

ставляет $0,04 \pm 0,02$, что диктует необходимость проведения мероприятий, направленных на укрепление структурной резистентности твердых тканей постоянных зубов в период «созревания» эмали.

Анализ структурных составляющих компонентов индексов КПУ+кп, КПУ у обследованных детей школьного возраста также имеет определенные особенности. При этом у сельских детей младшего школьного возраста структура индекса кп свидетельствует о значительном преобладании кариозных зубов над пломбированными и показатели соответственно равны $76,92 \pm 0,08$ и $23,08 \pm 0,03\%$. У детей школьников структурные составляющие индекса КПУ характеризуют преобладание кариозных и удаленных зубов над показателем пломбированных зубов и соответственно составляют $52,65 \pm 1,50$, $7,54 \pm 0,33$ и $39,81 \pm 1,45$.

У городских школьников по сравнению с сельскими в оценке качественных показателей компонентов индекса КПУ имеются отличия. Так, наблюдается незначительное колебание разницы компонентов «К», «У» ($48,38 \pm 1,18$ и $3,81 \pm 0,09\%$) и «П» ($48,74 \pm 1,42\%$), что свидетельствует о некоторых преимуществах в оказании стоматологической помощи детям, проживающим в городе.

Проведенный анализ уровня оказания специализированной помощи детям школьного возраста Центральной Якутии характеризуется в городе и селе как недостаточный, показатели соответственно находились на уровне 48,11 и 39,83%.

Заключение

Полученные нами данные свидетельствуют о высоком уровне распространенности кариеса зубов у детей дошкольного и школьного возраста Центральной Якутии. При этом у 12-летних детей интенсивность поражения зубов кариесом по критериям ВОЗ интерпретируется как высокий уровень. У обследованных детей фактический анализ клинического материала свидетельствует о недостаточном уровне оказываемой стоматологической помощи. Данные факты диктуют необходимость разработки и внедрения комплексной программы профилактики кариеса зубов у населения и оптимизации стоматологической службы в регионе.

Литература

1. Антонова А.А. Кариес зубов у детей в условиях микрорезонансов Хабаровского края: патогенез, профилактика: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.А. Антонова. – Омск, 2006. – 40 с.
2. Богомолова И.А. Клинико-статистический анализ стоматологической заболеваемости и обоснование необходимости ранней герметизации фиссур постоянных зубов у школьников Санкт-Петербурга: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.А. Богомолова. – СПб, 2006. – 19 с.
3. Боровский Е.В. Кариес зубов / Е.В. Боровский, П.А. Леус. – М.: Медицина, 1979. – 256 с.
4. Иванова Е.Н. Кариес зубов и его профилактика в условиях биогеохимического избытка фтора и молибдена: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Е.Н. Иванова. – Иркутск, 1997. – 35 с.
5. Кузьмина Э.М. // Клин. стоматология. – 1998. – №1. – С.36-38.
6. Ханды М.В. Комплексная оценка состояния здоровья сельских школьников Республики Саха (Якутия): автореф. дис. ... д-ра мед. наук / М.В. Ханды. – М., 1997. – 39 с.
7. Ягья Н.С. Распространенность кариеса зубов у школьников Якутской АССР: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.С. Ягья. – Л., 1969. – 18 с.
8. Larsen J., Kirkegaard E., Poulsen S. // J. Dent. Res. – 1987. – Vol.66. – №1. – P.10-12.
9. Miyazaki H., Shirahama R., Ohtani J. // Community. Dent. Oral. Epidemiol. – 1992. – Vol. 20. – №5. – P. 297-301.
10. World Health Organization // Fluorides and oral health. – Geneva, WNO Technical Report Series. – 1994. – №713.

З.Е. Линева, С.П. Зорина

КРИТЕРИИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ ЛЕГКИХ

Инвалидность по туберкулезу легких является важной медико-социальной проблемой и зависит от социальных и клинических факторов. Изучение проблемы инвалидности раскрывает основные причины неблагоприятного течения туберкулезного процесса, приводящего к хроническому течению с частыми обострениями и рецидивами [1,2]. В России динамика инвалидности по туберкулезу не имеет тенденции к снижению [3]. В условиях неблагоприятной эпидемиологической обстановки инвалидность по туберкулезу остается на высоком уровне в структуре первичной инвалидности в г. Якутске и РС (Я) (2,8 и 2,5% - соответственно)

Динамика структуры инвалидности по туберкулезу легких, по сравнению с предыдущими годами не меняется, продолжает превалировать вторая группа инвалидности (табл.1).

Материалы и методы. Нами обследован 81 больной туберкулезом легких с первичной инвалидностью. В настоящем исследовании были рассмотрены социальные, эпидемиологические и клинические характеристики больных при взятии на учет по туберкулезу легких и при установлении группы инвалидности.

Результаты и обсуждение. По половому признаку больные распределены следующим образом: женщины составили 20 чел. (25%), мужчины - 61 (75%). Среди больных преобладали лица наиболее трудоспособного возраста 20-49 лет, что составило 90% (рис.1). У мужчин максимальный возраст составил 59 лет, у женщин - 44

года, минимальный возраст у мужчин - 19 лет, у женщин - 21 год.

При изучении материально-бытовых условий больных с первичной инвалидностью оказалось, что неудовлетворительные условия проживания имеют 53% больных, из них 30% -

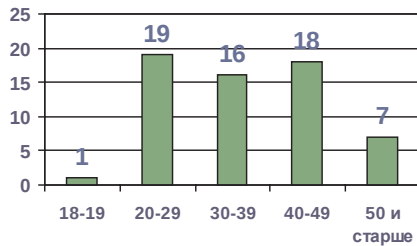
Таблица 1

Удельный вес инвалидности по туберкулезу по группам

Группа инвалидности	2003	2004	2005
I	2,2	1,4	2,7
Город	2,2	1,4	2,8
Село	-	-	-
II	91,1	98,6	94,4
Город	91,1	98,6	94,4
Село	-	100,0	100,0
III	6,7	-	2,7
Город	6,7	-	2,8
Село	-	-	-

ЛИНЕВА Зинаида Ефремовна – д.м.н., проф., зав. кафедрой МИ ЯГУ; ЗОРИНА Светлана Павловна – н.с. ГУ «НПЦ Фтизиатрия».

Мужчины



Женщины

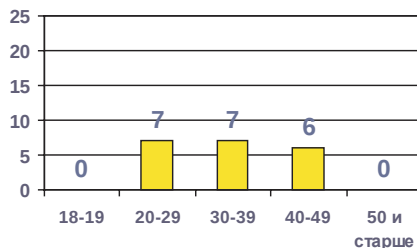


Рис.1. Распределение больных по полу и возрасту

БОМЖи. Неработающие составили 54,3%, из них 50,6% мужчины. Инвалиды по другому заболеванию составили 2,5%. Из анамнеза пребывание в заключении было констатировано у 35% больных.

Значительное число больных неадекватно относились к болезни, так, 47% больных нарушали стационарный режим, 40% самовольно отказались от оперативного лечения. Больше половины больных (60%) имели контакт с больным туберкулезом до выявления заболевания (рис.2).

Нами изучен характер течения заболевания до установления группы

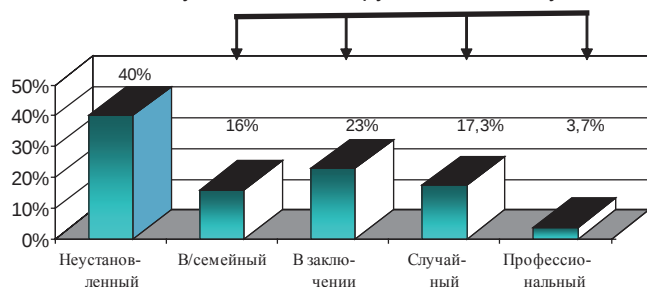


Рис.2. Количество больных, имевших контакт с туберкулезом до выявления заболевания

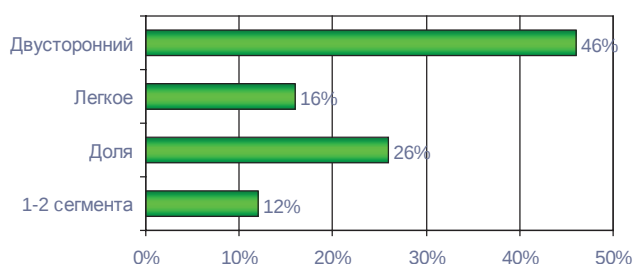


Рис.3. Распространенность процесса у больных туберкулезом

Критерии прогнозирования инвалидности

Показатели	Признаки	Частота встречаемости, %
Социальные	СДА	56
	БОМР	54
	Неудовлетворительные материально-бытовые условия	51
	Нарушение стационарного режима	47
	Отказ от оперативного лечения	40
	Пребывание в местах лишения свободы	35
Эпидемиологические	БОМЖ	30
	Самостоятельное обращение по поводу заболевания легких в ЛПУ	58
Клинико-рентгенологические	Распространенность процесса более 3 сегментов	42
	Двусторонний процесс	46
	Наличие деструкции	91
Микробиологические	Массивное бактериовыделение	55
	Полирезистентная ЛУ	30
	МЛУ	25
Сопутствующие заболевания	Хронический алкоголизм	44
	Заболевания печени	32
	Заболевания мочевыделительной системы	37

инвалидности. Так, тяжелое и средней тяжести состояние при поступлении наблюдалось у 57% обследованных больных, удовлетворительное - у 43%. При взятии на диспансерный учет большую часть составляли пациенты с диагнозом инфильтративный (43%) и диссеминированный (30%) туберкулез. Казеозная пневмония диагностирована у 10% больных. Среди пациентов наибольший процент составили больные с двусторонним процессом в легких, распад легочной ткани определялся у 85% больных, что убедительно представлено на рис.3.

У 62% больных МБТ+ обнаружены методом прямой бактериоскопии, методом посева - у 84%, из них массивное бактериовыделение отмечено у 55% пациентов. Лекарственная резистентность

констатирована у 55% больных. Из сопутствующих заболеваний наибольший процент составляли хронический алкоголизм, заболевания печени и почек (рис.4).

Мы выделили отдельные критерии прогнозирования инвалидности по наиболее часто встречаемым признакам эпидемиологических, социальных и клинических показателей (табл. 2).

Материалы табл.2 свидетельствуют, что на первый план выходят эпидемиологические и клинические показатели, однако социальные параметры значительно усиливают риск неэффективности химиотерапии туберкулеза легких и обуславливает частоту выхода пациентов на инвалидность.

Выводы

1. Основными эпидемиологическими критериями являются установленный контакт с больным туберкулезом и выявление больного по обращаемости.

2. Установлены социальные критерии инвалидности: социальная дезадаптированность больных, отсутствие постоянной работы, неудовлетвори-

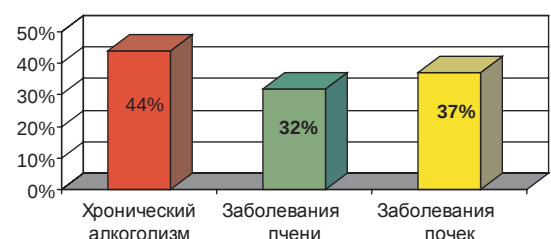


Рис.4. Сопутствующие туберкулезу заболевания

тельные материально-бытовые условия, нарушение стационарного режима, пребывание в местах лишения свободы, отказ от оперативного лечения.

3. Ведущими признаками, составляющими клинические критерии инвалидности по туберкулезу органов дыхания, являются: распространенность процесса более 3 сегментов, двусторонний процесс, наличие деструкции легочной ткани, массивное бактериовыделение, лекарственная устойчивость, хронический алкоголизм и заболевания печени и мочевыделительной системы.

4. По наиболее часто повторяющимся признакам клинико-социального характера можно судить о критериях прогнозирования инвалидности у больных туберкулезом легких.

Такое положение препятствует эффективному лечению и диктует необходимость поиска комплексных лечебных мероприятий, включающих соблюдение стандартов химиотерапии с учетом лекарственной чувствительности, раннего неспецифического патогенетического лечения, повышения хирургической активности.

Литература

1. Сухов В.М. Некоторые особенности качества жизни больных туберкулезом легких / В. М. Сухов, Е. В. Сухова // Проблемы туберкулеза. - 2003. - № 4. С. 29-31.
2. Вишневская Л. К. Причинные факторы инвалидности вследствие туберкулеза легких / Л. К. Вишневская // Там же. - 2005. - № 7. - С. 13-15.
3. Динамика инвалидности больных туберкулезом в Москве (1997-2001 гг.) / Н. Г. Гавриленко [и др.] // Проблемы туберкулеза и болезней легких. - 2004. - № 4. - С. 16-19.

И.А. Иванов

ЧТО МЫ ЗНАЕМ О САМОУБИЙСТВАХ? СМЕРТЬ ВДВОЁМ

Часто самоубийцами становятся психически больные, но между ростом числа психических расстройств и самоубийством отсутствует прямой параллелизм. Во многих странах на протяжении прошлого века, и особенно со второй его половины, непрерывно возрастало число самоубийств, и достигнутый высокий уровень суицидов устойчиво сохраняется и в первом десятилетии текущего столетия. Между тем число психических расстройств (заболеваний) за этот же период увеличилось не такими быстрыми темпами. По мнению ведущего суицидолога советских времён профессора А. Г. Амбрумовой, лица с психическими расстройствами совершают самоубийство в 32-100 раз чаще, чем психически здоровые люди. Было время, когда между самоубийством и психическим заболеванием ставился знак равенства. Мнение психиатров первой половины 19-го в. о том, что самоубийство считалось только продуктом болезненно изменённой психики, а суицидальные проявления – симптомом психического заболевания, было опровергнуто ещё в конце 19-го – в начале 20-го в.

Да, здоровые в психическом плане люди тоже могут свести счёты с жизнью. Конфликт, вызывающий самоубийство у здоровых лиц, обычно бывает порождён реальными причинами. Оно бывает совершено в результате осознанного решения, вытекающего из собственных политических, идеологических, религиозных и иных соображений (голодовка, самосожжение, отравление и т.п.). В странах,

где проповедуются буддизм, частота самоубийств будет явно высокой, ибо буддизм учит, что человеческая душа – это лишь часть мирового духа и после смерти человека его душа сливается с мировым духом. Инакомыслие, носительство той или иной идеологии, религиозных и иных мировоззренческих убеждений не являются поводом, чтобы по этим критериям считать людей «ненормальными», а то и психически больными. Мир давно знает о камикадзе – самоубийцах без страха и упрека, которые складывали свои головы на алтарь во имя победы над своим врагом – жертвенной, священной для них идеи. А современные террористы? Начинённые взрывчаткой, эти люди совершают страшные по своим последствиям деяния. Война в Ираке превратилась по сути дела в войну с самоубийцами-террористами. Мы знаем о групповом акте самоубийств среди религиозных сектантов, самосожжениях по разным причинам, в том числе по политическим мотивам. Ещё пример: в 1911 г. французские социалисты, супруги Поль и Лаура (дочь К.Маркса) Лафарги, едва переступив 70-летний возраст, приняли решение уйти из этого мира. Детей у них не было. Приближение старости с непременными атрибутами её в виде букета серьёзных недугов с нарастающей немощью и возможностью быть обузой для приближённых их явно не устраивало. Принятое ими решение было осознанным, проявлением своего рода акта мужественности, стойкости характера, а не следствием минутной слабости духа или психического расстройства.

Согласно научным воззрениям, самоубийство рассматривается как

следствие социально психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого ею микросоциального конфликта и рассматривается как один из вариантов человеческого поведения в ситуации, которая для него оказалась сложной и даже безвыходной (экстремальной). А вот происхождение самоубийства не заключено в самой конфликтной ситуации, а определяется личностными особенностями, они же формируют поведение, ведущее к самоубийству. Жизненный опыт, возраст, интеллект, характер и стойкость межличностных, семейных, профессиональных отношений на происхождение самоубийства влияют только косвенно. Иными словами самоубийство – медико-социальный феномен, в формировании которого участвуют социальный, психологический, биологический, клинический и т.п. факторы. На частоту распространённости самоубийства влияют, как известно, социально-экономическое положение страны и т.н. этнокультуральные особенности. Например, среди угрофинской группы народов исторически сложилось лояльное, терпимое отношение к случаям самоубийств. Вроде того, что это – дело выбора, свободного решения человека. Наоборот, у многих народов России, и в частности Северного Кавказа, самоубийство считалось большим грехом, оно встречало резко осуждающе-неприемлемое отношение, которое являлось огромным сдерживающим фактором лишения себя жизни по своей воле.

Социально-психологическая дезадаптация человека проявляется в начале в виде нарушения поведения и различных психо-эмоциональных расстройств. Конфликтная ситуация

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