

рактера, относящиеся к пограничным состояниям. Население должно хорошо знать проблемы психиатрии и психиатрической практики, оно должно понимать, что психическое здоровье является по сути дела базисной составляющей общего здоровья. А пока основная часть населения избегает контакта с врачом-психиатром. Психолого-образовательная работа среди населения должна быть поднята на качественно более высокий, иной уровень. А проблемы психического здоровья населения должны быть приоритетны-

ми в работе врача-психиатра, наряду с традиционной – диагностически-лечебной.

Реформы и преобразования в психиатрии преимущественно должны происходить в области её социально-го раздела, где вопросы психического здоровья населения будут занимать центральное место. А сейчас мало кто этим занимается. По прогнозам специалистов, в 21 веке около 30% населения многих стран будут подвержены депрессиям разного уровня, преимущественно психогенного, т.е. погра-

ничного характера. А депрессия и самоубийство часто выступают в тесном содружестве. Так что психиатрия не должна находиться на задворках, что наблюдается в настоящее время. Следует повысить и спрос со школьных психологов, которых развелась уйма, «хоть пруд пруди». Они в ответе за психологическое здоровье учащихся, они и должны знать, чем «дышит», чем озабочен каждый школьник, и при необходимости проводить психотерапевтическую работу. Это их прямая профессиональная обязанность.

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ И ЛЕКЦИИ

Л.А. Николаева, Т.Е. Бурцева, В.Г. Часнык

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭТИОЛОГИИ И ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Артериальная гипертензия (АГ) в настоящее время является одной из наиболее актуальных и широко обсуждаемых проблем клинической медицины. По образному определению, данному в первом докладе отечественных экспертов-гипертензиологов (2000), артериальная гипертензия «является величайшей в истории человечества неинфекционной пандемией, определяющей структуру сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности». Большинство исследователей разделяет мнение, что условия для возникновения сердечно-сосудистых заболеваний у взрослых следует искать в детском и подростковом возрасте, однако изучению этой проблемы у детей и подростков уделяется гораздо меньше внимания, чем у взрослых.

Общеизвестно, что популяция регионов Крайнего Севера гетерогенна с точки зрения распространенности артериальной гипертензии. В популяциях многих коренных народностей Крайнего Севера существенно реже встречаются артериальная гипертензия и атеросклероз при широком распространении нейроциркуляторной дистонии и хронической патологии почек, ассоциированной с артериальной гипертензией [17,23].

Частота АГ значительно варьирует среди населения разных стран. По данным популяционных исследований, проведенных в нашей стране, артериальная гипертензия среди детей и подростков наблюдается у 2,4-18% [4, 6, 8, 14, 19, 22, 24] и у большинства она имеет первичный характер [4].

При обследовании 7234 школьников г. Якутска Республики Саха (Якутия) в возрасте 7-17 лет установлена распространенность повышенного артериального давления (АД) у 8,4 - 9,3% мальчиков и у 7,1 - 8,2% девочек. В период с 7 до 17 лет у мальчиков данный показатель увеличивается в 3,9 раза, у девочек в 3,0 раза. Наблюдение детей с измененным АД и их клинико-лабораторное обследование выявило распространенность АГ у 2,7%. Отмечено также преобладание АГ у мальчиков 15-17 лет (6,3%) и нарастание с возрастом случаев высокого АД. Региональные особенности эпидемиологии АГ в Якутии состоят в том, что самый высокий процент заболевания выявлен у детей в Центральном регионе (3,3%), максимальный – в Якутске (5,4%), наименьшая распространенность болезни отмечена в Северном регионе (2,1%) [19]. Однако в работе не учтена этническая принадлежность обследованных детей.

Стандартные показатели артериального давления, рассчитанные для соответствующего пола, возраста и роста, позволяют классифицировать кривые распределения артериального

давления в соответствии с размерами тела. Чаще всего используют центильные распределения с приведением либо полного ряда распределения, либо только наиболее важных для диагностики отрезных точек – центилей. В 2003 г. появились новые данные о 50, 90, 95 и 99 процентилях кривых распределения артериального давления для соответствующего пола, возраста и роста [11].

Терминология артериальной гипертензии и тактика диспансерного наблюдения детей и подростков с повышенным АД в Российской Федерации в настоящее время регламентирована рекомендациями Всероссийского научного общества кардиологов и Ассоциацией детских кардиологов России (Москва, 2003). Несмотря на успехи современной медицины, диагностика артериальной гипертензии в детском возрасте нередко представляет трудности. В одних случаях артериальная гипертензия остается нераспознанной, а в других – имеет место гипердиагностика этого заболевания. В любом случае диагностические ошибки влекут за собой ошибочные терапевтические действия, способствуя ухудшению прогноза у данного контингента больных.

Применительно к нормативам показателей артериального давления мы имеем дело с растущим организмом, что обуславливает необходимость соотношения уровня АД с возрастом и степенью полового созревания; даже

НИКОЛАЕВА Людмила Алексеевна – директор Педиатрического центра РБ№1-НЦМ; **БУРЦЕВА Татьяна Егоровна** – к.м.н., н.с.с. ЯНЦ СО РАМН; **ЧАСНЫК Вячеслав Григорьевич** – д.м.н., проф., зав. кафедрой СПбГПМА.

при одинаковом возрасте антропометрические показатели резко различаются. Так, при учете длины тела в 5 - 14 лет исчезает связь между возрастом и АД, но при этом возрастает связь с соотношением массы тела в килограммах и длины тела в метрах [34]. Однако различные формулы определения уровня АД с использованием тех или иных антропометрических показателей не получили широкого распространения [21, 27, 20]. О необходимости учитывать половое созревание пишет и Л. Т. Антонова (1993), указывая, что при одинаковом возрасте наиболее высокий уровень АД отмечается у менструирующих девочек. Надо заметить, что все исследователи отмечают увеличение АД с возрастом, более выраженное для систолического АД (с рождения до 20 лет увеличивается у мальчиков в среднем на 2 мм рт. ст., а у девочек - на 1 мм рт. ст. в год), чем для диастолического АД (прирост около 0,5 мм рт. ст. в год). В 10 - 13 лет систолическое АД, как правило, выше у девочек, после 13 лет - у мальчиков. Нередко в подростковом возрасте (13 - 17 лет) диастолическое АД практически не меняется.

В целом критерии повышенного АД, предлагаемые группой экспертов США и полученные на основании ряда исследований в нашей стране [1], достаточно близко совпадают, особенно для возраста 15 лет (соответственно 136/86 и 135/85 мм рт. ст.). Для младших возрастных групп (до 12 лет) наши данные трудно сравнивать с американскими, поскольку мы за диастолическое АД принимали V фазу тонов Короткова, а в США - IV фазу. Нам это кажется не совсем логичным. Единственный подход как у взрослых, так и у детей, т.е. учет V фазы, представляется более привлекательным, несмотря на то, что имеется много доводов в пользу IV фазы.

Несмотря на то, что в России также широко распространены подобные исследования, считается, что значительных этнических или региональных особенностей значений артериального давления не описано.

Наследственность и генетические факторы в развитии АГ

Мультифакториальный характер АГ общепризнан, но продолжается поиск ее генетических маркеров. Роль наследственности и генетических факторов в развитии артериальной гипертензии в последнее время представлен в ряде работ [5, 13, 15-17].

Интересны результаты исследования Ю. И. Ровда (1995), показавшего у

детей ассоциативную связь АГ с носительством антигенов гистосовместимости HLA A11 и B22. По данным Александра А.А., Розанова В.Б. (1995), генетические факторы определяют 38% фенотипической изменчивости систолического и 42% - диастолического АД. Влияние наследственности со стороны матери проявляется в фенотипической изменчивости систолического и диастолического АД (соответственно 6 и 3%). Обследование 190 подростков и взрослых Смоленской области выявило, что в молодом возрасте ведущая роль в развитии АГ - наследственность (21,9%)[12].

У подростков с АГ и с редкими эпизодами подъема АД родители и пра-родители с гипертонической болезнью регистрировались в 85,0 и 81,8% случаев соответственно, против 34,2% - в контрольной ($p_{1-2} < 0,05$; $p_{1-3} < 0,01$) [7].

По данным ряда авторов [10, 17, 23], имеются отличия в распространенности АГ в зависимости от этнической принадлежности. Причиной этнических различий в заболеваемости АГ считаются особенности генетического фонда, которые определяются в развитии устойчивости к воздействию внешних факторов [15-17].

В настоящее время сформированы базы данных о полиморфизме генов кандидатов сердечно-сосудистых заболеваний в популяциях разных народов мира, проведен анализ ассоциаций полиморфных маркеров некоторых генов с риском развития эссенциальной гипертензии. По данным Мустафиной О.Е. (2004), проведен анализ ассоциаций полиморфных маркеров генов APOB (аполипопротеина В), APOE (аполипопротеина Е), LPL (липопротеинлипазы), PON1 (пароксоназы 1), CETP (белка переносчика эфиров холестерина) с эссенциальной гипертензией в популяции русских. Выборка больных эссенциальной гипертензией составила 180 чел., контрольная группа - 120 чел. Полиморфный маркер гена APOB ассоциирован с эссенциальной гипертензией: аллель APOB*R2 маркирует повышенный риск, тогда как аллель APOB*R2 и генотип APOB*R2/R2 - пониженный риск. Также с повышенным риском развития эссенциальной гипертензии связан генотип PON*B/*B.

Анализ распределения частоты генотипов полиморфного маркера Lis 198Asn гена EDN1 среди больных ГБ в якутской популяции Lis/Lis 74,3%, Lis/Asn, Asn/Asn-25,7%- достоверно

выше. В якутской популяции частота носителей генотипов гена NOS3 распределилось следующим образом: 4a/4a-1,5%, 4a/4b-29,9%, 4b/4b-68,7%. Носители генотипа 4b/4b гена NOS3 достоверно чаще у больных якутской национальности. Считается, что данные генотипы ассоциированы с пониженным риском развития АГ и накопление их в якутской популяции может быть признаком генотипической адаптации и подтверждает существование эффекта «выщепления» неблагоприятных генов [17].

Значение микро и макроэлементов в развитии АГ

В последние годы в развитии эссенциальной гипертензии все большую роль отводят значению микро- и макроэлементов (натрий, калий, кальций, магний) [33].

Калий играет роль в регуляции кровяного давления путем индукции натрийуреза и супрессией выработки и освобождения ренина. Избыточное потребление калия имеет обратную зависимость с уровнем как систолического, так и диастолического давления у детей [31]. Таким образом, в регуляции артериального давления более важное значение имеет потребление калия и учет соотношения калия и натрия в рационе питания [25].

В исследовании Hofman A. (1983) показана эффективность раннего диетического ограничения потребления натрия в течение 6 месяцев, приведшее к значительному снижению систолического давления. Исследование подростков показало, что ограничение потребления натрия приводит к снижению давления больше у девушек, чем у юношей [32]. Исследование же подростков с ожирением показало зависимость артериального давления от потребления натрия и обусловленность по мнению авторов, высокой концентрацией инсулина в плазме, высоким уровнем альдостерона и повышенной активностью симпатической нервной системы [30]. Falkner B. (1997) пришел к выводу, что чувствительность к натрию этнически гетерогенна и связана с наличием избыточного веса. Длительное ограничение потребления натрия в течение многих лет, по данным этих авторов, влияет на уровень кровяного давления.

Существует обратная корреляционная связь между потреблением кальция и уровнем артериального давления, что, по-видимому, связано с увеличением уровня кальция внутри клетки, что в свою очередь повышает

мышечный тонус и сосудистое сопротивление мелких артерий [26, 31].

Первичная профилактика АГ

Особое значение имеют вопросы профилактики артериальной гипертензии. Недостаточная эффективность профилактических программ у взрослых диктует необходимость поиска новых ранних превентивных мероприятий и их смещения в более ранние возрастные периоды. В связи с этим предпринятое комплексное решение поставленных вопросов позволит не только раскрыть возможные патогенетические механизмы формирования АГ, но и предложить эффективный и доступный метод немедикаментозной коррекции выявленных отклонений.

Давно известно, что уменьшение потребления соли приводит к снижению АД, однако связь этих двух факторов у детей и подростков неясна. Требуется дальнейшего изучения вопроса о чувствительности к потреблению соли и связи такой чувствительности с предрасположенностью к АГ. Поэтому представляются необоснованными рекомендации по ограничению потребления соли на популяционном

уровне, однако необходимо выявление пациентов, нуждающихся в таком ограничении, в первую очередь, вероятно, имеющих семейную предрасположенность к АГ. Преобладает мнение о целесообразности ограничения потребления соли до 5 г в день.

Организация программ, включающих ограничение потребления соли, связана с множеством проблем. Что касается выпуска продуктов с низким содержанием соли, то до сих пор не решен вопрос о том, как сделать их более вкусными, что особенно важно для детей и подростков. При модификации питания (это касается и борьбы с ожирением) необходимы согласованные действия учителей, школьной администрации (организация школьных завтраков) и родителей, чьи привычки зачастую весьма консервативны; далеко не все готовы их менять или готовить для ребенка отдельно.

Обычно применяемые немедикаментозные методы воздействия на все население или на выделенную группу пациентов с повышенным АД предусматривают использование средств массовой информации. Один из ме-

ханизмов эффективной профилактики риска развития и прогрессирования артериальной гипертензии – это создание школы артериальной гипертензии [9].

Роль семейной предрасположенности в развитии АГ несомненна, поэтому выяснение семейного анамнеза и проведение более энергичных профилактических мер именно в этой группе является оправданным. В частности вероятно, что среди таких пациентов чаще встречаются «солечувствительные» и им в первую очередь показана низкосолевая диета.

В заключение можно сказать, что в целом вопросам раннего выявления повышенного АД и его своевременной профилактики уделяется явно недостаточное внимание. Более пристальное изучение факторов, определяющих уровень АД в детском и подростковом возрасте и его возрастную динамику, позволит внести весомый вклад в борьбу с сердечно-сосудистыми заболеваниями, столь распространенными в современном мире.

Полная библиография к статье находится в редакции журнала.

ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Р.С. Васильева, М.С. Максимова

ФИНАНСОВЫЕ РЕСУРСЫ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

Система здравоохранения потребляет значительное количество материальных, кадровых и финансовых ресурсов

Финансирование здравоохранения в советские годы производилось только за счет средств бюджета, в настоящее время действует смешанное финансирование за счет нескольких источников: бюджетов различных уровней, средств обязательного медицинского страхования (далее ОМС) и доходов от предпринимательской деятельности – платных услуг населению, добровольного медицинского страхования, договоров с предприятиями на оказание медицинской помощи. Половина учреждений здравоохранения (306 из

605) финансируются из двух источников – бюджета и ОМС.

Фактическое финансирование системы здравоохранения Республики Саха (Якутия) за 1999-2006 гг. представлено в абсолютных данных табл.1 и в расчете на душу населения в рис.1.

Основным источником финансирования системы здравоохранения остается консолидированный бюджет Республики Саха (Якутия), но его доля в динамике постепенно снижается. Так, если в 1999 г. показатель составлял 66,1% всех государственных средств, то в 2006 г. 53,3%. Расходы консолидированного бюджета республики составили 4882,6 млн. руб., в том числе 2396,8 млн. руб. – расходы бюджетов муниципальных образований и 2485,8 млн. руб. – расходы республиканского бюджета. Кроме того, страховые взносы на ОМС неработающего населения за 2006 г. составили 1796,4 млн. руб.

Страховые взносы на ОМС неработающего населения возросли в 8,1

раза по сравнению с 1999 г. В 1999 г. платежи на страхование неработающего населения составили 222,4 млн. руб.

Отмечен существенный рост финансирования из федерального бюджета в связи с реализацией приоритетного национального проекта «Здоровье». За 2006 г. получено из федерального бюджета 658,2 млн. руб. (в табл.1 данные без учета финансирования национального проекта).

Фактическое финансирование системы здравоохранения за 2006 г. из государственных источников составило 9158,0 млн. руб. и возросло по сравнению с 1999 г. в 3,9 раза. Расходы по отрасли, включая все источники финансирования, в расчете на 1 жителя в 2006 г. составили 9987,7 руб. против 2398,5 руб. в 1999 г. (рост в 4,2 раза).

В структуре бюджета здравоохранения по источникам финансирования за период с 1999 по 2006 г. наблюдается увеличение доли средств ОМС и доли

ВАСИЛЬЕВА Розалия Семеновна – зам. министра здравоохранения РС (Я) по экономике и финансам; **МАКСИМОВА Марина Степановна** – гл. специалист планово-экономического отдела МЗ РС (Я).