Ashcroft F.M. ATP-sensitive K⁺ channels and disease: from molecule to malady / Frances M. Ashcroft // Am. J. Physiol. Endocrinol Metab. 2007. 293: E880-E889.
7. Berg A.H. Adipose tissue, Inflammation, and Cardiovascular disease / Anders H. Berg, Philipp E. Scherer // Circulation Research. 2005. 96: 939-949.
8. Caro F. Jose. Insulin resistance in Obese and Nonobese Man // J Clin Endocrinol Metabolism. 1991. 73: 691-695.
9. Cardiovascular morbidity and mortality associated with the metabolic syndrome (Botnia Study) / B. Isomaa, P. Almgren, T. Tuomi, et al // Diab Car. 2001. N 24. P. 683-689.
10. Clauser E. Molecular Basis of Insulin Resistance / E. Clauser, I. Leconte, C. Auzan // Hormone Recherche. 1992. 38: 5-12.
11. Fontbonne A. The Insulin resistance Syndrome and the Paris Prospective Study / A. Fontbonne, A. Charli // Cardiovascular Risk Factors. 1993. 3: 36-43.
12. Ford E.S. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults / E.S. Ford, W.H. Giles, W.H. Dietz // JAMA. 2002. N 287. P. 356-359.

13. Gloyn A.L. Large-scale association studies of variants in genes encoding the pancreatic-cell K⁺ATP channel subunits Kir6.2 (KCNJ11 E23K variant is associated with type 2 diabetes / A.L. Gloyn // Diabetes. – 2003. – 52: 568-572.

14. Guilherme A. TNF α decreases triglyceride deposition and increases lipolysis in adipose cells / Adilson Guilherme [et al.] // Nature Reviews Molecular cell biology. 2008. 9: 367-377.

15. Hanefeld M. The metabolic syndrome and its epidemiologic dimensions in historical perspective / M. Hanefeld, C. Kohler // Z Arztl Fortbild Qualitats. 2002. N 96. S. 183-188.

16. Insulin resistance in Type 2 (non-insulin-dependent) diabetic patients with hypertriglyceridemia / E. Widen, A. Ekstrand, C. Saloranta [et al.] // Diabetologia. 1992. 35: 1140-1145.

17. Jia W. P. Epidemiological study on obesity and its comorbidities in urban Chinese older than 20 years of age in Shanghai, China / W. P. Jia, K.S Xiang, L. Chen // Obes Rev. 2002. N 3. P.157-165.

18. Klein B. E. Components of the metabolic syndrome and risk of cardiovascular disease and diabetes in Beaver Dam / B. E. Klein, R. Klein, K.E. Lee // Diab Car. 2002. N 25. P. 1790-1794.

19. Lakka H. M. The metabolic syndrome and total cardiovascular disease mortality in middle aged men / H. M. Lakka, D. E. Laaksonen, T.A Lakka // JAMA. 2002. N 288. P. 2709-2716.

20. Lipoprotein (a) and coronary heart disease: a prospective case-control study in general population sample of middle aged men / A. Rosengren, L. Wilhelmsen, E. Ericson [et al.] // Br Med J. 1990. 301: 1248-1251.

21. Peripheral mononuclear cell resistin mRNA expression is increased in type 2 Diabetic women / P.C. Tsiotra, C. Tsigov [et al.] // Published online. 2008. December 21. doi: 1155/2008/892864

22. Prevalence of insulin resistance syndrome in southwestern France and its relationship with inflammatory and hemostatic markers / P. Marques-Vidal, E. Mazoyer, V. Bongard, et al // Diab Car. 2002. N 25. P. 1371-1377.

23. Reaven J.M. Banting lecture: Role of insulin resistance in human disease / J.M. Reaven // Diabetes. 1988. Vol. 37. P. 1595-1607.

24. Scott L.J. / A genome-wide association study of type 2 diabetes in Finns defect multiple susceptibility variants / L.J. Scott [et al.] // Science. 2007. 26. April.

25. Study of lipoprotein lipase gene intron 8 polymorphisms in Chinese Han race essential hypertension patients / Xin Tu, Jinwen Tu, Xiuying Wen [et al.] // Cardiology. 2005. Vol.99, Issue 2, Pages 263-267.

26. Weight loss regulates inflammation-related genes in white adipose tissue of obese subjects / Karene Clement [et al.] // The FASEB Journal. 2004. 18: 1657-1669.

А.Н. Стручкова

О СОСТОЯНИИ РАЗВИТИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

Санаторно-курортное лечение – это реабилитация или восстановительное лечение больного после стационара или больного с любым хроническим

СТРУЧКОВА Александра Николаевна – заслуженный врач РСФСР, ЯАССР, почетный гражданин г. Якутска.

заболеванием. Санаторно-курортное лечение является одним из этапов комплексной терапии больного по принципу “поликлиника – стационар – санаторий”, при котором лечение является преемственным и носит непрерывный характер. В настоящее время в нашей стране формируется

трехуровневая модель оказания медицинской помощи населению, в которой завершающим этапом предполагается ранняя реабилитация больных в санаторно-курортных учреждениях.

Одной из основных особенностей или достоинств санаторно-курортного лечения в нашей стране является ее

развитие на прочной научной основе. Курортная наука в России имеет давнюю историю, начиная с XIX в. Одним из наиболее известных и ранних примеров организации курортного лечения в России является курорт “Минеральные воды” на Кавказе. В целом российская система курортно-санаторного лечения основана на работе многочисленных санаторных учреждений, специализирующихся в области лечения заболеваний органов кровообращения, пищеварения, нервной системы, органов дыхания, опорно-двигательного аппарата. Между тем другой главной целью организации санаторного лечения являются не только лечение, но и профилактика заболеваний, а также реабилитация после перенесенных недугов. В соответствии с этим в санаториях особое внимание уделяется работе восстановительного и профилактического характера.

Согласно установленному профилю санаторно-курортные учреждения комплектуются квалифицированным медицинским персоналом, обеспечиваются необходимым качественным оборудованием, для них утверждаются для использования современные методы лечения. Задача персонала – избрав правильные подходы в лечении и медикаменты, не навредить здоровью своих пациентов, а всеми силами помочь поддержать или улучшить их состояние. Таким образом, санаторно-курортное лечение служит не менее важным инструментом поддержания здоровья граждан, чем лечение в больницах и поликлиниках.

Однако в последнее время санатории стали восприниматься в обществе как второстепенное, дополнительное приложение к лечению. Пребывание на курорте понимается не как необходимая часть лечения, а как время для отдыха, веселья и приятного времяпровождения. Поэтому в российском Минздраве стремятся вернуть былое значение санаторно-курортного лечения, показать его настоящую сущность, цели и задачи. Тем более что в нашей стране есть немало уникальных мест с удивительными природно-климатическими условиями, способствующими быстрому выздоровлению больных органов. Это зоны с минеральными водами, лечебными грязями, прекрасным воздухом на побережье морей, в лесах Сибири и др. В сочетании с применением самых современных физиотерапевтических технологий такие санатории могут принести много пользы. Государственная забота о здоровье своих граждан значительно повышает

эффективность социально-экономического развития.

Управление санаторно-курортным лечением в России периодически претерпевало изменения. Так, до 1960г. вся санаторно-курортная сеть СССР находилась в ведении Министерства здравоохранения. Постановлением Совета Министров СССР от 10.03.1960г. санатории и дома отдыха, кроме детских и противотуберкулезных санаториев, из системы здравоохранения были переданы профсоюзным организациям. Управление ими осуществлялось Центральным комитетом по управлению курортами ВЦСПС и его структурами на административных территориях. Организация санаторно-курортного дела, изучение курортных ресурсов, разработка методов лечебно-профилактического использования курортных факторов, а также отбор больных для направления на санаторно-курортное лечение были возложены на Минздрав СССР.

С 1994г. реализация государственной политики в области сохранения и развития курортного комплекса была возложена на Госкомитет РФ по физической культуре, спорту и туризму. К сожалению, комитет получил только право управления, тогда как все санаторные учреждения, медперсонал, научная база ему не принадлежали. В результате в течение ряда лет в курортном деле работали по принципу “привлекаемости”. В основном акцент в деятельности был перенесен на область разработки нормативно-правовых документов. Система санаторно-курортной помощи перестала иметь единую структуру, она рассредоточена по различным ведомствам, акционерным обществам и другими организациям. Система развития санаторно-курортного лечения в Якутии была аналогична общей советской системе, которая в 90-е гг. пришла в упадок.

В 1994г. жители РС (Я) были обеспечены лечением в различных курортных местах РФ в количестве 11 тыс. чел., в 1998г. эта цифра снизилась до 3098 чел. Однако Правительством РС (Я) в разные годы был предпринят ряд мер по сохранению и дальнейшему развитию своих санаторных учреждений. Так, в мае 2005г. и октябре 2009г. Высший совет Старейшин РС (Я) рассмотрел вопрос о ходе выполнения Федерального закона № 122 и рекомендовал Министерству экономического развития Республики Саха (Якутия) провести работу по исполнению постановления правительства “Об утверждении республиканской целевой

программы “Развитие курортного дела и повышение эффективности” использования природных лечебных факторов озера Абалах на 2003-2010гг.” от 14 декабря 2001г. № 644.

В июне 2005 г. в г. Якутске была проведена научно-практическая конференция “Актуальные проблемы курортологии. Профилактика, реабилитация и восстановительное лечение на Крайнем Севере”. Участниками конференции была принята резолюция, отмечающая, что “...создание сети курортов различного уровня и специализации на лечебных местностях республики стало актуальной проблемой времени”.

Примечательно, что с 2005г. по ФЗ №122 оплата путевок на санаторно-курортное лечение для отдельных категорий граждан (инвалиды, ветераны ВОВ, приравненные к ветеранам ВОВ, дети-инвалиды, пострадавшие от радиационных воздействий ПО “МАЯК”, Чернобыльской АЭС) производится за счет федерального бюджета. По линии регионального отделения Фонда социального страхования РФ по РС (Я) они получили санаторно-курортное лечение, которое за 4 года и 9 месяцев составило 88,8% от общих потребностей социальных услуг.

В 2007г. вышло распоряжение Правительства РС (Я) от 19 февраля 2007г. № 198-р “О неотложных мерах по созданию инфраструктуры курорта с использованием природных лечебных ресурсов озера Абалах”. В 2007г. по инициативе МЗ РС (Я) приняты постановления Правительства РС (Я) “О реестре лечебно-оздоровительных местностей и курортов регионального значения, включая санаторно-курортные организации”, “Об утверждении положения о признании территорией лечебно-оздоровительной местностью или курортом республиканского значения”.

В 2008 г. вышло постановление Правительства РС (Я) № 606, которым внесены изменения в постановление Правительства РС(Я) “О создании государственного санатория “Бэс Чагда”, где оформлен государственный заказ на санаторно-курортное лечение работников бюджетных отраслей, ветеранов войны и тыла, больных по направлению Минздрава.

По данным ГУ ЯРМИАЦ по РС (Я) в 2008г. зарегистрировано всего 1759,2 заболеваний на 1000 населения всех возрастных групп. При этом с впервые установленным диагнозом – 987,0 на 1000 населения. Некоторые классы и виды заболеваний населения значительно превышают аналогичные в

Дальневосточном федеральном округе и в целом в РФ. Значительно увеличилось распространение болезней органов дыхания, пищеварения, системы кровообращения, мочеполовой системы, нервной системы и др. По данным ЦНИИ курортологии и физиотерапии, из общего количества больных, состоящих на диспансерном учете, в санаторно-курортном лечении нуждаются около 32 %. В РС (Я) в 2008г. состояло на диспансерном учете 337223 чел. (354,7 на 1000 населения) и около 108 тыс. больных ежегодно нуждаются в санаторно-курортном лечении.

Общий норматив потребности населения в санаторно-курортных учреждениях всех профилей в среднем по России составляет 3,1 место на 1000 населения. Соответственно в РС (Я) необходимо иметь порядка 3000 мест для обеспечения санаторно-курортными учреждениями, а фактически обеспеченность существенно ниже.

Динамика количества людей, получивших курортное лечение за счет федерального бюджета, показывает неуклонное уменьшение (в 2005г. – 6132, в 2006 г. – 3550, в 2007 г. – 2427, в 2008 г. – 2022, 2009 г. – 2710). В настоящее время в Республике Саха (Якутия) функционируют 18 санаторно-курортных и оздоровительных учреждений, из них 5 являются государственными, 13 – в статусе самостоятельно хозяйствующих субъектов. Кочная мощность каждого учреждения – от 20 до 75 коек. Профиль практически всех санаторно-курортных учреждений – общетерапевтический. В 1994г. их насчитывалось 46. За последние годы закрыты ряд таких известных учреждений, как – “Строитель”, “Алаас”, “Энергетик” в г. Якутске, “Родничок” в пос. Жатай, “Ленские зори” в пос. Табага, “Металлург” в Алданском районе, “Солнечный” в Усть-Майском, “Северное сияние” в Усть-Янском районе.

Между тем потенциальные возможности курортного лечения в Якутии очень большие и были известны давно. Так, еще в 1935г. по инициативе известного врача Т.Е. Сосина был основан курорт “Абалах”. На территории Якутии найдены месторождения редких углекислых минеральных вод типа «Боржоми», «Ессентуки» и вод Трускавецких источников. Также имеются сапропелевые грязи, термоминеральные родники с температурой около +50°C. В основном гидроминеральные ресурсы расположены в Центральной, Южной и Западной Якутии. По своему качественному составу они

не уступают, а по экологической чистоте и степени защищенности от техногенного загрязнения – значительно превосходят отечественные и даже зарубежные аналоги. Таким образом, в нашей республике есть все условия для дальнейшего успешного развития санаторно-курортных баз.

С 2000г. наметились положительные тенденции – было создано объединение “Якуткурорт”, в состав которого вошли профсоюзные здравницы “Хоту” (г. Якутск) и “Сосновка” (п. Нижний Бестях). В 2009г. Правительство РС(Я) впервые установило новые льготы для санаторно-курортного лечения неработающим ветеранам труда. Вопросы создания рекреационно-туристических зон курортного лечения стали предметом обсуждения Президента РФ Д.А. Медведева с Президентом РС(Я) В.А. Штыровым на встрече 14 августа 2009г.

Однако проблема санаторно-курортного лечения в Якутии не решена в той мере, чтобы наиболее полно отвечать потребностям населения. Организация санаторно-курортного лечения не проводится на государственном уровне. Хотя все понимают, что здоровье граждан, особенно работающего населения, – одна из первоочередных задач в государственной политике, нет планомерного, научного и делового подхода к решению данной проблемы. Нужен всесторонний четкий анализ имеющихся ресурсов, возможностей и рисков, на основе которого можно начинать реальную работу с целью создания действующей качественной системы санаториев на территории РС (Я).

К примеру, на научной основе можно было бы произвести выборку заболеваний, наиболее распространенных среди населения и сопоставить с возможностями природных ресурсов РС(Я) для их лечения, просчитать возможности создания наиболее комфортных условий для больных. И тогда, вероятно, станет понятным, что надо бы строить Абалахскую грязелечебницу прямо на самом озере в Мегино-Кангаласском улусе, надо сохранить Кампендьяй на территории Сунтарского улуса, восстановить ранее закрытые санатории, построить новые. Эффективность их работы – это множество вылеченных костно-мышечных, сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных, гинекологических, кожных заболеваний и оказанная помощь при осложнениях после всевозможных травм. При том, что выезд в другие регионы РФ очень дорог, а уровень забо-

леваний остается высоким, государство может и должно решать проблему на местах проживания больных, а не обогащать за счет «кармана» больных зарубежные курорты. Тем более, что в России в последние годы активно возрождается традиция профилактического здравоохранения - выявлений на начальном этапе заболевания и организация предупредительных мероприятий.

Безусловно, надо начать с введения новых нормативно-правовых оснований в области организации санаторно-курортного лечения, подготовки профессиональных кадров, специализирующихся именно в области санаторно-курортного лечения. Для этого необходимо в свою очередь образовать отдельную структуру, отвечающую за координацию работы всех санаторно-курортных учреждений, реализацию государственной политики в целом, – специальное агентство или комитет при Правительстве РС(Я).

Впереди нас ждет еще много изменений, связанных с экономическим, промышленным освоением территории, как Сибири, так и всего Дальнего Востока, Северо-Востока РФ. В развитии регионов будет вложено немало средств различных кампаний по строительству железных дорог, освоению природного газа, нефти, угля, часть из которых можно было бы направить целенаправленно и на санаторно-курортное лечение, разведку природных оздоровительных ресурсов, строительство новых курортов. В Якутии образован Северо-Восточный федеральный университет, возможности которого позволяют решить в полной мере кадровое обеспечение системы санаторно-курортного лечения.

Конечно, предлагать открытие новых структур в период продолжающегося мирового финансово-экономического кризиса покажется многим недальновидным. Вместе с тем нельзя забывать о стратегических государственных задачах – поступательном наращивании внутренних резервов для дальнейшего развития страны в целом. А главный резерв любого государства – это люди, и задача охраны их здоровья всегда должна быть приоритетной. И если уж мы говорим о серьезной экономии, то экономией на уровне государства будет как раз развитие санаторно-курортного лечения, которое, при условии своего качества и эффективности, является менее затратным, нежели лечение, оказываемое на фармацевтической основе.