

ISSN 1813-1905

4(16) `2006

YAKUT MEDICAL JOURNAL



Учредитель
Якутский научный центр
Российской академии медицинских наук
и Правительства Республики Саха (Якутия)

Соучредители:
Министерство здравоохранения РС(Я),
Медицинский институт ЯГУ им. М.К. Аммосова,
НПЦ «Фтизиатрия» МЗ РС(Я), Республиканский
центр по профилактике и борьбе со СПИД
МЗ РС(Я), ОАО ГСМК «Сахамедстрах»,
ОАО «Аргысмедстрах»

Главный редактор
Томский М.И.
Редакционная коллегия:
Заместители главного редактора:
Аргунов В.А., Петрова П.Г.
Научный редактор
Платонов Ф.А.
Зав. редакцией и ответственный секретарь
Николаев В.П.

Редактор
Чувашова И.И.

Перевод
Федоровой А.В.

Обложка Игнатьева В.Н.

Компьютерная верстка
Николашкиной А.А.

Редакционный совет:
Александров В.Л., Алексеев В.П., Гусев Е.И.
(Москва), Иванов П.М., Ивашкин В.Т. (Москва),
Игнатьев В.Г., Измеров Н.Ф. (Москва), Лугинов Н.В.,
Миронова Г.Е., Михайлова Е.И., Никитин Ю.П.
(Новосибирск), Пальшин Г.А., Пузырёв В.П.
(Томск), Тихонов Д.Г., Тырылгин М.А.,
Ханды М.В., Хуснутдинова Э.К. (Уфа)

Адрес редакции:
677019, г. Якутск, Сергеляхское шоссе, 4, ЦОМД
НЦМ, корпус С1-01,
тел. (4112) 32-17-48; 32-19-81
телефакс (4112) 32-19-81
e-mail: ysc@sacha.ru

ЯКУТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

НАУЧНО - ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ЯКУТСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА
РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК
И ПРАВИТЕЛЬСТВА РЕСПУБЛИКИ САХА /ЯКУТИЯ/

Выходит 4 раза в год

Зарегистрирован Саха-Якутским
территориальным управлением
Министерства Российской Федерации по делам печати,
телевещания и средств массовых коммуникаций
от 30 октября 2003 г.

Регистрационный номер ПИ №19-0465

Подписной индекс: 78781
Цена свободная

Содержание

Передовая статья

Иванов П.М., Томский М.И., Иванова Ф.Г., Каратаев П.Д.
Проблемы и перспективы специализированной помощи
больным раком легкого в РС(Я)

4

Оригинальные статьи

Егорова А.Г., Уварова Т.Е., Софронова С.И., Саввина М.С.
О состоянии здоровья работающего населения в различных
зонах РС(Я)

7

Тарабукина Л.В., Петрова С.Р., Константинова В.М.,
Анучина Е.И.

Значение скорректированного интервала QT у больных
постинфарктным кардиосклерозом

10

Слепцова П.А., Аверко Н.Н., Горбатов Ю.Н.
Сравнительная оценка течения вторичного инфекционного
эндокардита при дефекте межпредсердной перегородки
у жителей Крайнего Севера и средней полосы России

12

Бурцева Т.Е., Баишева Г.М., Часнык В.Г., Баишев М.А.,
Авксентьев В.И., Аргунов В.А.

Новая автоматизированная технология
диспансеризации детского населения в РС(Я)

14

Олесова Л.Д., Охлопкова Е.Д.
Оценка обеспеченности организма спортсменов
макронутриентами

16

Максимова С.С., Протопопова Р.Н., Кривошапкин В.Г.,
Эрдес Ш.Ф.

Распространенность ревматоидного артрита среди
сельских жителей РС(Я)

19

Николаев В.М., Гольдерова А.С.
Особенности адаптационной реакции у экспериментальных
животных при воздействии низких температур

21

Павлова Т.Ю., Филиппова Р.Д., Сидорова Л.А.,
Буторина А.Н., Аргунов В.А.

Абдоминальное родоразрешение в стационаре высокого
риска

23

Организация здравоохранения, медицинской науки и образования

Вербицкая Л.И.

Принципы формирования концепции охраны здоровья
матери и ребенка в РС(Я) на современном этапе

26

Егоров И.Я.
О деятельности Министерства здравоохранения РС(Я)
на стыке XX и XXI веков

28

Адамова Д.В.

Эпидемиологическая служба в РС(Я)

30

Егоров Б.А.

Об учителе

31

Здоровый образ жизни. Профилактика

Миронова Г.Е., Васильев Е.П.

Курение как фактор риска развития хронических
обструктивных заболеваний легких

32

Актуальная тема

Тихонов Д.Г.

Коренное население Арктики. Прошлое, настоящее
и будущее

36

Егорова Г.А.

Демографические показатели основных медико-
географических зон РС(Я)

40

Contents

The leading article

Ivanov P.M., Tomsy M.I., Ivanova F.G., Karataev P.D.
Problems and prospects of specialized medical care to patients
suffering lung cancer in the SR(Y)

Original articles

Egorova A.G., Uvarova T.E., Sofronova S.I., Savvina M.S.
State of health of the working population in various zones of
the SR(Y)
Tarabukina L.V., Petrova S.R., Konstantinova V.M., Anuchina E.I.

Value of Q-R-S-T interval among patients with postinfarction
cardiosclerosis

Sleptsova P.A., Avrenko N.N., Gorbatic Y.N.
Comparative estimation of secondary infectious endocarditis
course with atrioseptal defect among inhabitants of the Far
North and middle zone of Russia

Burtzeva T.E., Baisheva G.M., Chasnyk V.G., Baishev M.A.,
Avksentiev V.I., Argunov V.A.

The new automated technology of dispensary system of
children in the SR(Y)

Olesova L.D., Okhlopko E.D.

Estimation of maintenance of sportsmen's organism with
macronutrients

Maksimova S.S., Protopopova R.N., Krivoshapkina V.G.,
Erdes Sh.F.

Prevalence of atrophic arthritis among rural inhabitants of the
SR(Y)

Nikolaev V.M., Golderova A.S.

Features of experimental animals' adaptable reaction under the
influence of low temperature

Pavlova T.Y., Phillipova R.D., Sidorova L.A., Butorina A.N.,
Argunov V.A.

Abdominal delivery in the conditions of high risk

Public health services and medical science organization

Verbitskaya L.I.

Principles of forming the conception of mother's health
protection in the SR(Y) in modern stage

Egorov I.Y.

The Ministry of Health of the Sakha Republic activity on the
edge of the XXth and XXIth centuries

Adamova D.V.

Epidemiologic service in the Sakha Republic

Egorov B.A.

One word about teacher

Healthy lifestyle. Prophylaxis

Mironova G.E., Vasiliev E.P.

Smoking as a risk factor of chronic obstructive lungs diseases
development

An actual theme

Tikhonov D.G.

Indigenous population of the Arctic: past, present and future

Egorova G.A.

Demographic index of the main medicogeographical zones in
the SR(Y)



Обмен опытом

- Махарова Н.В., Пинигина И.А., Захарова А.А., Кузьмина Н.Г.
Физическое перенапряжение сердечно-сосудистой
системы у спортсменов 44
Борисова Е.А., Дуглас Н.И.
Профилактика невынашивания беременности у женщин
с воспалительными заболеваниями урогенитального
тракта 47

Из хроники событий года 50**Случай из практики**

- Габышев А.Н., Грызлов А.Ю., Сивцев В.В.
Гипернефрома у больного с подковообразной почкой 54
Васильева Н.А., Прокопьева И.И.
Случай лейкемической опухоли головного мозга
с успешным лечением 54

Трибуна главного специалиста

- Аргунов В.А.
Состояние и перспективы развития патологоанатомической
службы в РС(Я) 56

Научные обзоры, лекции, рецензии

- Федорова А.А., Томская Т.Ю., Махарова Н.В.
Современные подходы в лечении фибрилляции
и трепетания предсердий 56
Павлов Н.Г., Алексеева Г.И., Черных М.В.
Новые технологии в лабораторной диагностике
туберкулеза 62

Юридические вопросы

- Шадрин В.П., Гордеев В.И., Тимченко Г.П.
Современные этические и медико-юридические
проблемы в работе анестезиологов-реаниматологов 68

Страницы истории

- Алексеева Г.И.
Прошлое и настоящее фтизиобактериологии Якутии 69
Павлова З.В.
Сифилис в Российской империи: заболеваемость
и борьба с сифилисом в Якутской области 73
Стручкова А.Н.
Якутское городское здравоохранение (1975-1995 гг.) 78
Гостхоржевич Е.Я.
Записки эпидемиолога (моя жизнь) 80

Наши юбилары

- Народный врач СССР Л.И. Бабенко 82
Зинаида Ефремовна Линева 83

Память

- Алкивиад Исидорович Иванов 84

Объявления. Информация

- Указатель материалов, опубликованных в «Якутском
медицинском журнале» в 2006 г. 86

Exchange of experience

- Makharova N.V., Pinigina I.A., Zakharova A.A., Kuzmina N.G.
Athletic overexertion of cardiovascular system among
sportsmen
Borisova E.A., Douglas N.I.
Prophylaxis of miscarriage among women with inflammatory
disease of urogenital tract

From chronicle of year events**A case from practice**

- Gabishev A.N., Grizlov A.Y., Sivtsev V.V.
Hypernephroma among patients with horseshoe kidney
Vasilyeva N. A., Prokopyeva I.I.
A case of leukemia brain tumor with successful treatment

Tribune of the chief specialist

- Argunov V.A.
State and perspective of pathology service in the SR(Y)

Scientific surveys, lections, recensions

- Fyodorova A.A., Tomskaya T.Y., Makharova N.V.
Modern approach to atrial flutter and fibrillation treatment
Pavlov N.G., Alekseeva G. I., Chernikh M. V.
New technologies in laboratory diagnostics of tuberculosis

Juridical issues

- Shadrin V.P., Gordeev B.I., Timchenko G.P.
Modern ethic and medicojuridical issues in anaesthetist and
expert in resuscitation activity

Pages of history

- Alekseeva G.I.
The past and present of phthisiobacteriology in Yakutia
Pavlova Z. V.
Syphilis in the Russian empire: sickness rate and fight against
syphilis in Yakut oblast
Struchkova A.N.
Yakutsk public health service in 1975-1995 years
Gostkhorjevich E.Y.
The Letters of epidemiologist

Whose anniversary is celebrated

- Honored doctor of the USSR Babenko L.I.
Z.E. Lineva

Memory

- A.I. Ivanov

Announcement. Information

- Materials published in "Yakut Medical Journal" during 2006 year

ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ

П.М. Иванов, М.И. Томский, Ф.Г. Иванова, П.Д. Каратаев

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ
БОЛЬНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО
В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

Начало XXI в. характеризуется тем, что рак легкого (РЛ) остается одной из основных причин смерти онкологических больных. Если учесть, что ежегодно в мире раком легкого заболевает 1,2 млн. чел. и что число умерших от этого заболевания близко к числу заболевших (ежегодно регистрируются более 900 тыс. смертей от РЛ), то очевидна социально-экономическая значимость проблемы предупреждения, диагностики и лечения рака легкого.

В России в год раком легкого заболевает 63,1 тыс. чел., что составляет 14,1% в структуре заболевания населения страны, а число умерших от него равнялось 58,9 тыс., т.е. отношение числа умерших к числу заболевших («груз заболевания») составило 0,93 (общемировой показатель 0,86). По данным В.И. Чиссова и В.В. Старинского (2006), ведущими локализациями в структуре заболеваемости 3Н мужского населения РФ являются легкое (22,3%), желудок (11,4%), кожа (9,5%, с меланомой – 10,7%), предстательная железа (6,9%), ободочная кишка (5,5%). У женщин значительна доля рака молочной железы (19,8%), кожи (13,5%, с меланомой – 15,3%), желудка (7,7%), ободочной кишки (6,9%) и тела матки (6,7%). Рак легкого по этим показателям занимает 10-ю ранговую позицию (4,1%). Риск умереть от злокачественных опухолей легкого в возрасте 0-74 года в 2004 г. составил 14,5% (для мужчин 20,8, женщин – 10,3). Из 1000 новорожденных в РФ мальчиков на протяжении жизни 49 рискуют заболеть и 46 – умереть от рака легкого, девочки – 10 и 9 соответственно (Двойрин В.В., Трапезников Н.Н., 1996). Незначительные различия между вероятностями заболеть и умереть обусловлены высокой

летальностью при этом заболевании.

В Дальневосточной экономической зоне каждая четвертая выявляемая злокачественная опухоль у мужчин (24,5%) и каждая восемнадцатая у женщин (5,6%) являются новообразованием в легком. Соотношение заболеваемости мужчин и женщин составляет 4,4:1,0. Частота выявляемости рака легкого у мужчин в разных регионах ДВ колеблется в довольно широких пределах: от 20,9% в Камчатской области до 26,5% в Хабаровском крае, у женщин – от 3,5% в Камчатской области до 10,5% в Республике Саха. Отметим, что Якутия по частоте заболеваемости раком легкого всего населения среди территорий, входящих в состав Дальневосточной экономической зоны, занимает первое место (17,1%).

Сравнивая динамику показателей заболеваемости раком легких за 15-летний период (с 1990 по 2004 г.), уместно отметить, что во всех административных территориях, входящих в состав зоны Дальнего Востока, отмечается отрицательный сдвиг стандартизованных показателей как мужского, так и женского населения (табл. 1).

Исключение составляют показатели заболеваемости мужчин Магаданской области (1,03%). Между тем, по данным МЗ РФ, Чукотский АО и Магаданская область в 2004 г. по уровню заболеваемости (мировой стандарт) мужского населения занимали соответственно I и II места среди прочих 80

учтенных территорий, входящих в состав РФ. Республика Саха (20,26‰), Чукотский АО (18,76‰) и Магаданская область (15,8‰) по этим показателям среди женщин занимают соответственно первые три ранговые места в РФ.

Как представлено на рисунке, в 1990 г. в структуре заболеваемости мужского населения Республики Саха злокачественными новообразованиями первые пять мест занимали: рак легкого (24,8%), желудка (18,1%), пищевода (12,4%), печени (6,9%) и гемобласты (5,5%).

К 2005 г. в структуре заболеваемости мужчин произошли значительные изменения. Так, среди лиц с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования наблюдалось снижение числа больных, заболевших раком пищевода, желудка, легкого и гемобластозов, в то время как в показателях заболеваемости раком печени, КРР, поджелудочной железы, кожи, простаты и почки наблюдался прирост. В итоге рак печени к концу наблюдения занял 3-ю ранговую позицию после рака легкого (23,7%) и желудка (14,2%).

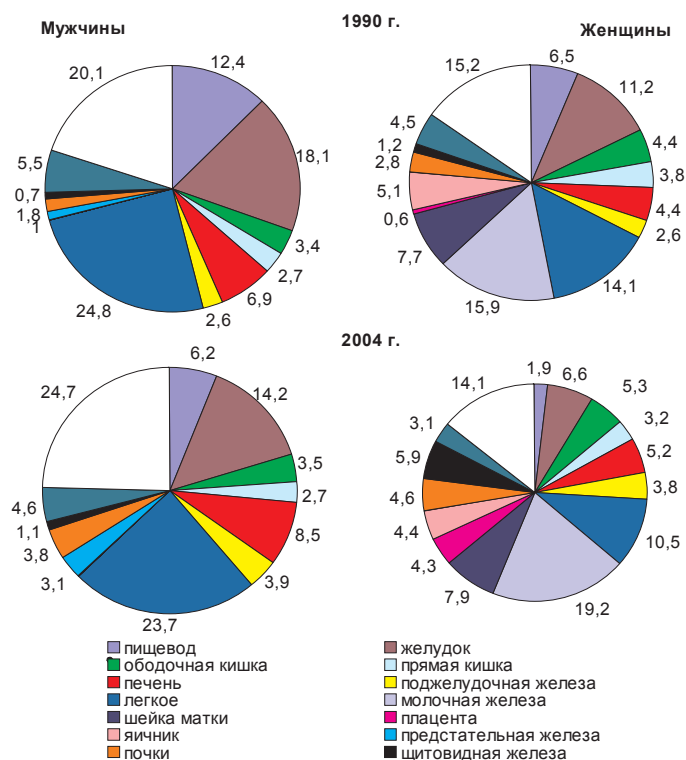
У женского населения в 1990 г. первые четыре места по рангу занимали рак молочной железы (15,9%), легкого (14,1%), желудка (11,2%) шейки матки (7,7%). В 2004 г. у женщин рак молочной железы (19,2%) и легкого (10,5%) сохранили свои лидирующие позиции.

Таблица 1

Сравнительная характеристика динамики показателей
заболеваемости раком легких населения Дальнего Востока и Якутии
за 1990–2004 гг. (мировой стандарт)

Республика, область	Мужчины			Женщины		
	1990	2004	Темп прироста	1990	2004	Темп прироста
Республика Саха	84,8	62,3	-2,10	31,8	20,3	-0,63
Приморский край	81,9	66,6	-0,81	12,4	9,1	-0,73
Хабаровский край	89,6	77,7	-0,87	12,9	10,2	-0,79
Еврейская АО	-	77,1	-	-	11,2	-
Амурская обл.	77,2	61,8	-0,80	10,7	6,8	-0,63
Камчатская обл.	101,2	59,5	-0,59	10,2	7,1	-0,69
Магаданская обл.	94,2	97,6	1,03	17,0	15,8	-0,93
Чукотский АО	-	117,6	-	-	18,7	-
Сахалинская обл.	104,9	83,8	-0,80	16,9	9,2	-0,54
Россия	79,5	58,9	-0,74	8,2	6,9	-0,84

ИВАНОВ Петр Михайлович – д.м.н., проф., зав. курсом онкологии МИ ЯГУ, зав. лаб. ЯНЦ РАМН и Правительства РС(Я); **ТОМСКИЙ Михаил Иннокентьевич** – д.м.н., проф., директор ЯНЦ РАМН; **ИВАНОВА Федосия Гаврильевна** – к.м.н., врач-онколог высшей квалиф. категории, зав. лаб. ЯНЦ РАМН; **КАРАТАЕВ Петр Дмитриевич** – отличник здравоохранения РС(Я) и РФ, гл. врач ЯРОД.



Структура заболеваемости 3Н населения РС (Я) в 1990 и 2004 гг.

Далее по величине частоты заболеваемости следуют рак шейки матки (7,9%), желудка (6,6%), щитовидной железы (5,9%), ободочной кишки (5,3%) и печени (5,2%) и др.

В республике за три пятилетних срока (1990-2004гг.) стандартизованные показатели заболеваемости раком легкого у обеих групп населения имели тенденцию к снижению (от 84,8⁰/₀₀₀₀ в 1990 г. до 62,3 в 2004 г. у мужчин и соответственно с 31,8 до 20,2⁰/₀₀₀₀ – у женщин) (табл. 2).

Отмеченные коэффициенты заболеваемости у женщин превышают аналогичные в целом по стране в 3 раза. Интенсивный показатель заболеваемости РЛ среди мужчин возрос на 3,5%, а у женщин, наоборот, снизился

возраста в довольно широких пределах: от -0,90 до -5,30% (соответственно в возрастной группе старше 70 лет и от 30 до 39 лет). Выявленная особенность динамики указанных коэффициентов у женщин заключалась в том, что наиболее высокий темп снижения зарегистрирован в возрастной группе от 50 до 59 лет, соответствующий -3,45%.

К 2010 г., предположительно, в прогностическом среднегодовом темпе прироста стандартизованных коэффициентов заболеваемости у мужчин будет наблюдаться некоторое увеличение с тенденцией к стабилизации (0,2%), а у женщин, наоборот – к снижению (-1,6%). По нашим данным, для Якутии в динамике заболеваемости

на 2,3%. Последнее свидетельствует об истинном характере роста заболеваемости раком легкого у мужского населения РС(Я). При этом среднегодовой темп прироста грубых показателей составил у мужчин 0,05, а у женщин – -0,70%.

Согласно полученным нами данным, у мужчин наиболее характерным было наблюдавшееся во всех возрастных группах снижение темпов прироста заболеваемости, которое колебалось в зависимости от

наиболее характерно преобладание среди заболевших раком легкого мужчин людей более пожилого и старческого возраста, в то время как у женщин преобладает удельный вес людей относительно молодого возраста.

По нашим подсчетам, основанным на стандартизованных (мировой) по полу и возрасту показателях, рассчитанных на 100000 населения, уровни заболеваемости РЛ в разных климатогеографических зонах республики варьируют в весьма широких пределах. Наивысшими показателями заболеваемости у мужского населения отличаются: Нерюнгринский (156,8⁰/₀₀₀₀), Нижнеколымский (151,8), Момский (138,6) и Жиганский (137,6) улусы. Минимальные показатели заболеваемости отмечены в Амгинском (41,4), Намском (42,8) и Усть-Янском (44,9⁰/₀₀₀₀) улусах.

Наиболее высокие показатели заболеваемости женщин раком легкого зарегистрированы в Момском (81,6⁰/₀₀₀₀), Таттинском (62,8) и Нюрбинском (61,6) улусах, а минимальные – в Алданском (12,3⁰/₀₀₀₀), Ленском (13,2), Оймяконском (13,3) и Усть-Майском (13,9⁰/₀₀₀₀) улусах.

Одной из трудноразрешимых проблем онкологической службы вообще, а рака легкого в частности, являются вопросы своевременной диагностики. В республике для качества показателей диагностики большое значение имеет обширность территории обслуживания, огромные расстояния между мелкими населенными пунктами и их удаленность от центральных улусных больниц, следовательно их труднодоступность. Не секрет, что на современном этапе социально-экономического развития общества в России эти проблемы в региональных условиях Якутии практически стали непреодолимыми препятствиями для проведения ежегодных профилактических осмотров всего населения и улучшения качественных показателей ранней диагностики. Для справедливости отметим, что вопросы профилактики и лечения злокачественных опухолей легких всегда были и остаются одними из трудноразрешимых задач современной отечественной медицины и практики. Еще Т. Barclay в начале 90-х гг. XX столетия отметил, что общая стоимость выявления 1 больного раком легкого составляет 6,8 тыс. долларов, а на одного больного в резектабельной стадии болезни потребуется средств в 10 раз больше. Проведенный анализ основных показателей состояния онкологической помощи

Таблица 2

Динамика половозрастных показателей заболеваемости населения РС (Я) раком легкого за 1990 и 2004 гг.

Пол	Год	На 100000 населения соответствующего возраста						ГП	Мировой	Ср. возраст больных
		до 29 лет	30-39	40-49	50-59	60-69	70+			
Мужчины	1990	-	6,6	50,7	211,5	572,4	541,3	44,6	84,8	66,4
	2004	-	2,9	38,0	169,3	332,3	471,9	48,1	62,3	67,1
Темп прироста			-5,30	-1,95	-1,45	-3,55	-0,9	0,05	-2,05	
Женщины	1990	0,3	1,8	5,0	62,3	23,6	222,6	22,6	31,8	71,3
	2004	-	-	7,2	38,1	125,4	189,8	20,3	20,2	68,8
Темп прироста				0,15	-3,45	0,75	-1,05	-0,70	-3,20	

больным раком легкого в РС (Я) за 1990-2004 гг. наглядно демонстрирует остроту данной проблемы в условиях Крайнего Севера.

За указанный период в республике ежегодные экстенсивные показатели выявляемости РЛ на профилактических осмотрах составили 10,4% (в РФ 16,7%). Среди больных с впервые в жизни установленным раком легкого доля гистологически подтвержденных случаев диагноза достигает 37,1% (в РФ 49,9%). Как известно, на сегодняшний день наиболее совершенным методом морфологической верификации опухоли является иммуногистохимический анализ. В данное время ставится вопрос о приобретении и развертывании комплекса «Иммуногистохимическая лаборатория» в ЯРОД. Внедрение этого метода в клинику дало бы возможность проводить эффективное, экономически обоснованное и отвечающее современным стандартам лечение. К большому сожалению, за последние годы в РС(Я) доля больных, выявленных в I-II стадии заболевания, более чем в 2 раза ниже (8,6%) по сравнению со средними федеративными показателями (20,7% в 1999 г.). За этот период времени показатель одногодичной летальности (75,4%) в 1,5 раза превысил долю больных с IV стадией (48,1%), а в 8-10% случаев рака легких диагноз был выставлен посмертно. В РС (Я) на 100 больных с впервые в жизни установленным диагнозом РЛ в течение года приходится 90,7 умерших (табл. 3).

Между тем, благодаря тесному сотрудничеству с Территориальным фондом ОМС, больные в полной мере обеспечены всеми необходимыми лекарственными средствами и получают химиотерапевтическую помощь на уровне ведущих онкологических центров страны. Тем не менее в РС(Я) остро стоит проблема адекватного лечения рака легкого, включающего в себя наряду с хирургическим пособием лучевую и лекарственную терапию. На протяжении всего периода наблюдения из общего количества больных раком легкого число получивших специализированное лечение в полном объеме имело тенденцию к снижению, причем темпами, опережающими средние федеративные показатели. Если в первые пять лет (1990-1994 гг.) доля лиц, закончивших лечение по радикальному варианту, составила 40,6% (РФ-28,7%) от общего числа больных, зарегистрированных за тот же период, или 69,1% (РФ-50,2%) больных с I-III ст. заболевания, то в третью пятилетку (2000-2004 гг.) эти показате-

Таблица 3
Показатели онкологической помощи больным раком легкого в РС (Я) в 1990-2004 гг., %

Годы	Морфологическая верификация диагноза	Выявлено при профосмотрах	Распределение вновь выявленных больных по стадиям процесса			Летальность на 1-м году жизни с момента установления диагноза	На 100 новых больных приходится умерших
			I - II	III	IV		
1990-1994	37,3	13,0	8,7	50,1	41,2	68,4	93,6
1995-1999	37,4	9,0	7,5	44,5	48,0	78,5	89,9
2000-2004	36,7	9,3	9,5	44,6	45,9	80,6	88,5
1990-2004	37,1	10,4	8,6	46,4	45,0	75,4	90,7

Таблица 4

Лечение больных раком легкого в РС (Я) за 1990-2004 гг.

Регион	Годы наблюдения	Число закончивших специализированное лечение						
		на 100 новых больных		С использованием методов				
		всего	с I-III ст. заболевания	только хирургического	только лучевого	только лекарственного	комбинированного или комплексного	кроме того химиолучевого
РС-Я	1990-1994	40,6	69,1	4,1	2,7	45,4	12,3	35,5
РФ	1990	28,7	50,2	39,1	18,1	15,5	17,2	10,2
РС-Я	1995-1999	29,3	56,3	8,6	15,1	42,7	9,9	23,7
РФ	1999	25,4	44,2	38,6	18,8	10,4	22,2	10,0
РС-Я	2000-2004	11,0	20,5	19,3	11,8	27,3	30,4	11,2
РФ	2004	25,3	42,1	43,5	10,2	5,2	33,1	8,0
РС-Я	1990-2004	27,4	49,9	7,6	8,4	42,1	13,8	28,1

Таблица 5

Дополнительные показатели состояния онкологической помощи больным раком легкого в РС (Я) за 1990-2004 гг.

Год	Находились под наблюдением на конец года		Из них: 5 и более лет		Индекс накопления
	абс. число	на 100 тыс. населения	абс. число	% к общему числу наблюдений	
1990	315	28,3	36	11,4	0,84
1995	337	32,1	75	22,3	1,08
2000	396	40,1	117	29,5	1,28
2004	421	44,3	138	32,8	1,42

тели составили соответственно 11,0 (РФ-25,3) и 20,5% (РФ – 42,1).

Удельный вес больных, закончивших полный курс лечения, с использованием только хирургического и комбинированного методов лечения, составил 21,4%, или почти в 3 раза ниже, чем средние федеративные показатели (в РФ – 60,8% в 1999 г.) (табл. 4).

Больные в большинстве своем специальное лечение получили с использованием консервативных методов терапии, в связи с этим, хотя они были проведены в радикальном варианте, они не могут считаться в полной мере таковыми. Тем не менее в Республике Саха «полноценному радикальному лечению» подвергается примерно каждый четвертый (27,4% в 1990-

2000 гг.) из числа больных с впервые в жизни установленным раком легкого, или каждый второй (49,9%) из числа больных I-III ст. болезни.

Как видно из табл. 5, за анализируемый период численность больных раком легкого выросла более чем в 1,3 а индекс накопления – в 1,7 раза. Между тем в 2004 г. показатели индекса накопления заболеваемости населения РС (Я) раком легкого остаются сравнительно низкими (1,42), чем в среднем по стране (2,0).

Положительная динамика в тенденции индекса накопления свидетельствует о некотором улучшении онкологической помощи в республике. Этому способствовало внедрение в клинической практике оценки эффективно-

сти и токсичности лекарственных препаратов, которая позволяет наметить пути совершенствования терапии рака легкого, установить стандартные дозовые режимы и разработать новые лекарственные комбинации.

В течение ряда лет в ОМС ЯРОД идет процесс внедрения «канцер-регистра», который должен не только значительно облегчить работу сотрудников ОМС, но и призван помочь совершенствовать онкологическую помощь населению региона путем своевременного принятия управленческих решений. В данное время вводятся сведения о впервые выявленных больных злокачественными новообразованиями за последние 2-3 года. Безусловно, в будущем планируем войти в состав системы популяционных регистров России.

Заключение. Для Республики Саха высокие показатели заболеваемости раком легких и связанные с этим зна-

чительные социально-экономические потери (около 50 млн. руб. ежегодно) позволяют обоснованно рассматривать борьбу со злокачественными новообразованиями легких как одну из архиважных задач современной медицинской науки и практики, требующих безотлагательного решения. В республике онкологическая ситуация по раку легкого крайне напряженная. В связи с этим как мера противораковой борьбы на первый план выступает система интегрированного подхода, в которой предусматривались бы комплекс мер, направленных на уменьшение воздействия на организм человека неблагоприятных экологических факторов среды – борьба за здоровый образ жизни, борьба с курением, коренное улучшение качества проводимых мероприятий, направленных на уменьшение выбросов в атмосферу потенциально вредных для живого организма веществ, и улучшение качества спе-

циализированной помощи. Для достижения поставленной цели первостепенное, общегосударственное значение имеет задача, требующая безотлагательного решения, – создание республиканского центра онкологии с соответствующей клинической базой и техническим оснащением. Открытие во всех ЦУБ кабинетов профилактики значительно улучшило бы осуществление мер по профилактике и ранней диагностике злокачественных новообразований на всех этапах оказания медицинской помощи населению. На современном этапе наиболее приемлемым мог бы быть рекомендуемый экспертами ВОЗ массовый (популяционный) профилактический осмотр с использованием методики предварительного скрининга, то есть целенаправленного подбора больных для дальнейшего проведения углубленного инструментально-морфологического обследования.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

А.Г. Егорова, Т.Е. Уварова, С.И. Софронова, М.С. Саввина О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ В РАЗЛИЧНЫХ ЗОНАХ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

Цель исследования. Оценка состояния здоровья работающего населения, проживающего в различных климатогеографических зонах Республики Саха (Якутия).

Материалы и методы. В экспедиционных условиях методом комплексного медицинского осмотра проведено скрининговое обследование 540 работающих лиц.

Результаты исследования. Установлены значительные различия в распространенности патологии органов пищеварения, эндокринной и нервной систем между группами коренного и некоренного трудоспособного населения республики (48,2% против 27,6, $p < 0,001$; 33,0% против 15,8, $p < 0,001$; 31,2% против 20,4, $p < 0,01$ соответственно). Выявлены региональные особенности распространенности основных классов болезней среди работающего населения РС (Я). В Северной зоне республики болезни эндокринной, нервной системы и органов дыхания установлены достоверно чаще, чем в Центральной и Южной зонах (49,0% против 22,7 и 12,0, $p < 0,001$; 41,5% против 26,9 и 16,7, $p < 0,01$; 20,5% против 5,0 и 9,5, $p < 0,01$ соответственно).

Выводы. Распространенность основных классов болезней среди трудоспособного населения РС (Я) имеет существенные различия в зависимости от зоны проживания. Наиболее высокие показатели заболеваемости работающего населения по результатам комплексного медицинского осмотра наблюдаются в Северной зоне республики.

Ключевые слова: трудоспособное население, климатогеографические зоны, комплексный медицинский осмотр.

Aim. An estimation of a state of health of the working population living in various climatic and geographic zones of the Sakha Republic (Yakutia).

Methods and materials. Screening was conducted on 540 working persons in expeditional conditions by a method of complex medical examination.

Results. Significant distinctions in prevalence of a pathology of organs of digestion, endocrine and nervous systems between indigenous and non-indigenous able-bodied population of the republic are established (48,2% to 27,6, $p < 0,001$; 33,0% to 15,8, $p < 0,001$; 31,2% to 20,4, $p < 0,01$ accordingly). Regional features of prevalence of the main classes of illnesses among working population of the Sakha Republic (Yakutia) are revealed. In Northern zone of the republic the illness of endocrine, nervous system and organs of breath are established authentically more often, than in the Central and Southern zones (49,0% to 22,7% and 12,0, $p < 0,001$; 41,5% to 26,9 and 16,7, $p < 0,01$; 20,5% to 5,0 and 9,5, $p < 0,01$ accordingly).

ЕГОРОВА Айталиа Григорьевна – к.м.н., зав.лаб. ЯНЦ РАМН и Правительства РС(Я);
УВАРОВА Татьяна Егоровна – к.м.н., с.н.с. ЯНЦ РАМН; СОФРОНОВА Саргылана Ивановна – гл. спец. НОО ЯНЦ РАМН; САВВИНА Майя Семеновна – м.н.с. ЯНЦ РАМН.

Conclusion. Prevalence of the basic classes of illnesses among able-bodied population of the Sakha Republic (Yakutia) has essential distinctions depending on the zone of residing. The highest parameters of morbidity of the working population by results of complex medical examination are observed in Northern zone of the republic.

Key words: able-bodied population, climatic and geographic zones, complex medical examination.

Введение. Отличительной чертой медико-демографической ситуации в Республике Саха (Якутия) в последние годы является резкий рост преждевременной смертности трудоспособного населения. Так, по данным официальной статистики, уровень смертности трудоспособного населения с 1990 по 2004 г. возрос с 4,9 до 7,6 на 1000 населения. Таким образом, в настоящее время в республике создалась реальная угроза дефицита трудовых ресурсов, что придает проблеме охраны здоровья трудящихся особую значимость.

Целью данной работы явилась оценка состояния здоровья работающего населения, проживающего в различных климатогеографических зонах Республики Саха (Якутия).

Материалы и методы. В экспедиционных условиях проведен комплексный медицинский осмотр 540 работающих лиц, проживающих в различных зонах Якутии: Центральной (с. Тит-Ары Хангаласского улуса - 119), Южной (г. Олекминск - 221), Северной (г. Среднеколымск - 200). Среди обследованных преобладали женщины (411 чел. или 76,1%), мужчин было значительно меньше (129 или 23,9%). Возраст работающих колебался от 16 до 70 лет. Наибольшей по численности оказалась группа лиц в возрасте от 40 до 49 лет (221 чел. или 40,9%). В возрасте до 20 лет было всего 5 чел. (0,9%), старше 60 лет - 28 (5,2%). Среди обследованных не было ни одного работающего старческого возраста (старше 75 лет). Меньшее число мужчин не было связано со специальным отбором, а соответствовало общей тенденции формирования трудовых ресурсов в республике.

В комплексном медицинском осмотре участвовали следующие специалисты: кардиолог, гастроэнтеролог, невролог, пульмонолог, эндокринолог, онколог, гинеколог, эндоскопист, врач УЗИ, цитолог. При наличии показаний проводили следующие дополнительные методы исследования: электрокардиографию, рентгенографию органов грудной клетки в 2 проекциях, томографию легких, фиброэзофагогастродуоденоскопию, колоноскопию с последующим цитологическим исследованием материала, эхографию щи-

товидной железы, органов брюшной полости и малого таза.

Результаты и обсуждение. Анализ распространенности основных классов болезней среди работающих лиц показал, что почти у половины обследованных были зарегистрированы болезни системы кровообращения (248 - 45,9%) и органов пищеварения (229 - 42,4%). Данные классы болезней приблизительно с одинаковой частотой преобладали как у мужчин (41,1 и 46,5% соответственно), так и у женщин (47,4 и 41,1% соответственно). Однако при сопоставлении частоты остальных классов болезней у мужчин и женщин были обнаружены значительные различия. Так, у женщин достоверно чаще документировались болезни эндокринной системы (32,6% против 14,0, $p < 0,001$), органов дыхания (15,1 против 4,7, $p < 0,001$), мочеполовой системы (16,5 против 7,0, $p < 0,01$), нервной системы (30,4 против 20,9, $p < 0,05$), а также новообразования (9,3 против 3,9%, $p < 0,05$) (рис. 1).

Учитывая разнородный этнический состав обследованных лиц, особый интерес представляли данные о распространенности основных классов болезней среди коренного и некоренного населения. С этой целью нами было проведено сопоставление частоты выявленной патологии у 388 коренных и 152 некоренных жителей республики (рис. 2).

Результаты сравнительного анализа показали, что заболевания эндокринной системы у коренного населения республики встречались в 2 раза чаще, чем у пришлого населения

(33,0% против 15,8, $p < 0,001$). Коренное население значительно превосходило некоренное и по частоте регистрации болезней органов пищеварения (48,2% против 27,6, $p < 0,001$).

Кроме того было установлено, что коренные жители статистически достоверно чаще имеют заболевания нервной системы (31,2% против 20,4, $p < 0,01$). В свою очередь, у некоренного населения отмечалась тенденция к более частому выявлению заболеваний органов кровообращения (52,0% против 43,6, $p > 0,05$).

Таким образом, полученные данные позволяют констатировать, что в целом состояние здоровья у коренного трудоспособного населения Якутии находится на более низком уровне, чем у некоренного пришлого населения. Высокий уровень заболеваемости коренного населения, вероятно, свидетельствует о негативных последствиях локального и глобального нарушения экологического равновесия в нашей республике в современных условиях. В связи с данным обстоятельством нам представлялось интересным сопоставить распространенность отдельных видов патологии в различных зонах республики (табл.1).

Данные таблицы указывают на то, что наиболее неблагоприятная ситуация с состоянием здоровья трудящихся сложилась в Северной зоне. Здесь почти у каждого второго обследованного были установлены те или иные

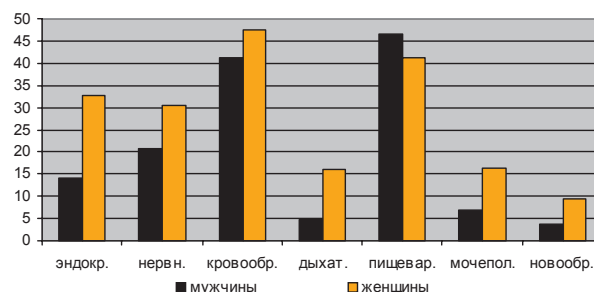


Рис.1. Распределение основных классов болезней среди работающего населения РС (Я) в зависимости от пола

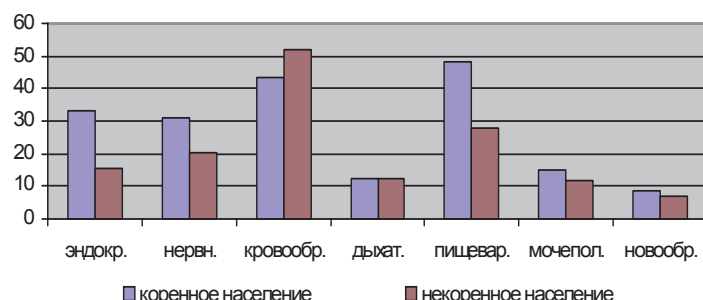


Рис. 2. Распределение основных классов болезней среди коренного и некоренного работающего населения РС (Я)

Таблица 1

Распределение основных классов болезней по различным регионам РС (Я)

Класс болезней	Число больных	Зоны РС (Я)						Р
		Южная (n=221)		Северная (n=200)		Центральная (n=119)		
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	
		15	6,8	13	6,5	16	13,4	1-2>0,05 1-3>0,05 2-3>0,05
		27	12,2	98	49,0	27	22,7	1-2<0,05 1-3<0,05 2-3<0,05
VI Болезни нервной системы	152	37	16,7	83	41,5	32	26,9	1-2<0,05 1-3<0,05 2-3<0,05
IX Болезни системы кровообращения	248	103	46,6	108	54,0	37	31,1	1-2>0,05 1-3<0,05 2-3<0,05
X Болезни органов дыхания	68	21	9,5	41	20,5	6	5,0	1-2<0,05 1-3>0,05 2-3<0,05
XI Болезни органов пищеварения	229	58	26,2	105	52,5	66	55,5	1-2<0,05 1-3<0,05 2-3>0,05
XIV Болезни мочеполовой системы	77	22	10,0	10	5,0	45	37,8	1-2<0,05 1-3<0,05 2-3<0,05

Таблица 2

Клиническая структура болезней органов пищеварения в различных регионах РС(Я)

Заболевания	Число больных с каждым видом патологии	Зоны РС (Я)						Р
		Южная (n=221)		Северная (n=200)		Центральная (n=119)		
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Хронический эзофагит	11	2	0,9	8	4,0	1	0,8	1-2<0,05 1-3>0,05 2-3<0,05
Гастроэзофагальный рефлюкс	20	3	1,4	16	8,0	1	0,8	1-2<0,05 1-3>0,05 2-3<0,05
Язвенная болезнь желудка и 12-п. кишки	11	6	2,7	2	1,0	3	2,5	1-2>0,05 1-3>0,05 2-3>0,05
Хронический гастрит	143	36	16,3	72	36,0	35	29,4	1-2<0,05 1-3<0,05 2-3>0,05
Хронический дуоденит	8	3	1,4	2	1,0	3	2,5	1-2>0,05 1-3>0,05 2-3>0,05
Хронический энтерит	6	-	-	6	3,0	-	-	-
Хронический колит	35	4	1,8	31	15,5	-	-	1-2<0,05
Хронический гепатит	7	1	0,5	1	0,5	5	4,2	1-2>0,05 1-3>0,05 2-3>0,05
Желчнокаменная болезнь	27	5	2,3	9	4,5	13	10,9	1-2>0,05 1-3<0,05 2-3>0,05
Хронический холецистит	73	10	4,5	44	22,0	19	16,0	1-2<0,05 1-3<0,05 2-3>0,05
Хронический панкреатит	68	20	9,0	36	18,0	12	10,1	1-2<0,05 1-3>0,05 2-3<0,05
Прочие	41	8	3,6	25	12,5	8	6,7	1-2<0,05 1-3>0,05 2-3>0,05

заболевания органов кровообращения, пищеварения и эндокринной системы (54,0; 52,5 и 49,0% соответственно). Причем болезни эндокринной и нервной системы, а также органов дыхания у северян регистрировались достоверно чаще, чем у жителей Южной и Центральной зон. Значительно превосходящий другие зоны высокий уровень распространенности многих болезней на севере Якутии, безусловно, свидетельствует о дестабилизации адаптационных возможностей людей, населяющих районы севера Якутии.

Учитывая высокую частоту выявления патологии органов кровообращения, эндокринной системы и органов пищеварения среди обследованного контингента, нами был проведен анализ клинической структуры данных классов болезней по зонам.

Сравнительный анализ клинической структуры болезней системы кровообращения по отдельным зонам не выявил существенных различий. В Южной и Северной зонах приблизительно с одинаковой частотой диагностировались гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца (33,0 и 38,5%; 22,0 и 18,0% соответственно; $p>0,05$). Эти нозологические формы в тех же соотношениях, но значительно реже встречались у лиц, проживающих в Центральной зоне (19,3 и 9,2% соответственно; $p<0,05$).

Значительные различия между выделенными зонами были обнаружены при сравнительном изучении клинической структуры болезней органов пищеварения (табл.2).

Как видно из сведений, представленных в таблице, Северная зона резко отличалась от остальных более высокой частотой регистрации почти всех выявленных форм патологии органов пищеварения. Так, у обследованного нами работающего населения Среднеколымского улуса хронический гастрит диагностировался в 2 раза чаще, чем в Олекминском улусе (36,0% против 16,3, $p<0,05$). Кроме того, частота хронического эзофагита, гастроэзофагальной рефлюксной болезни, хронического панкреатита, хронического колита и прочих заболеваний (болезней оперированного желудка, постхолецистэктомического синдрома и т.д.) в вышеуказанной Северной зоне достоверно превышала аналогичные показатели в обеих других выделенных зонах ($p<0,05$). Привлекала внимание достоверно высокая частота желчнокаменной болезни среди жителей с. Тит-Ары Хангаласского улуса по сравнению с Южной и Северной зонами

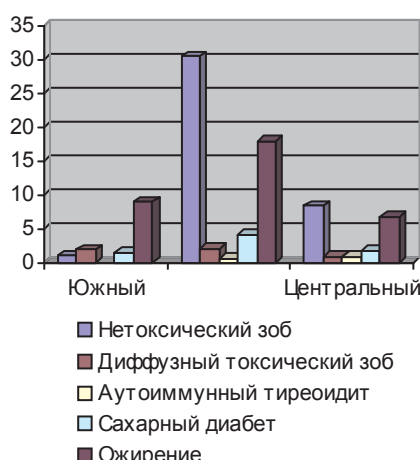


Рис. 3. Клиническая структура болезней эндокринной системы и нарушений обмена веществ в различных зонах РС (Я)

(10,9% против 2,3 и 4,5 соответственно; $p < 0,05$). Следует отметить, что наиболее низкая заболеваемость хронической патологией органов пищеварения наблюдалась в Южной зоне.

Существенные различия между тремя зонами были прослежены и при сравнительном анализе клинической структуры болезней эндокринной системы. При этом оказалось, что нетоксический зоб, ожирение и другие виды избыточного питания достоверно чаще отмечались среди работающего населения Северной зоны (рис. 3).

Выводы. По результатам проведенных исследований можно утверждать, что состояние здоровья работающего населения Республики Саха (Якутия) находится на низком уровне. Особую тревогу вызывает здоровье

коренного населения, живущего и работающего в условиях Крайнего Севера, где заболевания органов кровообращения, пищеварения, эндокринной системы наблюдаются у каждого второго жителя, а показатели заболеваемости патологией нервной системы и органов дыхания многократно превышают таковые в других регионах. Обнаруженные нами выраженные различия в распространенности болезней эндокринной системы, органов пищеварения и дыхания в различных климатогеографических зонах республики диктуют необходимость глубокого изучения всего комплекса медико-социальных и экологических факторов, формирующих здоровье работающего населения в данных зонах.

Л.В. Тарабукина, С.Р. Петрова, В.М. Константинова,
Е.И. Анучина

ЗНАЧЕНИЕ КОРРИГИРОВАННОГО ИНТЕРВАЛА QT У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Цель исследования. Изучение показателей величин интервала QT, дисперсии QT в зависимости от сократительной способности и диастолической функции левого желудочка у больных с постинфарктным кардиосклерозом.

Материал и методы. У 30 больных с постинфарктным кардиосклерозом в возрасте от 42 до 64 лет, с давностью инфаркта миокарда от 2 до 10 лет проводили анализ взаимосвязи между величинами интервала QT, его дисперсии с показателями внутрисердечной гемодинамики и частотой желудочковых аритмий.

Заключение. Выявлена связь показателей величин интервала QT, его дисперсии с диастолической функцией левого желудочка и частотой возникновения желудочковых аритмий у больных с постинфарктным кардиосклерозом.

Ключевые слова: интервал QT, дисперсия интервала QT, постинфарктный кардиосклероз.

Aim. Studying of interrelation of Q-R-S-T interval size and Q-R-S-T dispersions with systolic, diastolic functions of left ventricle of heart and its hypertrophy among patients with postinfarction cardiosclerosis.

Methods and materials. Analysis of interrelation of Q-R-S-T interval sizes and its dispersion with intracardiac hemodynamics parameters and frequency of ventricular arrhythmia was conducted among 30 patients with postinfarction cardiosclerosis at the age from 42 to 64 years, with prescription of a myocard heart attack from 2 to 10 years.

Conclusion. The interrelation of Q-R-S-T interval and its dispersions with diastolic function of left ventricle of heart and frequency of ventricular arrhythmia occurrence among patients with postinfarction cardiosclerosis is revealed.

Key words: Q-R-S-T interval, dispersion of Q-R-S-T interval, postinfarction cardiosclerosis.

Введение. Одной из актуальных проблем современной кардиологии остается своевременный прогноз электрической нестабильности сердца, которая является ключевой при анализе аритмогенных механизмов внезапной сердечной смерти, в прогнози-

ровании развития потенциально опасных аритмий [4,5,9]. Исследователи уделяют большое внимание изучению механизмов реполяризации желудочков, так как абсолютное большинство случаев внезапной смерти связывают с развитием желудочковых аритмий высоких градаций. В качестве одного из предвестников потенциально опасных аритмий на протяжении многих лет считается наличие удлиненного интервала QT. Синдром удлинения интервала QT представляет собой сочетание удлиненного интервала QT на стандартной ЭКГ и угрожающих жизни

полиморфных желудочковых тахикардий (torsade de pointes - пируэт) [1,2].

Как известно, реполяризация миокарда имеет 2 периода:

а) абсолютный рефрактерный (нечувствительный к дополнительным электрическим импульсам);

б) относительный рефрактерный, который соответствует нисходящему колену зубца Т на ЭКГ – это период повышенной чувствительности к электрическому импульсу «ранимая фаза», способному вызвать круговую патологическую волну возбуждения по принципу механизма «re-entrancy».

ТАРАБУКИНА Любовь Васильевна – к.м.н., зав. ОФД РБ №1-НЦМ, с.н.с. ЯНЦ РАМН и Правительства РС(Я); **ПЕТРОВА Саргылана Романовна** – врач ОФД РБ №1-НЦМ; **КОНСТАНТИНОВА Валентина Михайловна** – к.м.н., зав. отделением УЗИ РБ №1-НЦМ; **АНУЧИНА Елена Ивановна** – врач отделения УЗИ РБ №1-НЦМ.

При удлинении QT-интервала происходит приближение ранней фазы к потенциальному эктопическому очагу с развитием феномена «R на T» с последующим возникновением тахикардии или фибрилляции желудочков, что может служить причиной смерти.

Интервал между началом зубца Q и концом зубца T отражает время между деполяризацией клеток и их электрическим восстановлением или реполяризацией. Каждое из двенадцати отведений стандартной ЭКГ получает информацию от различных участков миокарда желудочков.

Отведение с коротким интервалом QT указывает на область с наиболее ранней реполяризацией, в то время как отведение с длинным интервалом QT представляет область сердца, в которой реполяризация заканчивается в последнюю очередь. Различие между этими интервалами представляет дисперсия интервала QT, отражающая предельную вариабельность продолжительности реполяризации.

Таким образом, чем больше дисперсия интервала QT, тем больше различие в продолжительности реполяризации в различных отделах сердца. Однако взаимосвязь показателей внутрисердечной гемодинамики с продолжительностью фазы реполяризации миокарда желудочков, ее неомогенностью (интервалом QT на ЭКГ и его дисперсией) у больных с постинфарктным кардиосклерозом мало изучена.

Целью данного исследования явилось изучение показателей величин интервала QT, дисперсии QT в зависимости от сократительной способности и диастолической функции левого желудочка у больных с постинфарктным кардиосклерозом.

Материал и методы. Обследовано 30 больных с постинфарктным кардиосклерозом в возрасте от 42 до 64 лет, с давностью инфаркта миокарда от 2 до 10 лет. Всем больным была проведена коронароангиография, выявившая превалирование трехсосудистого поражения (ПМЖА, ОА, ПКА, ЛКА, ВТК и ДА с разной степенью поражения) за исключением двух случаев.

За 2 суток до обследования отменяли все препараты, за исключением нитратов при ангинозных приступах.

В исследование не включены больные, перенесшие инфаркт миокарда менее 4 месяцев назад, с сердечной недостаточностью 2 Б и третьей стадией, нарушениями атриовентрикулярной проводимости, блокадами ножек пучка Гиса, с сопутствующими заболеваниями в стадии декомпенса-

ции, в том числе с сахарным диабетом первого типа, с грубыми нарушениями опорно-двигательного аппарата, грубыми электролитными расстройствами и больные, принимавшие препараты, удлиняющие интервал QT.

В зависимости от фракции выброса левого желудочка (ФВ) больные были распределены на две группы: I – 14 пациентов, 48,2% от общего числа обследованных, с ФВ меньше 55%; II – 15 пациентов (51,7%) с ФВ больше 55%.

Для решения поставленных задач использовали клиническое наблюдение, ЭКГ в состоянии покоя на 6-канальной электрокардиографе Personal-210, суточное мониторирование ЭКГ на системе DEL MAR (США), двухмерную эхокардиографию и доплероэхокардиографию на аппарате HDI 3000 (ATL, США).

Техника измерения и расчеты

В основе диагностики любых форм синдрома удлиненного интервала QT лежат корректные измерения и клиническая интерпретация интервала QT относительно значений ЧСС (интервала R-R) [3,8].

Интервал QT измеряется от начала комплекса QRS до точки, в которой зубец T возвращается к изолинии. Если за зубцом T следует зубец U, то концом зубца T считают самую нижнюю точку между зубцами T и U.

Другим способом определения окончания зубца T является точка пересечения изозлектрической линии T-R с касательной, проведенной по максимальному наклону нисходящей части волны T.

Если конец зубца T в каком-то отведении нельзя определить точно, это отведение из анализа исключается.

Интервал QT измеряют в трех последовательных комплексах в каждом отведении, после чего берется его среднее значение.

Дисперсию интервала QT рассчитывают как разницу в (миллисекундах) между самым длинным и самым коротким интервалами QT.

Исторически сложились две формулы Базетта. Одна формула используется для расчета должного (нормативного) показателя QT – QT_к, который рассчитывается по формуле:

$$QT_k = K \sqrt{RR},$$

где K – 0,37 для мужчин, 0,40 – для женщин (эмпирически найденный коэффициент); RR – время между соседними зубцами R на ЭКГ в секундах.

Нормативный показатель сравнивается затем с величиной интервала QT на ЭКГ у данного больного в секундах.

Другая формула Базетта, преобразованная L. Taran и N. Szilagyi, используется для определения скорректированного (независимого от ЧСС) интервала QT – QT_с:

$$QT_c = QT \sqrt{RR}.$$

Нормальным считается значение QT_с не более 0,44 м/сек.

Дисперсию интервала QT (d QT) рассчитывают как разницу между наибольшей QT_{max} и наименьшей QT_{min} величинами интервала QT, измеренными в 12 стандартных отведениях ЭКГ:

$$ЭКГ (d QT = QT_{max} - QT_{min}).$$

Также вычисляется дисперсия интервала QT_с – d QT_с:

$$d QT_c = QT_{c max} - QT_{c min}.$$

Дисперсию QT интервала принято считать увеличенной, если она превышает 50 мс.

Результаты и обсуждение. Средний показатель ФВ в I группе составил 48,3%, во II – 61,9%.

В I группе средняя величина d QT составила 61,5 мс, средняя продолжительность QT_с – 453,5 мс, средняя величина d QT_с – 66,3 мс.

Во II группе средняя величина d QT составила 53,3 мс, средняя продолжительность QT_с – 389,6 мс, средняя величина d QT_с – 55,6 мс.

Увеличение дисперсии интервала QT, дисперсии скорректированного интервала QT отмечалось чаще у больных в I группе (табл.1). Увеличение скорректированного интервала QT значительно чаще выявлялось у больных с ФВ меньше 55%, по сравнению с больными с ФВ более 55% (50 и 6,6% соответственно).

При проведении суточного мониторирования ЭКГ зарегистрированы желудочковые экстрасистолы высоких градаций (3-4 класс по B.Low), у 71% пациентов I группы и у 33,3% больных II группы.

Полученные данные согласуются с результатами A. Da Costa и соавт. [10], J.E. Moller и соавт. [11], О.О. Сычева и соавт. [6, 7], которые выявили связь продолжительности интервала QT и его дисперсии с ухудшением гемоди-

Таблица 1

	I группа (n=14) (%)	II группа (n=15) (%)
Дисперсия QT – инт (d QT – 50 мс.)	92,8	60
QT –корректиро- ванный (QT _с – 440 мс)	50	6,6
Дисперсия QT кор- ректированного (d QT _с – 50 мс)	92,8	60

Таблица 2

	I группа (n=14)	II группа (n=15)
КДР, см	6,1	5,4
КСР, см	4,6	3,4

намики и возникновением желудочковых тахикардий у больных с постинфарктным кардиосклерозом.

В исследовании А.Н. Кафтан и соавт. [12], была отмечена взаимосвязь изменений показателей вариабельности ритма сердца, увеличенного индекса массы миокарда (ИММ ЛЖ), удлинённого интервала QTс и увеличенной дисперсии QTс с желудочковыми аритмиями (ЖА) высоких градаций по Лауну.

При анализе изменения величин интервалов QTс, d QTс и d QT в зависимости от показателей внутрисердечной гемодинамики, сократительной способности миокарда левого желудочка, диастолической дисфункции ЛЖ нами выявлено увеличение конечно-диастолического размера (КДР) и конечно-систолического размера (КСР) левого желудочка сердца у 71% пациентов с ФВ меньше 55% и у 20% пациентов с ФВ больше 50% (табл. 2). Величины интервала QTс и его дисперсии были выше в группе больных с уве-

личенными КДР по сравнению с показателями у больных, имеющих КДР в пределах нормы.

Выводы: 1. Нарушения внутрисердечной гемодинамики отмечались у пациентов с увеличением величин интервала QT и его дисперсии.

2. Желудочковые аритмии выявлялись чаще у больных с постинфарктным кардиосклерозом с увеличением величин QT и его дисперсии.

Литература

1. Кушаковский М.С. Аритмии сердца: Нарушение сердечного ритма и проводимости. - СПб., 1998.
2. Кушаковский М.С. Аритмии и блокады сердца. Атлас электрокардиографии. - СПб., 1981.
3. Макаров А.М., Чупрова С.Н., Киселева И.И. Сравнение способов измерения интервала Q-T и их клиническое значение // Там же. - 2005. - № 4. - С. 71-73.
4. Пархоменко А.Н., Иркин О.И., Брыль Ж.В. и др. Увеличение дисперсии интервала Q-T у больных острым инфарктом // Там же. - 2000. - №8. - С. 24-29.
5. Пархоменко А.Н., Иркин О.И., Шумаков А.В. Интервал Q-T ЭКГ: значение его дисперсии в качестве маркера аритмогенеза // Кардиология. - 2001. - №4. - С. 83-86.

6. Сычев О.С., Епанчинцева Т.В., Гетьман Д.Т., Малидзе Е.В. Продолжительность и дисперсия интервала Q-T в зависимости от показателей внутрисердечной гемодинамики у больных с ишемической болезнью сердца. - Киев, 2006.

7. Сычев О.С., Епанчинцева О.А., Гетьман Т.В., Малидзе Д.Т., Левчук Е.В. Продолжительность и дисперсия интервала Q-T в зависимости от показателей внутрисердечной гемодинамики у больных с ишемической болезнью сердца // Украинская баннерная сеть. - 2006. - С. 1-7.

8. Циммерман Ф. Клиническая электрокардиография (пер. с англ.). - М., 1998.

9. Швеиц О. Динамическое влияние острой ишемии миокарда на дисперсию интервала Q-T // Материал из Интернета.

10. Da Costa A., Chalvidan T., Belou-nas A. et al. Predictive factors of ventricular fibrillation on triggered by pause ventricular function // J. Cardiovasc. Electrophysiology. - 2000. - Vol. 11, №9. - P.99-997.

11. Moller J.E., Husic M., Sondergaard E. et al. Relation on early changes of Q-T dispersion to changes in left ventricular systolic and diastolic function after a first acute myocardial infarction // Scand Cardiovasc. J. - 2002. - Vol. 36, №5. - P.259-261.

12. Kaftan A.N., Kaftan O. Q-T intervals and heart rate variability in hypertensive patients // Jpn. Heart J. - 2000. - Vol. 41, №2. - P. 173-182.

П.А. Слепцова, Н.Н. Аверко, Ю.Н. Горбатов

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ПРИ ДЕФЕКТЕ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У ЖИТЕЛЕЙ КРАЙНЕГО СЕВЕРА И СРЕДНЕЙ ПОЛОСЫ РОССИИ

Цель исследования. Сравнительная оценка инфекционного эндокардита (ИЭ), осложняющего течение вторичного дефекта межпредсердной перегородки (ДМПП-2) у жителей Крайнего Севера и средних широт России.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезней в 2 группах больных (57 чел.) с врожденным пороком сердца – ДМПП-2, осложненным ИЭ. Использованы общеклинические методы, ЭКГ-диагностика, рентгенологическое исследование легких, бактериальное исследование операционного материала (посевы из перикарда и дефекта).

Результаты и обсуждение. Наибольшая частота ИЭ при ДМПП-2 наблюдается в обеих группах больных с длительностью заболевания более 21 года. Недостаточность кровообращения (НК) в группе больных из Якутии наблюдалась достоверно чаще. Синдром микротромбозов наиболее часто отмечался в группе больных северян. Частота хронического тонзиллита у больных из Якутии достоверно превышала соответствующий показатель у жителей Западной Сибири. При посеве с перикарда и краев дефекта межпредсердной перегородки наиболее часто высевались стафилококки.

Выводы. Вторичный ИЭ, осложняющий течение ДМПП-2, у жителей Крайнего Севера характеризуется более тяжелой клинической симптоматикой на фоне множественных очагов хронической инфекции, чем в группе жителей средних широт. В условно-патогенной микрофлоре у больных северян преобладают стафилококки.

Aim. Comparative estimation of infectious endocarditis (IE), complicating secondary atrioseptal defect course (SADC) among people living in the Far North and the middle zone of Russia.

СЛЕПЦОВА Полина Андреевна – к.м.н., врач кардиолог, н.с. ЯНЦ РАМН и Правительства РС(Я); **АВЕРКО Нина Николаевна** – д.м.н., в.н.с. ФГУ "Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения им. академика Е.Н. Мешалкина ФАЗИСР"; **ГОРБАТЫХ Юрий Николаевич** – д.м.н., с.н.с. зав. лаб. ВПС ФГУ "Новосибирский НИИПК им. академика Е.Н. Мешалкина ФАЗИСР".

Methods and materials. The retrospective analysis of medical histories was conducted in 2 groups of patients with a congenital valvular disease complicated with IE. There were used general clinical methods, electrocardiographic diagnostics, X-ray study of the lungs, bacterial research of an operational material (inoculation from a pericardium and defect).

Results. The greatest frequency IE complicating SADC is observed in both groups of patients with duration of disease more than 21 years. Insufficiency of blood circulation (BC) in group of patients from Yakutia was detected authentically more often. A microthromboembolic syndrome was more often marked in group of sick northerners. Frequency of chronic tonsillitis among patients from Yakutia authentically exceeded a corresponding parameter among inhabitants of Western Siberia. After inoculation from a pericardium and edges of atrioseptal defect staphylococcus were sowed more often.

Conclusion. Secondary IE, complicating SADC, among people living in the Far North has severer clinical symptomatology on a background of the multiple nidus of chronic infections, than in group of inhabitants of the middle zone of Russia. In conditional-pathogenic microflora sick northerners have prevailing staphylococcus.

Введение. Инфекционный эндокардит (ИЭ) – одно из серьезных осложнений врожденных пороков сердца (ВПС), которое в значительной мере определяет естественное течение заболевания и результаты хирургического лечения [3,4]. По мнению Тюрина В.П. [5], вторичный дефект межпредсердной перегородки (ДМПП-2) редко осложняется инфекционным эндокардитом вследствие незначительного градиента давления между камерами сердца и незначительных гидродинамических возмущений тока крови. Проблема вторичного хронического инфекционного эндокардита (ВХИЭ), часто сопутствующего ВПС, приобретает все большую актуальность в связи с ростом его частоты, трудностями диагностики, консервативного и хирургического лечения ВПС на фоне ИЭ [2,3]. Степень риска хирургического лечения ДМПП при сопутствующем ВХИЭ значительно возрастает, а возможности реабилитации ограничены. Вопросы адаптации больных к имеющемуся у них пороку сердца, клинические проявления этой патологии, особенно в экстремальных условиях Севера, не получили в литературе достаточного освещения [1]. В таких условиях будет закономерным изучение особенностей течения ДМПП на фоне сопутствующего ВХИЭ как модели врожденного порока сердца бледного типа в условиях Крайнего Севера.

Цель исследования. Сравнительный анализ клинко-диагностических критериев ИЭ, осложняющего течение ДМПП-2 у жителей Крайнего Севера и средней полосы России.

Материалы и методы. Изучены клинко-инструментальные результаты обследования 57 больных с ДМПП-2 с сопутствующим диагнозом – вторичный инфекционный эндокардит. Первая группа (жители Якутии) – 36 больных (63,2%) в возрасте от 4 до 41 года (средний возраст $20,1 \pm 1,8$ лет), вторая – группа сравнения (жители Западной Сибири) – 21 больной (36,8%) в возрасте от 5 до 44 лет (средний возраст $21,6 \pm 2,4$ лет). Использованы общеклинические методы, ЭКГ-диагностика,

рентгенологическое исследование легких, бактериальное исследование операционного материала (посевы из перикарда и дефекта). Критериями диагностики сопутствующего ИЭ явилось наличие токсико-инфекционного синдрома ИЭ, включающего симптомы хронической интоксикации (субфебрильная температура, параорбитальные тени, анемия, миалгии, артралгии); синдрома септического васкулита, включающего феномены микро-тромбозов (пятна Лукина, очаги некроза); повышенной сосудистой проницаемости (петехии, сыпи, положительные симптомы “щипка” и “жгута”, носовых кровотечений); синдрома иммунного дефицита – рецидивирующие гнойные инфекции, повышенная склонность к вирусной инфекции, частые бронхиты; данных гемограммы (анемия, лейкопения, нейтрофилез со сдвигом влево, моноцитоз, ускорение СОЭ); выявление микрофлоры с перикарда, краев дефекта межпредсердной перегородки и гемокультуры. Проведен сравнительный анализ синдромов ИЭ и данных бактериологического исследования операционного материала и посевов крови для выявления гемокультуры.

Результаты и обсуждение. Осложняющий течение вторичного ДМПП инфекционный эндокардит встретился у больных жителей Крайнего Севера в 1,7 раза чаще, чем у больных, проживающих в Западной Сибири. Частота ИЭ составила 36,0 и 21,0% соответственно по группам.

С увеличением длительности существования порока отмечается нарастание частоты ИЭ, которое выявлено с близкими значениями у больных обеих групп. В обеих группах максимальная частота ИЭ зарегистрирована у взрослых старше 21 года и составила у больных в первой группе 38,9%, во второй – 47,6% (рисунок).

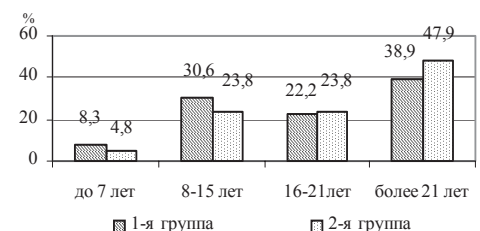
Активность ИЭ в обеих группах не превышала первой степени. Недостаточность кровообращения (НК) I-II стадий, по классификации Н.Д. Стражеско

и Ф.Х.Василенко (1935), наблюдалась на фоне ИЭ в 1,8 раза чаще у больных из Якутии, составив соответственно по группам 63,9 и 38,1% ($p < 0,05$).

Анализ клинических проявлений ИЭ на фоне ДМПП-2 показал скудность клинической симптоматики. Основными в клинической картине были токсико-инфекционный синдром ИЭ, синдром иммунного дефицита и септического васкулита, которые наиболее часто встречались в группе больных северян (таблица). Следует отметить большую частоту очагов хронической гнойной инфекции у жителей Крайнего Севера. Так, частота хронического тонзиллита у больных из Якутии в 4,1 раза превышала соответствующий показатель у жителей Западной Сибири ($p < 0,001$) и составила 38,9% ($n=14$) и 9,5% ($n=2$) соответственно по группам.

ЭКГ-изменения у больных обеих групп выражены незначительно и в основном обусловлены перегрузкой правых отделов сердца. По данным ЭКГ, частота аритмии у больных обеих обследуемых групп не имела достоверных различий и составила в первой группе 11,1%, во второй – 14,2%. Нарушения проводимости в виде неполной блокады правой ножки пучка Гиса зарегистрированы у 32 (88,9%) северян, у больных второй группы – в 100% наблюдений. Полная блокада правой ножки пучка Гиса развилась в первой группе в 2,8% случаев, в группе сравнения данный вид нарушения проводимости отсутствовал.

Изменение конечной части желудочкового комплекса, свидетельствующее о диффузных изменениях в миокарде ПЖ, встретилось практически



Возрастная динамика частоты инфекционного эндокардита

**Клинические симптомы инфекционного
эндокардита у больных ДМПП-2
жителей Крайнего Севера и Западной Сибири**

Синдром	Симптомы	Первая группа, абс. число (%)	Вторая группа, абс. число (%)
Токсико-инфекционный синдром	Субфебрильная температура	2 (5,6) n=36	–
	Анемия	3 (8,3) n=36	3 (14,3) n=21
	Миалгии	1 (2,8) n=36	–
	Параорбитальные тени	2 (5,6) n=36	–
	Артралгии	2 (5,6) n=36	–
Всего		10 (27,8)	3 (14,3)
Синдром иммунного дефицита	Хронические очаги инфекции	14 (38,9)* n=36	2 (9,5)* n=21
	Частые интеркуррентные заболевания	61 (61,0) n=100	53 (53,0) n=100
Синдром септического васкулита	Некрозы конъюнктивы	7 (19,4) n=36	3 (14,3) n=21
	Пятна Джексона	1 (2,8) n=36	–
	Везикулезная энантема	9 (25,0) n=36	4 (19,0) n=21
	Всего	17 (47,2)	7 (33,3)

* Достоверность сравниваемых различий ($p < 0,05$), остальные значения $p > 0,05$.

с одинаковой частотой в обеих группах (19,4% в первой и 19,0 – во второй).

При рентгенологическом исследовании у большинства пациентов первой группы наблюдалось увеличение

полостей сердца. Так, величина сердечно-легочного коэффициента от 0,6 до 0,8 была зарегистрирована у 10 больных (27,8%) первой группы, тогда как во второй группе лишь у одного больного (4,8%) ($p < 0,05$). СЛК от 0,41 до 0,6 встретился у 26 больных (72,2%) первой группы и у 20 (95,2%) – второй.

Бактериологическое исследование, проведенное во время операции, выявило колонизацию биосубстратов условно-патогенной микрофлорой. При посеве с перикарда и краев дефекта межпредсердной перегородки УПМ была выделена у 38,9 % больных первой группы и у 33,3% – второй. В первой группе наиболее часто высевались стафилококки: 71,4%, в группе сравнения – 57,1%. На втором месте находились грамположительные (Гр+) палочки, частота выделения которых также преобладала у больных первой группы и составила 28,6 против 14,3% во второй группе. Геокультура была выделена в 19,4 и 14,3% соответственно в первой и второй группах. В качестве доминирующего возбудителя выступают Гр (+) кокки, которые были выделены в первой груп-

пе у 71,4% больных, во второй – у 100,0%.

Выводы. Вторичный ИЭ, осложняющий течение ДМПП-2, у жителей Крайнего Севера характеризуется более тяжелой клинической симптоматикой на фоне множественных очагов хронической инфекции, чем у жителей средних широт. В условно-патогенной микрофлоре у больных северян преобладают стафилококки, что является критерием выбора наиболее адекватной антибактериальной терапии.

Литература

1. Иванова Т.Ю., Кугаевская А.А., Корнильева И.В., Егорова Л.Д. Распространенность и структура врожденных пороков сердца у коренного населения Якутии // Актуальные вопросы клинической медицины в условиях Севера. – Якутск, 1992. – С.37-39.
2. Кремер Л.Г., Кулешова Р.Г. и др. Клинико-диагностические критерии инфекционного эндокардита у кардиохирургических больных // Патология кровообращения и кардиохирургия. – 2003. – №2. – С.4-9.
3. Курыгина С.В., Бахтина Г.Г., Яснова Л.Н. Диагностика, лечение и тактика ведения больных с врожденными пороками сердца, осложненных септическим эндокардитом: Пособие для врачей. – Новосибирск, 1996. – С.3-11.
4. Литасова Е.Е., Краснова Н.П., Красовская Л.В., Ермилов Ю.В. Особенности течения межпредсердного дефекта у взрослых больных // Компенсация и паракompенсация при пороках сердца. – Новосибирск, 1985. – С.41-44.
5. Тюрин В.П. Инфекционные эндокардиты. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 224 с.

Т.Е. Бурцева, Г.М. Баишева, В.Г. Часнык, М.А. Баишев,
В.И. Авксентьев, В.А. Аргунов

НОВАЯ АВТОМАТИЗИРОВАННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

В работе представлен материал научно-исследовательской работы ЯНЦ РАМН и Правительства РС(Я) совместно с Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академией в рамках двухстороннего договора медицинскими страховыми компаниями республики. Представлена схема оптимизации диспансеризации детского населения в отдаленных и труднодоступных населенных пунктах.

Ключевые слова: АСПОНД, детское население, профиль патологии.

БУРЦЕВА Татьяна Егоровна – к.м.н., с.н.с. ЯНЦ РАМН и Правительства РС(Я); **БАИШЕВА Галина Максимовна** – к.м.н., доцент МИ ЯГУ; **ЧАСНЫК Вячеслав Григорьевич** – д.м.н., проф., зав. кафедрой СПбГПМА; **БАИШЕВ Максим Антонович** – зам. директора ОАО «Аргысмедстрах»; **АВКСЕНТЬЕВ Виктор Иннокентьевич** – директор ОАО ГСМК «Сахамедстрах»; **АРГУНОВ Валерий Архипович** – д.м.н., проф., зам. директора ЯНЦ РАМН.

In this research the material of the Yakut Research Center of Russian Academy of Medical Science and the Government of the Sakha Republic (Yakutia) together with the St.-Petersburg State Pediatric Medical Academy within the limits of the bilateral contract with the medical insurance companies of the republic is presented. The scheme of optimization of prophylactic medical examination of the children in distant and hard to access settlements is presented.

Key words: Automatic system of preventive examination of children (ASPEC), children, profile of pathology

Введение. В связи с изменением принципов финансирования здравоохранения в настоящее время ведутся попытки реструктурирования медицинской помощи. Одним из способов оптимизации медицинской помощи является адресное распределение ресурсов медицинской службы и совершенствование доврачебного медицинского обслуживания. Это особенно актуально для северных и арктических улусов республики ввиду ряда особенностей, таких как:

1) низкая плотность населения при относительно большом количестве детей,

2) невозможность охвата населения узкими специалистами,

3) огромная территория при плохо развитой транспортной инфраструктуре, приводящей к сезонной изоляции населения.

С учетом этих особенностей одним из основных методов оказания медицинской помощи становится ежегодная диспансеризация населения.

В рамках двухстороннего договора с ОАО «Аргысмедстрах» с 18 по 28 августа 2003 г. проведено обследование детского населения Мегино-Кангаласского улуса, с ОАО ГСМК «Сахамедстрах» – с 21 по 28 июня 2004 г. обследование детского населения Булунского

улуса, с ОАО «Аргысмедстрах» – с 29 июля по 5 августа 2005 г. обследование детского населения Нижнеколымского улуса.

Научно-исследовательская работа, результаты которой представлены в статье, выполнена сотрудниками ЯНЦ РАМН и Правительства РС (Я) совместно с сотрудниками кафедр госпитальной педиатрии и детской неврологии Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии.

Цель настоящего исследования – представить новую автоматизированную технологию диспансеризации детского населения.

Материалы и методы. При проведении исследования была использована процедура верификации состояния ребенка, разработанная для Автоматизированной системы профилактического осмотра детского населения (АСПОНД) в 1988-1991 гг. [1, 2].

Построение профилей патологии проводили с помощью пакета программ PEDSCREEN [3].

В бригаду врачей были включены следующие специалисты (с учетом сертифицированной возможности совмещения специальностей):

- 1) педиатр-эндокринолог,
- 2) педиатр-кардиолог,
- 3) педиатр-гастроэнтеролог,
- 4) педиатр-невропатолог,
- 5) специалист по функциональной диагностике,
- 6) специалист ультразвуковой диагностики.

Результаты. В качестве модельных популяций в Мегино-Кангаласском улусе были выбраны дети, проживающие в поселках Тунгюлю, Норагана, Балыктах, в Булунском улусе – дети, проживающие в г.Тикси, п.Быков Мыс, в Нижнеколымском улусе – дети, проживающие в поселках Черский, Колымское, Походск (табл.1-3).

Полученные в результате обработки информационных карт профили патологии в терминах АСПОНД для обследованных детских популяций представлены на рис. 1-2.

При анализе данных, представленных на профилях патологии детских популяций населенных пунктов, необходимо иметь в виду, что значение экспертной оценки 300 баллов является безусловным пороговым для принятия решения о необходимости оказания помощи. Однако для отдельных классов патологии такое решение может быть принято и при меньших ее значениях.

В Мегино-Кангаласском улусе порогового уровня достигли следующие профили: стоматология, нехирургическая ортопедическая патология, гастроэнтерология. Стоматология в большинстве случаев представлена кариесом, неправильным ростом зубов, нехирургическая ортопедическая патология – нарушениями осанки, сколиозом, гастроэнтерология – хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Порогового уровня в п. Тикси достигли следующие профили: оториноларингология, стоматология, нехирургическая ортопедическая патология, гастроэнтерология, стоматология, нефрология, аллергология. Оториноларингология представлена хроническими тонзиллитами, аденоидами у детей раннего возраста, стоматология в большинстве случаев представлена кариесом, неправильным ростом зубов, нехирургическая ортопедическая патология – нарушениями осанки, сколиозом, гастроэнтерология – хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, аллергология - рес-

Таблица 1

Число осмотренных детей
по улусам РС(Я)

Улус	Количество осмотренных
Мегино-Кангаласский	1328
Булунский	297
Нижнеколымский	376
Итого	2001

Таблица 2

Этнический состав осмотренных детей
в Булунском улусе

Населенный пункт	Эвены	Якуты	Мигранты
Тикси	89	60	83
п. Быков Мыс	50	12	4
Итого	139	72	87

Таблица 3

Этнический состав осмотренных детей в Нижнеколымском улусе

Населенный пункт	Эвены	Чукчи	Юагиры	Якуты	Мигранты
п. Черский	14	13	20	47	161
п. Колымское	8	35	9	11	20
п. Походск	6	8	1	3	20
Всего	28	56	30	61	201
Мал. нар. Севера		114		61	201
Итого			376		

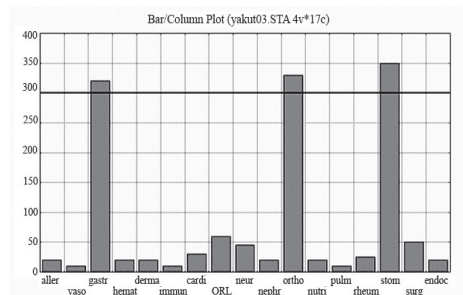


Рис.1. Профиль патологии детского населения п. Тунгюлю Мегино-Кангаласского улуса

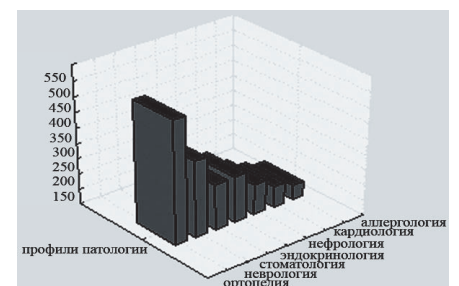


Рис. 2. Профиль патологии детской популяции Нижнеколымского улуса РС(Я)

пираторными аллергиями, бронхиальной астмой, пищевой аллергией, атопическими дерматитами.

Сравнение профилей патологии детского населения заречного и арктического улусов приводит к выводу о значительно лучше состоянии здоровья у детей Мегино-Кангаласского улуса и об имеющихся проблемах в Булунском улусе. Об этом свидетельствует как большее число компонентов профиля патологии, находящегося в зоне риска, так и общая высокая оценка распространенности патологии.

В Нижнеколымском улусе порогового уровня достигли следующие профили патологии: нехирургическая ортопедическая патология, стоматология, гастроэнтерология, нефрология, эндокринология, аллергология, кардиология.

Заключение. Сформированные профили патологии с использованием новой технологии для детских популяций РС (Я) позволяют считать суще-

ствование следующих видов популяционно-значимой патологии: ЛОР-патология, стоматология, гастроэнтерология, нехирургические формы ортопедической патологии, аллергология.

«Популяционно-значимая патология» – это группа широко распространенных нозологических и донозологических патологических состояний, своевременная коррекция которых позволит существенно ограничить затраты на лечение, реабилитацию и социальную помощь в будущем (В.Г. Часнык, 2003).

Целесообразно отметить преимущества представления информации о состоянии здоровья детской популяции в виде профиля патологии перед широко используемым сейчас способом представления в виде групп здоровья.

Таким образом, профили патологии, выстроенные с помощью технологии автоматизированных профилактических осмотров, существенно упроща-

ют процесс организации углубленного осмотра детей, нуждающихся в этом.

Литература

1. **Воронцов И.М.** К обоснованию некоторых общеметодологических и частных подходов для формирования валеологических концепций в педиатрии и педологии // Методология и социология педиатрии. – СПб., 1991. – С.5-26.
2. **Иванова Т.И.** К обоснованию медицинской и социально-экономической эффективности систем АСПОНД: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 1992. – 42 с.
3. **Часнык В.Г.** Профиль патологии в детской популяции Приуральского района Ямало-Ненецкого автономного округа и оценка необходимой периодичности углубленного обследования детей сельских районов // Научный вестник. Вып. 7. Актуальные проблемы оценки состояния здоровья детей коренного населения Ямало-Ненецкого автономного округа. – Салехард, 2003. – С.68-73.

Л.Д. Олесова, Е.Д. Охлопкова

ОЦЕНКА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ОРГАНИЗМА СПОРТСМЕНОВ МАКРОНУТРИЕНТАМИ

Цель исследования. Оценка макроэлементной обеспеченности организма спортсменов в условиях Крайнего Севера.

Материал и методы исследования. В динамике обследовано 66 спортсменов Училища олимпийского резерва и Школы высшего спортивного мастерства. Определяли макроэлементы в крови: магний, кальций, фосфор.

Результаты. Полученные нами данные указывают на то, что у спортсменов, занимающихся вольной борьбой, отмечается дефицит магния в крови. Включение магнийсодержащей минеральной воды в рацион спортсменов увеличил среднее содержание магния в крови на 35,7%.

Заключение. Спортсмены, выступающие в спорте высших достижений, являются группой риска здоровья и нуждаются в дальнейших исследованиях не только макроэлементов, но и микроэлементов с целью разработки и реализации специальных программ по охране и укреплению их здоровья.

Ключевые слова: магний, кальций, фосфор, гомеостаз

Aim. An estimation of the maintenance of a sportsmen's organism in the Far North conditions.

Methods and materials. There were examined 66 sportsmen of the Olympic reserve school and Sport of High Level school. The content of macroelements in blood such as magnesium, calcium, phosphorus was detected.

Results. Obtained data shows that sportsmen involved in wrestling have magnesium deficiency. When mineral water with magnesium was contained in every day meal average amount of magnesium in blood increased to 35,7%.

Conclusion. The health of sportsmen, involved in kind of sport that needs high skills, is at risk and it is necessary to carry out the further examination not only of macroelements but microelements to find out and realize special program to protect and strengthen it.

Key words. magnesium, calcium, phosphorus, homeostasis.

Адаптация спортсменов к тяжелым физическим нагрузкам в экстремальных природных условиях Севера требует большого внимания. Исследованиями ряда авторов (Алексеев В.П. и

др., 1976; Панин Л.Е., 1980; и др.) показано, что у человека в условиях холодового воздействия резко нарушается микроэлементный и электролитный гомеостаз. При этом метаболическая перестройка в организме при холодовой адаптации настолько существенна, что это позволяет говорить о развитии акклиматизационного дефицита микроэлементов (МЭ) (Авцын А.П.,

1990; Теддер Ю.Р., Жаворонков А.А., 1983). Большую роль играют также ландшафтно-биогеохимические особенности региона. Так, в Центральной Якутии содержание магния в растениях и почве понижено, а кальция и фосфора – соответствует норме (Абрамов, 2000). При интенсивных физических нагрузках резко возрастает напряженность обменных процессов, увеличи-

ОЛЕСОВА Любовь Дыгиновна – с.н.с. ЯНЦ РАМН и Правительства РС(Я); **ОХЛОПКОВА Елена Дмитриевна** – ст. лаб. ЯНЦ РАМН и Правительства РС(Я).

вается потребность в витаминах и макро- микроэлементах. С потерей значительного количества элементов с потом, слюной и продуктами выделительной системы нарушается их баланс в организме, вызывая определенные физиологические и патологические сдвиги. Если прием витаминов можно регулировать исходя из энерготрат, то таких данных по макро- микроэлементам нет. В немногочисленных публикациях отечественных и зарубежных авторов (И.Л. Ласкова, 1996; T.Rankinen et al., 1998; L. Burke, 1999; N. Leenders et al., 1999; Lafage – Proust Marie-Helene, 2000; A.B.), посвященных роли макро- микроэлементов в питании спортсменов указывается на формирование комплексного подхода к их коррекции, с учетом энергетического и антиоксидантного баланса, индивидуально для каждого спортсмена. Высокие спортивные успехи достигаются при гармоничной биохимической конституции, фундаментальной частью которой является биоэлементная составляющая (Скальный и соавт., 2005). Обеспеченность организма спортсменов макро- и микроэлементами в условиях Крайнего Севера еще не изучена. Исследования в этом направлении послужат обоснованием для коррекции дисбаланса микронутриентов в организме спортсменов, что будет иметь практическое значение в сохранении их здоровья.

Целью исследования явилась оценка макроэлементной обеспеченности организма спортсменов в условиях Крайнего Севера.

Материал и методы. Нами обследовано 66 спортсменов Училища олимпийского резерва и Школы высшего спортивного мастерства в возрасте от 15 до 35 лет в динамике. В 2005 г. определение магния, кальция, фосфора в крови проведено у 34 спортсменов.

В 2006 г. определение магния в крови проведено у 66 спортсменов ШВСМ и УОР в возрасте от 15 до 17 лет. Юношей было 60, девушек – 6. Среди них вольной борьбой занимаются 33 спортсмена, боксом – 27, легкой атлетикой – 6.

Уровень макроэлементов – магния, кальция, фосфора в крови определяли колориметрическим методом на полуавтоматическом анализаторе СКРИН МАСТЕР. Кровь брали из локтевой вены натощак.

Результаты и обсуждение. Согласно полученным нами данным, уровень магния в крови обследованных на-

ми спортсменов колебался от 0,57 до 1,05 ммоль/л. При этом среднее содержание магния соответствовало нижней границе нормы (0,78-1,0 ммоль/л) и равнялось $0,79 \pm 0,21$ ммоль/л. У мужчин этот показатель соответствовал $0,79 \pm 0,26$, а у женщин – $0,80 \pm 0,32$ ммоль/л. Анализ полученных результатов показал, что несмотря на то, что среднее содержание магния соответствовало нижней границе нормы, у 70,5% человек из числа обследованных уровень магния был ниже нормы. Дефицит магния в организме спортсменов, вероятно, связан, с одной стороны, с недостаточным поступлением этого макроэлемента с пищей. С другой стороны, у спортсменов потребность в этом элементе повышена по сравнению с людьми, не занимающимися спортом, так как при высокой и продолжительной физической нагрузке организм теряет магний с потом.

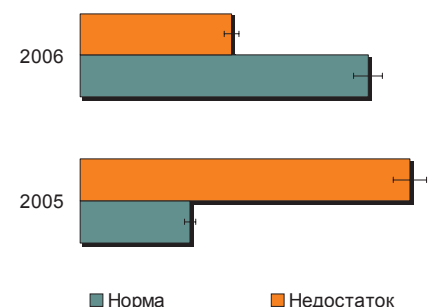
Фосфор. Согласно полученным нами данным, средний уровень фосфора в крови спортсменов был равен 1,13 ммоль/л. У всех обследованных спортсменов уровень фосфора находился в пределах нормы: нормальное содержание в крови соответствует 0,97-1,45 ммоль/л.

Кальций. Средний уровень был равен 2,76 ммоль/л, что несколько превышает верхнюю границу нормы (в 1,07 раза). Избыточное содержание кальция наблюдалось у всех спортсменов.

Результаты обследования были представлены на республиканской конференции «Развитие физкультуры и спорта», которая проходила в Якутске 14-15 декабря 2005 г. По рекомендации диетолога спортсменов УОР обеспечили магнийсодержащей минеральной водой.

В 2006 г. определение магния проведено у 66 спортсменов ШВСМ и УОР.

Среднее содержание магния у обследованных спортсменов находится



Уровень магния в крови спортсменов в динамике

в пределах нормы ($0,78-1,0$ ммоль/л) и равно $0,83 \pm 0,025$ ммоль/л. При этом самый низкий уровень магния равняется $0,37$ ммоль/л, а самый высокий – $1,53$ ммоль/л. У юношей уровень магния равен $0,83 \pm 0,026$, а у девушек – $0,87 \pm 0,08$ ммоль/л. У 34,8% (23) спортсменов из числа обследованных уровень магния был ниже нормы (табл.1). По сравнению с предыдущим годом среднее содержание магния в крови увеличилось на 35,7% (рисунок).

По видам спорта у всех групп уровень магния находится в пределах нормы, но самый низкий уровень выявлен у спортсменов, занимающихся вольной борьбой (табл.1).

Магний поступает в организм с пищей и водой. Суточная норма поступления составляет 200-400 мг. Большое количество магния содержится в растительной пище. Концентрация магния в крови составляет 2,3-4,0 мг%. Главное депо магния находится в костях и мышцах. Магний выводится из организма в основном с мочой (50-120 мг) и с потом (5-15 мг).

Магний является активатором для многих ферментативных реакций. Он участвует в синтезе белка, нуклеиновых кислот, обмене белков, жиров, углеводов. Необходим для образования высокоэнергетических связей и хорошего функционирования натрий-калиевого насоса. Магний играет основную роль в нервно-мышечной передаче и механизме мышечного сокращения и известен как противострессовый биоэлемент, способный создавать положительный психологический настрой. При недостатке магния проводимость

Таблица 1

Уровень магния у спортсменов
УОР и ШВСМ

Уровень магния, ммоль/л	2005 г.	2006 г.
Среднее содержание	$0,79 \pm 0,21$	$0,83 \pm 0,025$
Юноши	$0,79 \pm 0,26$	$0,83 \pm 0,026$
Девушки	$0,80 \pm 0,32$	$0,87 \pm 0,08^*$

* $p < 0,05$ по сравнению с интактной группой.

Таблица 2

Уровень магния в венозной крови
спортсменов по видам спорта

Вид спорта	Вольная борьба (n=33)	Бокс (n=27)	Легкая атлетика (n=6)
Уровень магния	$0,78 \pm 0,03$	$0,88 \pm 0,03$	$0,797 \pm 0,05$

и возбудимость нервного волокна усиливается. Магний препятствует поступлению ионов кальция через пресинаптическую мембрану, является физиологическим антагонистом кальция. Дефицит магния в диете, богатой кальцием, обуславливает задержку кальция во всех тканях, что ведет к их обызвествлению. Магний укрепляет иммунную систему, обладает антиаритмическим действием, способствует восстановлению сил после физических нагрузок.

Основной причиной дефицита магния является недостаточное поступление с пищей. Кроме того, у спортсменов еще и повышена потребность в этом элементе из-за высокой продолжительной физической нагрузки, стрессов и значительных потерь магния с потом (при плановом посещении спортсменами сауны) (Johnson, 2001). Большую роль играют и ландшафтно-биогеохимические особенности региона.

Дефицит магния проявляется в утомляемости, раздражительности, потере аппетита, заболеваниях сердечно-сосудистой системы (магнийзависимые аритмии, ангиоспазмы, стенокардия, гипертоническая болезнь, при рисках тромбозов и инфарктов), истощении функции надпочечников, начальных стадиях развития сахарного диабета, мышечной слабости, судороге мышц, начальных стадиях развития мочекаменной и желчекаменной болезни, иммунодефицитах. Основные проявления избытка магния: вялость, сонливость, снижение работоспособности и диарея.

Коррекция недостатка магния состоит в увеличении потребления продуктов с повышенным содержанием этого элемента, ограничить прием фармакологических препаратов, проводить дренажную терапию (при избытке в организме токсических микроэлементов, например, свинца, кадмия, никеля). При недостатке магния в организме восполнить его запасы можно

при приеме магнийсодержащих БАДП и лекарственных препаратов (аспарагинат магния, цитрат магния, комбинированные препараты солей магния и витаминов группы В и в первую очередь – B_5), доломита, бишофита и продуктов других минеральных источников, включая и кальциево-магниевого минеральные воды.

Кальций обладает высокой биологической активностью, выполняет регуляцию внутриклеточных процессов, проницаемости клеточных мембран, процессов нервной проводимости и мышечных сокращений, поддерживает стабильность сердечной деятельности, участвует в формировании костной ткани и зубов.

Нормальное содержание в крови 0,97-1,45 ммоль/л.

Избыток кальция в организме проявляется в подавлении возбудимости скелетных мышц и нервных волокон, уменьшении тонуса гладких мышц, гиперкальциемии, кальцинозе, в повышении кислотности желудочного сока, брадикардии, стенокардии, в увеличении свертываемости крови, риска развития дисфункции щитовидной и околощитовидной желез, аутоиммунного тиреоидита и вытеснения из организма фосфора, магния, цинка, железа.

Избыток кальция связан с метаболическими, гормональными нарушениями, передозировкой препаратов кальция, а не избыточным его потреблением с пищей или водой.

Коррекция избытка кальция заключается в отмене кальцийсодержащих препаратов, витамина Д и в применении антагонистов кальция: магния, фосфора, цинка, железа, фитиновой кислоты.

Заключение. Полученные нами данные указывают на то, что исходя из биологической роли химических элементов, можно предположить наличие определенной связи между относительно низким уровнем магния в крови и повышением содержания его антагониста кальция.

Спортсмены, занимающиеся вольной борьбой, менее обеспечены магнием, т. к. этот вид спорта связан со сгонкой веса путем ограничения питания и сауной. Определенную роль играет и пониженное содержание магния в растениях и почве.

Включение магнийсодержащей минеральной воды в рацион спортсменов увеличил среднее содержание магния в крови на 35,7%.

Спортсмены, выступающие в спорте высших достижений, являются группой риска здоровья и нуждаются в дальнейших исследованиях не только макроэлементов, но и микроэлементов, с целью разработки и реализации специальных программ по охране и укреплению их здоровья.

Литература

Абрамов А.Ф. Эколого-биохимические основы производства коров и рационального использования пастбищ в Якутии / Под ред. И.Г. Бусаева. – Новосибирск, 2000. – 208 с.

Авцын А.П., Жаворонков А.А., Риш М.А., Строчкова Л.С. Микроэлементозы человека: этиология, классификация, органопатология АМН СССР. – М.: Медицина, 1991. – 496 с.

Панин Л.Е. Изменения обмена витаминов, солей и микроэлементов // Механизм адаптации человека в условиях высоких широт / Под ред. В.П. Казначеева. – Л., 1980. – С. 86-97.

Скальный А.В., Орджоникидзе З.Г., Катулин А.Н. Элементный статус профессиональных футболистов и его коррекция. – М., Оренбург: ИПК ОГУ, 2005. – 127 с.

Скальный А.В., Рудаков И.А. Биоэлементы в медицине. – М.: Издательский дом «ОНИКС 21 век»: Мир, 2004. – 272 с.

Теддер Ю. Р., Жаворонков А.А. Особенности метаболизма фтора при адаптации организма к охлаждению // Физиология человека. – 1988. – №1. – С.123-128.

Jonson S. The multifaceted and widespread pathology of magnesium deficiency // Med. Hypotheses. – 2001. – N2. – P. 163-170.



С.С. Максимова, Р.Н. Протопопова, В.Г. Кривошапкин,
Ш.Ф. Эрдес

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА СРЕДИ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

Цель исследования. Изучить распространенность ревматоидного артрита среди сельских жителей РС(Я).

Материал и методы. Проведено скринирующее анкетирование 2368 сельских жителей старше 18 лет методом сплошного эпидемиологического исследования. Затем проводилось углубленное клиническое обследование с целью выявления больных ревматоидным артритом. На 19 выявленных больных изучались клиничко-лабораторная активность и рентгенологическая стадия болезни, а также функциональный статус больных.

Результаты. 32,2% респондентов отметили наличие болей в суставах. Ревматоидный артрит выявлен у 0,8% сельских жителей. Соотношение лиц мужского и женского пола составило 1:18. Среди больных РА преобладали лица в возрасте старше 60 лет.

Заключение. Распространенность РА среди сельских жителей Республики Саха (Якутия) превышает аналогичные данные по Российской Федерации, более подвержены данной болезни лица женского пола и пожилого возраста.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, скрининг, функциональный класс.

Aim. To study prevalence of rheumatoid arthritis among rural inhabitants of the Sakha Republic (Yakutia).

Methods and materials. Screening questioning by the method of continuous epidemiological research of 2368 rural inhabitants over 18 years old was conducted. Then the profound clinical examination with the purpose of detecting patients suffering rheumatoid arthritis was carried out. Clinico-laboratory activity and a radiological stage of illness, and also the functional status of patients of 19 detected patients were studied.

Results. 32,2 % of respondents complained of pain in joints. 0,8% of rural inhabitants had rheumatoid arthritis. The correlation of male and female patient was 1 to 18 persons. Among patients suffering RA prevailed people over 60 years old.

Conclusion. Prevalence of RA among rural inhabitants of the Sakha Republic (Yakutia) exceeds the same data of the rest Russian Federation. Females and people of older age are more subjected to RA.

Key words. Rheumatoid arthritis, screening, functional class.

Введение. Ревматоидный артрит (РА) — аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся симметричным эрозивным артритом (синовитом) и широким спектром внесуставных (системных) проявлений [1, 2]. РА — распространенное заболевание, им страдает примерно 1% населения земного шара; характерная его черта — неуклонное прогрессирующее поражение суставов (постоянные боли, деформация, нарушение функции) и внутренних органов, приводящее к инвалидизации (около 1/3 больных за 20 лет болезни становятся полными инвалидами) и снижению продолжительности жизни [3, 4].

По данным Института ревматологии РАМН, ревматоидным артритом в России страдает примерно 0,6% населения, или около 870 тыс. чел. Прогнозы врачей пессимистичны: свыше 58%

ревматологов столичных ЛПУ, опрошенных в середине 2004 г. компанией «Астон Консалтинг», полагают, что в ближайшие годы количество больных будет расти.

По показателям ежегодных статистических отчетов, за последние 3 года общая заболеваемость *болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани* возросла от 96 на 1000 населения в 2002 г. до 111 в 2004 г., в том числе первичная заболеваемость — от 29 до 37 на 1000 населения. Число случаев и дней временной нетрудоспособности в связи с БКМС соответствует аналогичным показателям по РФ (8,1 и 126,4 на 100 работающих соответственно). Общая заболеваемость *ревматоидным артритом* составила 5,5–5,8 на 1000 населения. Первичная заболеваемость составила 0,7–1 на 1000 населения. На диспансерном учете состоят только половина больных РА (2,5–2,8 на 1000 насел.). Число случаев и дней временной нетрудоспособности в связи с ревматоидным артритом за 2004 г. в РС(Я) более чем в 2 раза превышает аналогичный показатель по РФ (0,4 случая против 0,1 и 6,5 дней против 2,6 на 100 работающих соответственно) [5].

Материал и методы исследования.

Нашей группой эпидемиологии и профилактики ревматических болезней было проведено эпидемиологическое исследование РА, основанное на скринирующем анкетировании выбранных поселков Хангаласского, Таттинского и Амгинского улусов. При обследовании населения использовался метод сплошного эпидемиологического исследования. Выборка сформирована на основании списков избирателей, куда включено все население старше 18 лет, подготовленных для участия в выборах в декабре 2002 г.

Скринингом охвачено 2368 лиц, что составило 86,6% населения. 53,9% исследованной выборки составили женщины, 46,1% — мужчины. Основную часть выборки составили лица среднего возраста (30–49 лет) — 53,8% от общего числа исследованных, наименьшую часть — лица пожилого возраста (60 лет и старше) — 13,6%. Средний возраст респондентов составил $43,9 \pm 14,1$ лет. Положительно ответившие на первые два вопроса скринирующей анкеты подверглись углубленному клиническому обследованию с целью верификации диагноза по диагностической карте (33,8%). По пока-

МАКСИМОВА Светлана Семеновна — м.н.с. ИЗ АН РС(Я); **ПРОТОПОВА Раиса Николаевна** — к.м.н., с.н.с., зав. ГЭПРБ ИЗ АН РС(Я); **КРИВОШАПКИН Вадим Григорьевич** — д.м.н., проф., акад. АН РС(Я), директор ИЗ АН РС(Я); **ЭРДЕС Шандор Федорович** — д.м.н., проф., зам. директора по научной работе Института ревматологии РАМН.

Таблица 1

Распространенность РА
среди сельского населения

Анкетировано	Число лиц с артралгиями	Ревматоидный артрит	
		абс.	%
2368	816	19	0,8

Таблица 2

Половое распределение больных РА

Всего	Пол			
	Женский		Мужской	
	абс.	%	абс.	%
19	18	94,7	1	5,3

заниям им проводились: рентгенография суставов (24,8% больных), определение РФ и СРБ (2,14%). На выявленных больных РА заполнялась клиническая карта, по которой оценивались клиничко-лабораторная активность, рентгенологическая стадия болезни, а также функциональный класс больных. Все больные ревматоидным артритом включены в группу для дальнейшего динамического наблюдения с целью изучения качества жизни и экономических затрат на лечение.

Результаты и обсуждение. Выяснено, что боли в суставах беспокоят 32,2% опрошенных, в том числе возникли в последний год у 8,7%. Наличие припухлости в области суставов отметили 8,2%, в том числе в последний год – 2,6%. Боли и припухлость были раньше, но последний год не беспокоят – 7,2 и 4,7% опрошенных соответственно. Ревматологический диагноз прежде выставлялся у 8,7% лиц. В основном ставился диагноз ревматоидного артрита в 4,2% случаев, остеоартроз ставили лишь в 1,2% случаев, а в 3,3% – другой диагноз (артралгия, полиартрит, артрит, болезнь Рейтера и Бехтерева, остеохондроз, ревматизм и пр.). Были ранее консультированы ревматологом только 0,96% респондентов.

На основании результатов скрининга с последующим клиничко-рентгенологическим и лабораторным исследованием была выявлена распространенность РА среди сельских жителей, которая составила 0,8% (табл.1), что превышает аналогичные данные по

Российской Федерации (0,6% в популяции), в том числе выявлено впервые у 0,08% лиц.

Также были изучены половое (табл.2) и возрастное (рис.1) распределение выявленных больных. По возрастному составу среди больных преобладали лица пожилого возраста (60 лет и старше) ($p < 0,02$). Риск заболевания РА намного более подвержены лица женского пола ($RR = 15,5$).

Доля инвалидов из числа больных РА составила 47,3%, в том числе инвалидов I группы – 10,5%, II группы – 26,3%, III группы – 10,5% (рис.2). По функциональным классам больные распределились следующим образом: ФК 4 (ограничено самообслуживание) – 10 больных (52,6%), ФК 3 (огранич. проф. и непроф. деятельность) – 5 (26,3%), ФК 2 (огранич. проф. деятельность) – 4 больных (21,1%) (рис.3).

По данным рис.2 видно, что инвалидность имеют меньше половины больных, хотя профессиональная деятельность ограничена у всех больных (ФК 2 и >). Из больных с ограниченным самообслуживанием (ФК 4) инвалидами I группы являются только 1/5 часть.

Клиничко- лабораторная активность болезни 3-й степени наблюдалась у 15,8% больных, почти у половины больных была активность 2-й степени (47,4%), и у 36,8% – 1-й степени. По рентгенологической стадии болезни преобладали больные со второй стадией РА – 31,5%, четвертая стадия выявлена у 26,3%, к третьей и первой стадии относились по 21,1% больных.

Полученные результаты являются промежуточными, исследования в данном направлении еще продолжаются.

Выводы. 1. Распространенность РА среди сельских жителей Республики Саха (Якутия) превышает аналогичные данные по Российской Федерации (0,8% против 0,6%).

2. Ревматоидным артритом в основном страдают лица женского пола.

3. В возрастной структуре больных преобладают лица пожилого возраста (старше 60 лет).

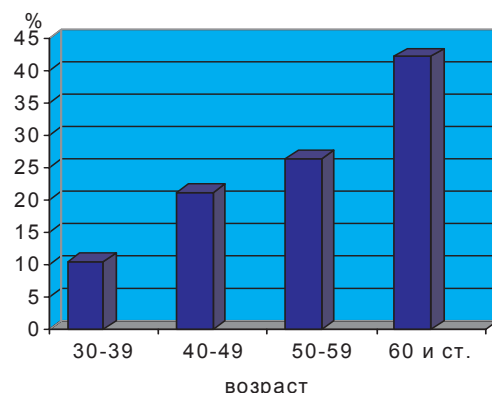


Рис. 1. Возрастное распределение больных РА

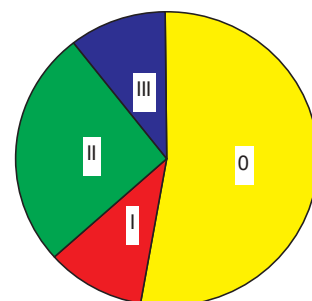


Рис. 2. Группы инвалидности больных РА

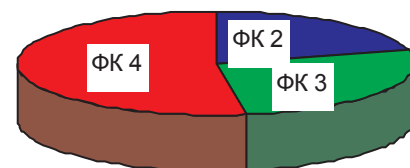


Рис. 3. Функциональные классы больных РА

4. Более половины больных не имеют группы инвалидности, соответствующей их функциональному состоянию.

Литература

1. Сигидин Я.А., Лукина Г.В. Ревматоидный артрит. – М.: АНКО, 2001. – С.328.
2. Harris E., D. Jr. Rheumatoid Arthritis: pathophysiology and implications for therapy // N. Engl. J. Med. – 1990. – Vol.322. – P.1277-1289.
3. Gabriel S.E. The epidemiology of rheumatoid arthritis //Rheum. Dis. Clin. N. Am. – 2001. – Vol.27. – P.269-281.
4. Scott D. L., Symmons D. P., Coulton B. L., Popert A. J. Long-term outcome of treating rheumatoid arthritis: results after 20 years //Lancet. – 1987. – Vol.1. – P.1108-1111.
5. Основные показатели деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений РС(Я) за 2002-2004 гг.: Ст.сб./ ГУ ЯРМИАЦ МЗ РС(Я). – Якутск, 2005.

Николаев В.М., Гольдерова А.С.

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИОННОЙ РЕАКЦИИ У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ НИЗКИХ ТЕМПЕРАТУР

Цель исследования. Оценка компенсаторно-приспособительных реакций организма при гипотермии у крыс.

Материалы и методы. Эксперимент проведен на 12 крысах, разделенных на две группы в зависимости от времени экспозиции на холоде. Контрольная группа состояла из 5 интактных животных. Влияние низких температур на организм экспериментальных животных оценивали по фагоцитарной активности лейкоцитов, свободнорадикальному окислению и антиоксидантной защите организма.

Заключение. У животных, подвергшихся гипотермии в течение трех часов, осуществляется более эффективная адаптация, проявляющаяся в уменьшении фагоцитарной активности нейтрофилов, поддержании равновесия между ПОЛ и АОЗ. У крыс, подвергшихся гипотермии в течение одного часа, наблюдается сбой в компенсаторно-приспособительных реакциях, что подтверждается нарушением равновесия ПОЛ – АОЗ и угнетением фагоцитарной активности по сравнению с интактной группой животных, а также реакцией НАР «переактивация».

Ключевые слова: адаптация, гипотермия, фагоцитарная активность, неспецифическая реакция организма (НАР), перекисное окисление липидов (ПОЛ), антиоксидантная защита (АОЗ), активные формы кислорода (АФК).

Aim. An estimation of compensatory adaptive reactions of an organism with hypothermia. The experiment was held on rats.

Methods and materials. The experiment was conducted on 12 rats divided into two groups depending on time of an exposition on a cold. The control group consisted from 5 intact animals. The influence of low temperature on an organism of experimental animals was estimated according to phagocyte activity of leukocytes, free-radical oxidation and antioxidant protection of an organism.

Conclusion. Animals, subjected to hypothermia in current of three hours, had more effective adaptation which was shown in reduction of neutrophils' phagocyte activity, by maintenance of balance between peroxide oxidation of lipids (POL) and antioxidant protection (AP). And rats, subjected to hypothermia in current of one hour, had failure in compensatory and adaptive reactions. It was shown in infringement of balance of POL-AP, oppressions of phagocyte activity and also non-specific reaction of an organism (NRO) "reactivation" in comparison with intact group of animals.

Key words: adaptation, hypothermia, phagocyte activity, non-specific reaction of an organism (NRO), peroxide oxidation of lipids (POL), antioxidant protection (AP), active forms of oxygen (AFO).

Введение. При действии на организм экстремальных факторов, к числу которых относится холод, происходят изменения гомеостатических констант (прежде всего относящихся к системе крови). Белые клетки крови имеют высокую реактивность и быстро включаются в адаптационные реакции, связанные с изменением фагоцитарной активности (Горизонтов П.Д. и др., 1983).

При фагоцитозе лейкоциты генерируют активные формы кислорода (АФК) при помощи ферментативных систем НАДФН-оксидазы, миелопероксидазы и NO-синтазы. Выявлено, что повышенная генерация АФК инициирует реакции перекисного окисления липидов (ПОЛ) в биологических мембранах, что в случае недостаточной антиоксидантной защиты (АОЗ) приводит к гибели жизнеспособных клеток (Арчаков А.И., Владимиров Ю.А., 1979;

James A., 1999). Кроме токсических свойств АФК выполняют ведущую роль в иммунной системе организма. Так, АФК стимулируют пролиферацию иммунокомпетентных клеток (Greenwald R.A., 1991), участвуют в образовании хемотаксических факторов, вызывающих активацию и миграцию лейкоцитов в очаг воспаления и т.д.

Оценка адаптационной реакции организма у животных по фагоцитарной активности, антиоксидантной защите в зависимости от времени экспозиции при низких температурах представляет большой интерес.

Целью настоящего исследования является оценка неспецифической адаптивной реакции организма, активности функциональных свойств лейкоцитов крови и свободнорадикального окисления при гипотермии у крыс.

Материал и методы. Эксперимент был проведен на 12 крысах линии Вистар, массой 170–260 г. Животные были разделены на 2 группы: первая экспонировалась в течение 1 ч, вторая – в течение 3 ч ежедневно при температуре $-10,2 \pm 1,8^\circ\text{C}$ в течение 12 дней.

Контрольная группа состояла из 5 интактных животных. Кровь экспериментальных животных брали на 13-й день.

При определении фагоцитарной активности нейтрофилов использовали частицы латекса размером 0,8 мкм. Смесь лейкоцитов с латексом выдерживали во влажной камере при 37°C в течение 30 мин при постепенном легком взбалтывании. Мазки фиксировали 5 мин в метаноле и окрашивали метиленовым синим. Фагоцитарную активность нейтрофилов оценивали по числу фагоцитирующих клеток фагоцитарный индекс (ФИ) и среднему числу поглощенных частиц – фагоцитарное число (ФЧ) (Меньшиков В.В. и др., 1987). Неспецифическую адаптивную реакцию (НАР) определяли по лейкоцитарной формуле по методике Гаркави Л.Х. (2000), учитывали следующие фазы: тренировка, активация, стресс и переактивация.

Интенсивность ПОЛ оценивали в эритроцитарной взвеси по образованию триметинового комплекса тиобарбитуровой кислоты с малоновым ди-

НИКОЛАЕВ Вячеслав Михайлович – м.н.с. ЯНЦ РАМН и Правительства РС(Я);
ГОЛЬДЕРОВА Айталиа Семеновна – н.с. ЯНЦ РАМН и Правительства РС(Я).

альдегидом (МДА) (Buege J.E., 1978) и диеновыми конъюгатами (ДК) (Данилова Л.А., 2003). Показатели антиоксидантной защиты организма определяли по суммарному содержанию низкомолекулярных антиоксидантов (НМАО) (Рогожин В.В., 1999), концентрации аскорбиновой кислоты (Мироснова Г.Е., 1990), активности супероксиддисмутазы (СОД) (Constantine N.G., 1977).

Результаты и обсуждение. Согласно полученным нами данным, в первой группе крыс наблюдается снижение фагоцитарной активности на 4,5% с одновременным увеличением числа поглощенных частиц - 46,4% по сравнению с интактными животными. Во второй группе увеличение времени экспозиции отражалось на функциональной активности нейтрофилов – повышении ФИ на 28,9% и уменьшении ФЧ на 64,7% по сравнению с контролем (таблица).

Полученные нами данные показали, что при адаптации крыс к гипотермии изменяются показатели неспецифического клеточного иммунитета, связанные с уменьшением среднего числа поглощенных частиц лейкоцитами, т.е. угнетением клеточного иммунитета, в зависимости от времени экспозиции на холоде. Известно, что в осуществлении защитной реакции организма большую роль играют лейкоциты. Нами отмечено уменьшение гранулоцитов ($P > 0,05$) в крови крыс, экспонировавшихся на холоде в течение 1 ч. При экспонировании крыс на холоде в течение 3 ч отмечено достоверное повышение гранулоцитов в крови животных (таблица).

Показатели ПОЛ у крыс при гипотермии также изменялись. Так, в первой группе крыс концентрация МДА в крови повысилась на 46% по сравнению с интактными животными, во второй группе отмечалось снижение со-

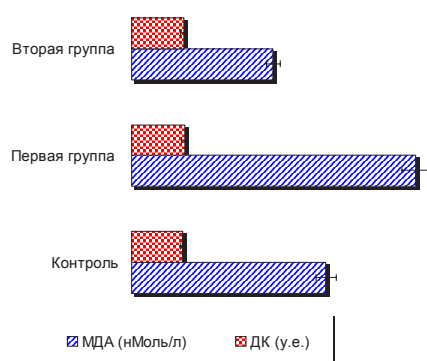


Рис. 1. Состояние перекисного окисления липидов крови крыс в зависимости от времени гипотермии

Показатели фагоцитарной активности нейтрофилов

Группа животных	ФИ, %	ФЧ
Контрольная группа	71,76±2,70	9,80±0,68
Первая (1 час при -10,2±1,8°C)	68,53±1,93	5,25±1,24*
Вторая (3 часа при -10,2±1,8°C)	92,50±4,20*	3,46±0,68*

* $p < 0,05$ по сравнению с интактной группой.

держания МДА на 27,3%. Уровень ДК в обеих опытных группах незначительно повысился: в первой - на 3,7%, во второй - на 1,5% по сравнению с интактными животными (рис. 1).

Согласно полученным нами данным, показатели антиоксидантной системы у крыс при гипотермии также изменялись, что выразилось в уменьшении концентрации НМАО на 67,4% в первой группе и на 80,4% - во второй по сравнению с интактными животными. Активность СОД в первой группе животных повышалась на 38,3%, а во второй - на 136,8% (рис. 2).

Анализ динамики неферментативного и ферментативного звеньев антиоксидантной системы свидетельствует о том, что снижение уровня НМАО сопровождается компенсаторным увеличением СОД во второй группе животных (рис. 2). Вероятно, это связано с тем, что организм адаптируется к экстремальному фактору – воздействию холода. Увеличение активности СОД во второй группе инактивирует супероксиданион радикал, ведущий к усилению свободнорадикального окисления, и снижает интенсивность ПОЛ.

Полученные нами результаты согласуются с литературными данными. Локальное охлаждение вызывает разрушение мембран клеток и деструкцию клеточных органелл, образующиеся при этом соединения обладают иммуносупрессорными свойствами и поэтому являются одной из причин угнетения иммунологической реактивности организма (Авакян А.Р., 1998).

Изучение неспецифической адаптивной реакции (НАР) показало, что у 66,6% опытных животных первой группы выявлена реакция «переактивации». «Переактивация» относится к негативным адаптивным реакциям организма, при которой отмечается гиперсинхронизация деятельности подсистем, что чревато срывом. При этом у всех животных второй

опытной группы, подвергавшихся гипотермии в течение 3 ч, наблюдалась реакция «активации».

Таким образом, в первой группе экспериментальных животных (1 ч экспозиции) отмечается менее эффективная адаптация к условиям гипотермии по сравнению со второй группой (3 ч экспозиции). Вероятно, такая реакция объясняется тем, что 1 ч экспозиции является недостаточным для того, чтобы произошли необходимые адаптационные изменения в организме крыс. Животные второй группы сумели адаптироваться к условиям гипотермии в течение 3 ч экспозиции.

Компенсаторно-приспособительные реакции крыс выражались не только в изменении учитывавшихся нами биохимических показателей, но и в особенностях поведения и внешнего вида животных. Так, обе экспериментальные группы животных покрылись густой шерстью, намного интенсивнее потребляли пищу. В поведении стали более активными по сравнению с контрольной группой животных.

Выводы. Проведенные исследования свидетельствуют, что воздействие низких температур ($-10,2 \pm 1,8^\circ\text{C}$) изменяет компенсаторно-приспособительные реакции организма экспериментальных животных. Адаптационные реакции зависят также от времени экспозиции животных на холоде. В группе крыс, подвергшихся менее длительной гипотермии (1 ч), отмечается нарушение равновесия между

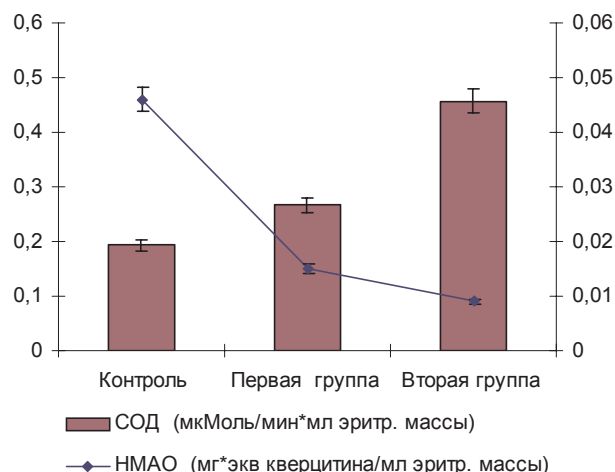


Рис. 2. Антиоксидантная защита организма крыс в зависимости от времени гипотермии

перекисным окислением липидов и системой антиоксидантной защиты, проявляющейся в чрезмерной интенсификации перекисных процессов (повышенной концентрацией МДА) и уменьшении содержания НМАО с незначительным увеличением активности СОД. В группе крыс, подвергшихся гипотермии в течение 1 ч, отмечено снижение фагоцитарной и функциональной активности нейтрофилов, по сравнению с интактными животными, в сочетании с состоянием НАР - «переактивация». В группе животных, подвергшихся более длительной гипотермии (3 ч), отмечены более позитивные признаки адаптации, которые проявляются снижением процессов ПОЛ и активацией ферментативного звена антиоксидантной системы, а также увеличением количества гранулоцитов с уменьшением ФЧ. НАР крыс приобре-

тает реакцию «активации». Таким образом, более длительная экспозиция экспериментальных животных на холоде приводит к развитию более эффективных адаптационных реакций.

Литература

- Авакян А.Р.** Иммуномодулирующее действие ферментов при локальном охлаждении // Тезисы докладов V Российского национального конгресса: Человек и лекарство. – М., 1998. – С. 429.
- Арчаков А.И., Владимиров Ю.А.** Перекисное окисление в биологических мембранах. – М.: Наука, 1972. – С. 52 – 55, 87 – 89.
- Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Кузьменко Т.С., Шихлярова А.И.** Антистрессорные реакции и активационная терапия // Реакция активации как путь к здоровью через процессы самоорганизации. – Екатеринбург, «Филантроп», 2002. – С. 16-21.

Горизонтов П.Д., Белоусова О.И., Федотова М.И. Стресс и система крови. – М.: Медицина, 1983. – С. 57.

Данилова Л.А. Справочник по лабораторным методам исследования – СПб.: Питер, 2003. – 399 с.

Меньшиков В.В., Делекторская Л.Н., Золотницкая Р.П. и др. Лабораторные методы исследования в клинике – М.: Медицина, 1987. – С.310 – 311.

Миронова Г.Е. Влияние витамина А и С на развитие фиброза лёгких при воздействии кварцосодержащих пылей: Автореф. дис... канд. биол. наук. – М., 1990. – 25 с.

Рогожин В.В. // Методы биохимических исследований. – Якутск, 1999. – С. 93.

Buege J.E., Aust S.D. // Methods Enzimol. – 1978. – Vol. 52. – P. 302 – 310.

Constantine N.G. // Plant Physiol. – 1977. – Vol. – P. 565 – 569.

James A. Thomas Oxidative stress including glutathione, a peptide for cellular defense against oxidative stress // Biomedical science. – 1999. – №5. – P. 325 – 331.

Т.Ю. Павлова, Р.Д. Филиппова, Л.А. Сидорова, А.Н. Буторина, В.А. Аргунов

АБДОМИНАЛЬНОЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЕ В СТАЦИОНАРЕ ВЫСОКОГО РИСКА

Цель исследования. Изучение частоты операции кесарево сечение в Перинатальном центре (ПНЦ) РБ №1-НЦМ РС(Я) с анализом показаний к оперативному родоразрешению.

Материал и методы исследования. Проведен анализ 4208 историй родов с 2001 по 2005 г. В исследование включены 731 женщина, родоразрешенные путем операции кесарево сечение в родильном отделении ПНЦ РБ №1-НЦМ г.Якутска за 2005 г.

Результаты исследования. За последние годы отмечается тенденция роста оперативного родоразрешения, обусловленная существенным расширением показаний к операции в интересах плода. В структуре показаний к кесареву сечению рубец на матке занимает первое место. Резервом снижения частоты кесарева сечения являются совершенствование ведения родов через естественные родовые пути при наличии рубца на матке, разработка методов оценки полноценности рубца после операции кесарево сечение.

Заключение. Необходимо тщательное обоснование показаний к оперативному родоразрешению, особенно при первой операции, что продиктовано заботой о будущей генеративной функции матери.

Aim. Studing of frequency of cesarean operation with prescription for operative delivery in the Perinatal Center of the Yakut Medical Research Center.

Methods and materials. An analysis of 4208 history of diseases from 2001 till 2005 years was carried out. There were involved 731 women who delivered a child with the help of cesarean operation in the puerperal department of the Perinatal Center of the Republic hospital, Yakut Medical Research Center during 2005 year.

Results. In the recent years the number of operative delivery operations has been increasing as the result of many reasons for operation that is good for fetus. The uterine scar is the first indication for cesarean operation. The reserves of decreasing the frequency of cesarean operation are the improvement of labor management for the natural delivery, complicated with the uterine scar, and the elaboration of the methods of estimating the existence of a scar after cesarean operation.

Conclusion. It is necessary to carefully find the indications for operative delivery especially if it is the first operation that concerns the generative function of a woman in the future.

ПАВЛОВА Татьяна Юрьевна – ст. преподаватель МИ ЯГУ; **ФИЛИПPOBA Роза Дмитриевна** – к.м.н., директор Перинатального центра РБ №1-НЦМ; **СИДОРОВА Лена Афанасьевна** – зав. родильным отделением ПНЦ РБ №1-НЦМ; **БУТОРИНА Алла Николаевна** – зав. послеродовым отделением ПНЦ РБ №1-НЦМ; **АРГУНОВ Валерий Архипович** – д.м.н., проф., зам. директора ЯНЦ РАМН и Правительства РС(Я).

Основной задачей акушерства является снижение материнской и младенческой заболеваемости и смертности. Большая роль в решении этой задачи отводится своевременному и правильному выбору метода родоразрешения [3].

Кесарево сечение в настоящее время является наиболее распростра-

ненной родоразрешающей операцией. Расширение показаний к этой операции является одной из особенностей современного акушерства. Основной причиной повышения частоты кесарева сечения является расширение показаний со стороны плода (хроническая гипоксия плода, фето-плацентарная недостаточность), наличие руб-

ца на матке, тяжелые формы гестоза и экстрагенитальная патология.

Частота кесарева сечения в последнее десятилетие возросла в три раза, продолжает расти и не имеет тенденции к снижению [1,5,7,11].

Увеличение частоты абдоминального родоразрешения создает новую проблему – ведение беременности и родов у женщин с рубцами на матке [7].

В структуре показаний к кесареву сечению рубец на матке занимает первое место. При этом риск материнских и перинатальных осложнений по сравнению с первым кесаревым сечением возрастает в несколько раз. Необходимо подчеркнуть, что, несмотря на прогресс современного акушерства, анестезиологии и неонатологии, показатели перинатальной и материнской заболеваемости и смертности при оперативных вмешательствах наводят на мысль о необходимости критического подхода к определению показаний и частоты кесарева сечения, особенно показаний к первой операции. Необходимо всегда думать о будущей генеративной функции матери.

Важным фактором обеспечения благоприятного исхода абдоминального родоразрешения, как для матери, так и для плода, является своевременность выполнения операции. Современная технология определения показаний к кесареву сечению строится на принципе разумного увеличения числа плановых операций и сокращения числа экстренных. Это положение обусловлено более высокой частотой осложнений при выполнении операции без соответствующей подготовки, в условиях затянувшихся родов и нередко длительного безводного промежутка [9].

Результаты кесарева сечения зависят от своевременности выполнения операции, состояния пациентки, состояния плода, квалификации хирурга, методики и объема операции, анестезиологического обеспечения, медикаментозного обеспечения, шовного материала, инструментария и технического оснащения, наличия крови, ее компонентов, инфузионных средств [10].

Несмотря на кажущуюся простоту, кесарево сечение следует относить к разряду сложных оперативных вмешательств с высокой частотой послеоперационных осложнений (от 3,3 до 54,4%, по данным разных авторов) [4].

Рассматривая кесарево сечение как бережный метод родоразрешения для плода, следует помнить, что для

матери он в настоящее время, безусловно, остается травматичным [2]. Непосредственный риск для матери представляют анестезиологические и хирургические осложнения, главным образом кровотечение, инфекция, тромбоз, эмболии, нарушения, ранение органов брюшной полости [8]. Кроме того, существуют отдаленные осложнения абдоминального родоразрешения: возрастает риск эктопической беременности, бесплодия, невынашивания беременности, аденомиоза, синдрома тазовых болей, что оказывает негативное влияние на репродуктивную систему женщины [6].

Таким образом, требуется своевременное и правильное техническое выполнение операции, правильное ведение послеоперационного периода, диспансерное наблюдение в дальнейшем. А также очень важной, на сегодняшний день нерешенной проблемой остается контрацепция у женщин, перенесших кесарево сечение.

Целью исследования явилось изучение частоты кесарева сечения в Перинатальном центре (ПНЦ) РБ №1-НЦМ МЗ РС (Я) с анализом показаний к оперативному родоразрешению.

Материал и методы. Проведен анализ 4208 историй родов с 2001 по 2005 г. В исследование включены 731 женщины, родоразрешенные путем операции кесарева сечения в родильном отделении Перинатального центра РБ №1 НЦМ г. Якутска за 2005 г.

Результаты и обсуждение. Перинатальный центр является коллектором тяжелой экстрагенитальной и акушерской патологии, сюда поступают беременные со всей республики. За последние 5 лет в ПНЦ принято родов 7834, при этом процент кесарева сечения составлял от 41,1 до 44,7% (рис.1).

Повышение частоты абдоминального родоразрешения сыграло свою роль в снижении перина-

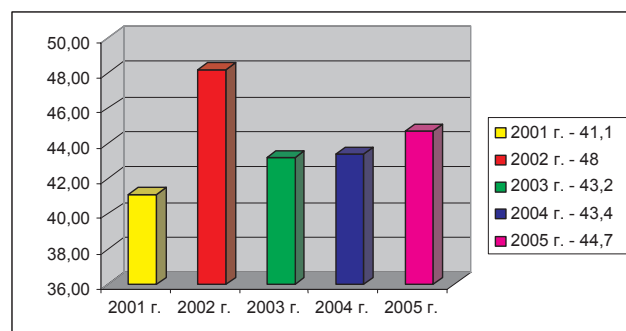


Рис.1. Частота операции кесарево сечение в родильном отделении ПНЦ РБ № 1-НЦМ за 5 лет, %

тальных потерь. Перинатальная смертность снизилась в 3 раза (8,9% в 2001 и 2,9% в 2005 гг.).

Анализ 731 случая оперативного родоразрешения за 2005 г. показал, что в 52,6% случаев кесарево сечение было проведено по экстренным показаниям, а в 47,4% - в плановом порядке. Основные показания к плановому кесареву сечению представлены на рис.2.

Как видно из диаграммы, в половине случаев (50,1%) показанием к кесареву сечению в плановом порядке был рубец на матке, затем возраст первородящей, тазовое предлежание плода, гестоз, беременность, отягощенный акушерский анамнез, узкий таз.

Другими более редкими показаниями к плановому оперативному родоразрешению были рубцовые изменения шейки матки (1,4%), заболевания сердца (1,4), ножное предлежание (1,2), аномалии развития матки (1,2), положение плаценты (1,2), миома матки (1,2%). Наименьшую долю в структуре показаний к оперативному родоразрешению занимали беременность вследствие экстракорпорального оплодотворения, крупный плод, перенесенная беременность, неподготовленные родовые пути и многоплодная беременность.

По экстренным показаниям операция проведена в 384 случаях (52,6%).

Структура основных показаний к экстренному кесареву сечению (рис.3)

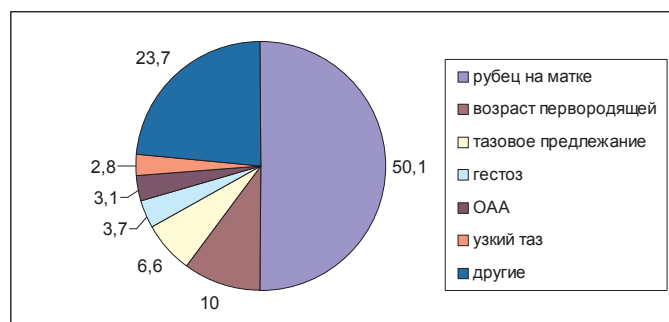


Рис. 2. Основные показания к плановому кесареву сечению, %

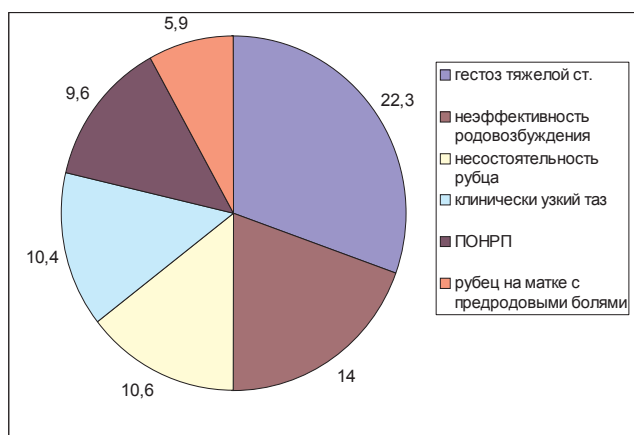


Рис. 3. Основные показания к экстренному кесареву сечению

отличается от показаний к плановому оперативному родоразрешению. Наиболее часто показаниями к экстренному кесареву сечению послужили гестоз тяжелой степени (22,3%), в том числе преэклампсия в 4,9% случаев, неэффективность родовозбуждения при индуцированных родах и преждевременном излитии околоплодных вод (14%), несостоятельный рубец (10,6%), клинически узкий таз (10,4%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (9,6%), рубец на матке в сочетании с предродовыми болями, началом родов и преждевременным излитием околоплодных вод (5,9%).

Аномалии родовой деятельности послужили показанием к экстренному кесареву сечению в 4,1% случаев, в их числе слабость родовой деятельности (2,6%) и дискоординация родовой деятельности (1,5%). В 2,6% случаев - рубец на матке в сочетании с гестозом тяжелой степени и преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты или предлежанием плаценты.

Существенно реже показаниями к экстренному оперативному родоразрешению были угрожающая асфиксия плода (2,6%), ягодичное предлежание (2,1%), аномалия развития матки (1,8%), возрастная первородящая (1,8%), переношенная беременность (1,0%), патоло-

гия костей таза (1,0%), заболевание сердца (1,0%).

Таким образом, рубец на матке в структуре показаний к кесареву сечению занимает ведущее место.

Среди различных методов операции наиболее часто используется кесарево сечение в нижнем сегменте матки поперечным разрезом. В нашей клини-

ке передняя брюшная стенка вскрыта поперечным разрезом по Джоэл – Кохен у 87% женщин, а у 13% была произведена нижнесрединная лапаротомия с иссечением старого рубца. Поперечный разрез в нижнем сегменте матки по Гусакову произведен у 98% женщин, корпоральный разрез в 2% случаев при выраженном спаечном процессе в малом тазу. Кесарево сечение с последующей ампутацией (экстирпацией) матки произведено в 2% случаев по поводу массивного гипотонического кровотечения. Средняя кровопотеря во время операции составила 581 мл, кровопотеря свыше 1000 мл была у 6% женщин. Ушивание раны на матке произведено однорядным швом у 95,7%, двухрядным – у 4,3% женщин. Использовался следующий шовный материал: викрил – 95,1%, сафил – 3,2, дексон – 1,7%.

Нормальное течение послеоперационного периода было у 89,8% рожениц. В 6,0% случаев послеоперационный период протекал с постгеморрагической анемией. Послеоперационные осложнения выявлены в 4,2% случаев, в том числе метроэндометрит в 0,7, субинволюция матки в 2,3, прочие (инфильтрат, гематома) в 1,2% случаев. Материнской смертности не было. Средний послеоперационный койко-день составил 8,6.

Заключение. За последние 5 лет наблюдается тенденция повышения частоты кесарева сечения в Перинатальном центре РБ №1–НЦМ. Ведущее место в структуре показаний к оперативному родоразрешению занимает рубец на матке.

Необходимо тщательное обоснование показаний к оперативному родоразрешению, особенно при первой операции, что продиктовано заботой о будущей генеративной функции матери.

Резервом снижения частоты кесарева сечения являются совершенствование бережного ведения родов через естественные родовые пути при наличии рубца на матке и разработка эффективных методов оценки полноценности рубца после операции кесарева сечения.

Литература

1. **Абрамченко В.В.** Кесарево сечение в перинатальной медицине. – СПб., 2005. – 226 с.
2. **Ананьев В.А., Побединский Н.М., Чернуха Е.А.** // Акушерство и гинекология. – 2005. – №2. – С.52-54.
3. **Густоварова Т.А., Иванян А.Н., Самедова Н.С., Болвачева Е.В., Щербакова О.Л.** // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2006. – №3. – С.18-20.
4. **Комиссарова Л.М., Чернуха Е.А., Пучко Т.П.** // Акушерство и гинекология. – 2000. – №1. – С.15-16.
5. **Краснопольский В.И.** // Материалы форума «Мать и дитя». – 2000. – С.65-66.
6. **Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Гаспарян Н.Д.** // Журнал акушерства и женских болезней. – 2003. – Л II. – С.20-25.
7. **Кулаков В.И., Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М.** Кесарево сечение. – М., 2004. – 320 с.
8. **Стрижаков А.Н., Лебедев В.А.** Кесарево сечение в современном акушерстве. – М: Медицина, 1998. – 304 с.
9. **Третьякова Е.В.** // Нижегородский медицинский журнал. – 2002. – №2. – С.154-158.
10. **Чернуха Е.А.** // Акушерство и гинекология. – 1997. – № 5. – С.22-28.
11. **Чернуха Е.А.** // Там же. – 2005. – №5. – С.8-11.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ

«Якутский медицинский журнал» продолжает публикацию материалов, посвященных 60-летию создания Министерства здравоохранения Якутской АССР.

Редакция «Якутского медицинского журнала» благодарит авторов за предоставленные интересные материалы о деятельности Министерства здравоохранения ЯАССР (РС (Я)) и выражает надежду на дальнейшее плодотворное сотрудничество.

Л.И. Вербицкая

ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОНЦЕПЦИИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЁНКА В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ) НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Основные направления развития охраны здоровья матери и ребёнка

В сложившейся в республике социально-экономической ситуации в начале третьего тысячелетия важное значение приобретает следующее:

- Формирование и претворение в жизнь политики исполнительной и законодательной власти территории в области организации медицинской помощи матерям и детям с точки зрения единых принципов управления и финансирования службы ОМид во всех городах и районах республики.

- Последовательное проведение органами исполнительной власти и органами местного самоуправления единой государственной политики в области охраны здоровья женщин, детей и подростков.

- Обеспечение механизмов реализации государственных гарантий обеспечения видов и объёмов бесплатной медицинской помощи беременным женщинам, детям и подросткам независимо от места их проживания.

- Поэтапное повышение доли средств, направляемых на охрану здоровья детей и подростков за счёт средств бюджетов всех уровней, средств обязательного и добровольного медицинского страхования, а также иных внебюджетных источников.

- Формирование единой политики в области лекарственного обеспечения медицинским и прочим оборудованием медицинских, социальных и образовательных учреждений.

- Формирование единой политики в области подготовки кадров для учреждений службы ОМид республики.

Укрепление правовой защиты охраны здоровья матери и ребёнка

Охрана здоровья матери и ребёнка остаётся одной из важнейших задач государства. Вместе с тем матери-

алы проверок и представления Генеральной прокуратуры Российской Федерации, прокуратуры ДВФО свидетельствуют о нарушениях законодательства в части охраны здоровья и защиты прав детей, в т.ч. детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей.

Большинством лечебно-профилактических учреждений, оказывающих медицинскую помощь матерям и детям, не всегда обеспечивается бесплатный отпуск медикаментов льготным категориям женщин и детей. Из-за недостаточно активной работы органов опеки и попечительства при сборе документов и/или из-за отсутствия мест в интернатных учреждениях имеют место случаи длительного пребывания детей в стационарах.

Укрепление правовой защиты матери и ребёнка на республиканском и муниципальных уровнях должно концентрироваться на следующих направлениях:

1. Приведение законодательства Республики Саха (Якутия) в соответствие с положениями Конвенции ООН о правах ребёнка, с Конституцией Российской Федерации.

2. Усиление защиты личных и имущественных прав детей и подростков в соответствии с меняющимися социально-экономическими условиями и отношениями собственности.

3. Подготовка и принятие республиканского закона «Об охране здоровья матери и ребёнка», учитывающего географические, социальные и экономические особенности территории, а также предусматривающего реализацию механизма финансового обеспечения и ответственности должностных лиц за невыполнение параметров этого закона.

Совершенствование управления охраной здоровья матери и ребёнка в Республике Саха (Якутия)

Система управления должна обеспечивать получение качественной ме-

дицинской и социальной помощи наиболее эффективными способами, профилактической помощи с реальными конечными результатами.

Объединение усилий системы народного образования, систем здравоохранения и социальной защиты несёт в себе большой потенциал. Важным компонентом планирования является система финансовых и натуральных нормативов, а также стандартов, устанавливающих единые требования к качеству и доступности медико-социальной помощи матерям и детям. Особые нормативы и стандарты необходимо установить для отдалённых малонаселённых территорий с учётом их экономического и социального развития, уровня занятости, наличия постоянных и доступных транспортных связей, реальных доходов на душу населения.

Такая система планирования обеспечивает:

- реализацию органами управления единой системы планирования медико-социальной помощи матерям, детям за счёт средств бюджетов всех уровней;

- выполнение конкретных обязательств исполнительной власти имеющимися финансовыми ресурсами;

- оптимизацию использования ресурсов.

Совершенствование организации медико-социальной помощи службы ОМид

Демографическая ситуация региона требует проведения комплекса мероприятий, направленных на увеличение рождаемости. Кроме программ федерального значения социального характера по увеличению пособий необходимо в республике проводить целенаправленную работу по увеличению воспроизводства и средней продолжительности жизни. С этой целью важным резервуаром является снижение заболеваемости, инвалидности,

смертности женщин репродуктивного возраста и детей до 1 года. Но эти процессы имеют высокую степень инертности, что не позволяет в ближайшие годы надеяться на значительное улучшение вышеуказанных показателей. Поэтому приоритетным направлением в ближайшие годы должно стать приостановление нарастания негативных тенденций в состоянии здоровья подрастающего поколения в республике за счёт значительного снижения уровня так называемых предотвратимых потерь в здоровье матерей и детей.

Организацию медико-социальной помощи службы ОМид необходимо проводить по направлениям:

– *совершенствование первичной медико-санитарной помощи* - эта модель организации выбрана для реформирования здравоохранения на местном уровне. Модель обеспечивает как необходимую децентрализацию управления, так и приближение медицинского обслуживания к населению с помощью организации системы врачей общей (семейной) практики. Необходимо планировать создание отделений медико-социальной профилактики, укомплектованных специально подготовленными социальными работниками, которым кроме профилактической работы должны быть переданы и такие виды деятельности, как санитарное просвещение родителей, детей и подростков с целью формирования здорового образа жизни, полового воспитания и планирования семьи; консультирование по вопросам законодательства в области охраны здоровья матери и ребёнка, социальной помощи семье; трудоустройство беременных женщин и кормящих матерей: оказание семье психологической поддержки в трудных обстоятельствах, а также практической помощи по уходу, воспитанию ребёнка, особенно многодетным семьям и семьям из числа коренного населения, имеющих больных детей и детей-инвалидов;

– *совершенствование стационарной помощи* - в ближайшие годы необходимо проведение организационных мероприятий по разделению детской стационарной помощи по типам:

- интенсивное лечение;
- реабилитация (долечивание);
- длительное лечение хронических больных;

– медико-социальное назначение, а также расширение объёмов медицинской помощи в стационарах дневного и кратковременного пребывания, с одновременным развитием центров амбулаторной хирургии, служб ухода на дому.

Что касается реорганизации службы родовспоможения, то в этом плане необходимо строительство родильного дома по невынашиванию, открытие межрайонных перинатальных центров;

– *совершенствование скорой медицинской помощи* – необходимо концентрировать на следующих направлениях:

– улучшение ресурсного обеспечения службы скорой медицинской помощи (санитарный транспорт-реанимобили, портативное медицинское оборудование, кадры);

– разработка и внедрение современных организационных технологий оказания скорой медицинской помощи матерям, детям и подросткам, основанных на быстрейшем оказании доврачебной помощи по сохранению и поддержанию жизненно важных функций с последующей доставкой пациента в максимально короткие сроки в медицинское учреждение;

– подготовка парамедиков в специализированных службах жизнеобеспечения для организации оказания доврачебной помощи матерям, детям и подросткам, оказавшимся в экстремальных ситуациях, угрожающих жизни и здоровью (работники дорожных служб, милиции, пожарные, сотрудники ГИБДД);

– *стандартизация медицинской помощи матерям и детям* - проводить по следующим направлениям:

– стандартизация медицинских и фармацевтических услуг на основе разработанных стандартов технологии оказания услуг, программ, критериев подготовки и повышения квалификации медицинских и фармацевтических работников, стандартов медико-технологического обеспечения медицинских учреждений;

– стандартизация системы управления качеством медицинской и лекарственной помощи, основанной на единстве принципов внутриучрежденческого, внутриведомственного и вневедомственного контроля; субъективной оценке пациента; объективной оценке в рамках Территориальной программы государственных гарантий на основе стандартов медицинских технологий, материально-технического, финансового и кадрового обеспечения.

Организация службы ОМид на территориях с низкой плотностью населения

Повышение эффективности деятельности учреждений службы ОМид на территориях с низкой плотностью

населения возможно при следующих условиях:

– трёхуровневая организация (муниципальная, межмуниципальная, региональная) медицинская помощь с чётким определением задач каждого уровня;

– передача части участковых больниц службам социальной защиты муниципальных образований;

– организация в отдалённых районах больниц первого уровня, укомплектованных и оснащённых по специально разработанному табелю медицинским оборудованием, сантранспортом, средствами связи, кадровыми и финансовыми ресурсами, способных обеспечить населению квалифицированную медицинскую помощь.

По обеспечению доступности специализированной медицинской помощи жителям отдалённых районов необходимо:

– создание единого организационно-методического центра для координации и обеспечения плановой работы специалистов республиканских детских и акушерских учреждений;

– организация реанимационно-консультативного центра;

– организация плановых выездных бригад;

– создание телемедицинской сети для оперативной консультативной работы с федеральными медицинскими учреждениями.

По развитию профилактических направлений деятельности службы охраны здоровья женщин и детей:

– обеспечение вакцинопрофилактики инфекционных болезней у детского населения республики в соответствии с календарём прививок;

– закупка белковых гидролизатов для лечения больных фенилкетонурией;

– обеспечение медико-генетической консультации расходными средствами для проведения молекулярно-генетических дородовых исследований.

Развитие медицинской науки и её роль в совершенствовании охраны здоровья матери и ребёнка

Главной проблемой сегодняшнего дня для региональной медицинской науки является определение приоритетных направлений прикладных исследований, которые имеют непосредственное отношение к сохранению жизни и здоровья матери, ребёнка и подростка.

Научные исследования по состоянию здоровья женщин и детей должны быть реализованы по следующим направлениям:

– решение проблемы репродуктивного здоровья будущей матери и на два наиболее критических периода жизни детей-пренатальное развитие, рождение, младенчество и пубертатный период;

– изучение и решение проблем связи питания, социума, вредных привычек у детей и подростков с ростом и развитием репродуктивной функции;

– разработка новых медицинских технологий профилактики, диагностики и лечения заболеваний у детей и подростков;

– поддержка региональных научных подразделений, повышение качества научных исследований и этического контроля за их проведением, развитие и увеличение роли программно-целевого планирования.

Необходимо исключить дублирование исследований, нерациональное использование средств на мелкие и малозначимые разработки и сосредоточить средства на научных темах, способных принести ощутимую теоретическую и практическую пользу.

Расширение социальной базы системы охраны здоровья матери и ребёнка

Под расширением социальной базы системы охраны здоровья матери и ребёнка следует понимать привлечение к работе по охране здоровья женщин, детей и подростков и организации им медико-социальной помощи непрофессиональных медицинских, социальных организаций. Сформировавшиеся в течение последнего десятилетия негативные тенденции в снижении ответственности родителей за состояние здоровья их детей становятся обоснованием межведомственной координации и ответственности за работу с семьями и детьми из группы медико-социального риска, как органов исполнительной власти всех уровней, так и различных общественных организаций, для снижения «предотвратимых» потерь здоровья беременных женщин, детей и подростков.

Работа по расширению социальной базы системы ОМиД должна осуществляться по следующим направлениям:

– разработка действенных форм сотрудничества с общественными благотворительными организациями;

– широкое привлечение различных групп населения к вопросам своего здоровья и здоровья детей, содействие созданию общественных объединений, школ по отдельным патологиям;

– создание единой региональной системы медицинского просвещения и оперативной медицинской информации о здоровье женщин, детей и подростков;

– работа среди населения по планированию семьи в целях формирования духовно-нравственного отношения к семье и материнству, сокращение числа искусственного прерывания беременности;

– пропаганда биологической и социальной целесообразности рождения в семье нескольких детей;

– поддержка мер пресечения рекламы алкоголя, табакокурения, производства и распространения печатной и видео продукции порнографического характера.

И.Я. Егоров

О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ) НА СТЫКЕ XX И XXI ВЕКОВ



И.Я. Егоров

В феврале 1974 г. Постановлением Совета министров ЯАССР и по согласованию с Министерством здравоохра-

нения РСФСР (министром в то время был В.В. Трофимов, главным санитарным врачом – К.И. Акулов) меня назначили заместителем министра здравоохранения и главным санитарным врачом Якутской АССР.

Возглавлял Министерство здравоохранения республики Прокопий Андреевич Петров, крупный организатор, клиницист, исследователь и педагог. Под стать себе он подобрал и заместителей – энергичных, хорошо знающих свое дело и обладающих незаурядными организаторскими способностями Эльмара Сергеевича Войцеховского, Ивана Софроновича Контогорова, Ию Филипповну Андрееву.

Главными специалистами министерства были врачи, также имеющие богатый практический и организаторский опыт, пользующиеся авторитетом среди медицинской общественности и населения республики: И.И. Мохначевский, Л.М. Карпель, В.И. Дудкина, Р.И. Вепрева, А.А. Трубицына.

В разные годы министрами здравоохранения работали И.И. Местников, Б.А. Егоров, П.Н. Яковлев, с которыми

сложились хорошие деловые отношения. Это были принципиальные, требовательные и справедливые руководители.

Проработал я в качестве главного государственного санитарного врача Якутии свыше 25 лет, а в 1999 г. Указом Президента Республики Саха (Якутия) М.Е. Николаева был назначен министром здравоохранения республики.

На Севере мы многие вопросы решаем сообща. В тех же традициях в декабре 1999 г. был созван и профессиональный консилиум – очередной съезд работников здравоохранения республики. Кстати, созван после долгого перерыва, затянувшегося на целых 24 года. Организаторы съезда постарались не превратить этот форум в некий «элитарный клуб» и к обсуждению проблем здравоохранения пригласили общественность республики.

В работе медицинского форума приняли участие президент республики Николаев М.Е. и министр здравоохранения Российской Федерации Шевченко Ю.Л. Была разработана концеп-

ЕГОРОВ Иван Яковлевич – д.м.н., проф., акад. Нью-Йоркской академии наук, кавалер ордена Почета, засл. врач РФ и РС(Я), министр здравоохранения Республики Саха (Якутия) с 1999 по 2002 г.

ция реформирования здравоохранения Республики Саха (Якутия). А уже на следующий год мы организовали работу выездного заседания коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации в г.Якутске с участием президента республики М. Николаева, министра здравоохранения России Ю. Шевченко, его заместителей Г. Онищенко, Т. Стуколовой, исполнительного директора Федерального фонда обязательного медицинского страхования А. Таранова, Ю. Никитина, М. Луценко, В. Коненкова и других.

Небывалое по своим масштабам наводнение 2001 года в Якутии потрясло не только граждан Российской Федерации, но и соседей из ближнего зарубежья. Откликнулись на нашу беду и другие страны.

Надо сказать, что руководители Министерства здравоохранения Российской Федерации – и сам министр Ю.Л. Шевченко, и его первый заместитель Г.Г. Онищенко – приняли самое непосредственное участие в восстановлении объектов здравоохранения. В первые же дни наводнения Ю.Л. Шевченко прилетел в пострадавший г.Ленск вместе с президентом страны В.В. Путиным.

Огромную роль в развитии медицинской науки в Республике Саха (Якутия) сыграло заседание коллегии Министерства здравоохранения республики с участием бывшего министра здравоохранения России Царегородцева А.Д. и заместителя министра здравоохранения Российской Федерации Шараповой О.В., рассмотревшей вопрос «О состоянии и перспективах развития медицинской науки в Якутии».

Мы бесконечно благодарны крупному организатору медицинской науки, ученому с мировым именем, эпидемиологу, посвятившему всю свою деятельность изучению проблем природно-очаговых инфекций, бывшему президенту Российской АМН В.И. Покровскому, поддержавшему предложение М.Е. Николаева о создании Якутского научного медицинского центра РАМН. Неоценимую помощь в создании регионального научного центра оказали также министр здравоохранения Российской Федерации Ю.Л. Шевченко, его первый заместитель Г.Г. Онищенко, председатель президиума Сибирского отделения РАМН В.А. Труфакин.

В апреле 2001 г. в г.Якутске состоялось заседание Координационного совета по здравоохранению в Дальневосточном федеральном округе.

В работе Координационного совета принимали участие первый замес-

титель министра здравоохранения Российской Федерации Г.Г. Онищенко, представитель Министерства здравоохранения в Дальневосточном федеральном округе Б.М. Когут, начальник Департамента здравоохранения Сахалинской области В.А. Сибиркин, Приморского края – В.Н. Приходько, главный государственный санитарный врач по Хабаровскому краю Р.Н. Либера, ректоры медицинских университетов и др.

Таким образом, за короткий срок при участии Министерства здравоохранения Российской Федерации, Российской АМН были проведены съезд медицинских работников, выездное заседание коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации, создан Якутский научный центр РАМН. Определены очередные задачи, стоящие перед отраслью – это создание единой информационной системы, внедрение кардиохирургии, трансплантологии, телемедицины.

Была создана рабочая группа Министерства здравоохранения республики по внедрению телемедицины и информационных технологий в здравоохранении. Разработана концепция и программа создания единой информационной системы отрасли, которая имеет четыре этапа реализации: создание корпоративной системы электронной почты министерства, телемедицинской видеосистемы, единой базы данных о здоровье жителей республики, электронных паспортов здоровья якутян и системы анализа и управления процессами формирования и охраны здоровья населения.

В 2000-2001 гг. нам удалось реально осуществить первые два этапа. Большая заслуга в этом как наших российских коллег (В.Л. Столяр, Б.А. Кобринский), так и специалистов РБ №1-Национального центра медицины МЗ РС(Я) (М.И. Томский, М.Х. Николаев, С.И. Борисов), его генерального директора В.С. Попова и других.

Необходимость своевременного выполнения операций на сердце по коррекции врожденных и приобретенных пороков сердца назревала сама собой... Надо сказать, об этом неоднократно говорили и ведущие хирурги П.И. Захаров, А.С. Григорьев, Я.С. Данилевич. Важность кардиохирургии для Якутии становилась все более очевидной. Но ведь нужно было начать...

И в 2000 г. старт, наконец-то, был дан. Руководство Министерства здравоохранения республики договорилось с министром здравоохранения Россий-

ской Федерации Ю.Л. Шевченко о подготовке наших врачей и оснащении РБ №1-НЦМ необходимым кардиохирургическим оборудованием. После чего якутские кардиологи и хирурги отправились на стажировку в г.Санкт-Петербург. В эту группу вошли сосудистые хирурги – П.И. Захаров, А.П. Семенов, А.П. Петров, перфузиолог К.И. Колосов, анестезиолог С.В. Белозеров, Н.Н. Эверстов, кардиолог Т.Ю. Томская, операционная сестра Т.Н. Мартынова, медицинская сестра перфузиолог Б.К. Борисова.

Тем временем под руководством директора хирургической клиники Е.И. Макарова в РБ №1-НЦМ шли структурные изменения.

В ноябре 2000 г. в г.Якутск прибыл министр здравоохранения России Ю.Л. Шевченко и его коллеги Г.Г. Хубулава, Н.Н. Шихвердиев и другие. Прибыли они к нам не с пустыми руками – привезли с собой аппарат искусственного дыхания фирмы «Джо стер». С его-то помощью впервые в Якутии в 2000 г. были выполнены семь операций на открытом сердце.

Для того, чтобы помочь нашим докторам освоить технологию пересадки родственной почки, Министерство здравоохранения республики пригласило посетить Якутск проректора Дальневосточного медицинского института, директора Центра уронефрологии и пересадки почки, профессора М.И. Петричко из Хабаровска, а на учебу в Хабаровск выехали наши доктора Г.Н. Николаев, А.А. Григорьев, А.В. Николаев, К.С. Лоскутова, Л.А. Балухина, А.Н. Фомина. Обучение в Германии проходили врачи-иммунологи и лаборанты.

После того, как состояние готовности Национального центра медицины к проведению пересадок органов было изучено самым тщательным образом НИИ трансплантологии и искусственных органов, Министерство здравоохранения Российской Федерации, возглавляемое В.И. Шумаковым, выдало разрешение.

Надо полагать, 27 марта 2001 г. тоже навсегда останется в истории медицины республики. В этот день впервые в РБ №1-НЦМ была проведена трансплантация родственной почки. У операционного стола стояли приглашенные из Москвы доктора Я.Г. Мойсюк, А.В. Шаршаткин, В.В. Тырин и их якутские коллеги.

Операция прошла успешно. Не вызвал особых волнений и послеоперационный период.

Слова благодарности сегодня пациенты без усталости адресуют Г.Н. Ни-

колаеву, А.И. Васильеву, А.Н. Габышеву, Н.Н. Макаровой, О.С. Горохову, Т.И. Васильевой.

Впервые в республике в эти годы дан старт и экстракорпоральному оплодотворению.

Таким образом, Министерство здравоохранения республики за короткий срок сумело организовать единую информационную систему отрасли, телемедицину, кардиохирургию, внедрить трансплантацию органов, экстракорпоральное оплодотворение, открыть сеть дневных стационаров, центры профилактической медицины, медицины катастроф. В это время была учреждена Народная академия здоровья. При Медицинском институте ЯГУ открылись вечерний факультет и кафедр: туберкулеза и по подготовке врачей семейной медицины, а при Якутском базовом медицинском кол-

ледже – отделение профилактической медицины.

Вспоминая годы работы в Министерстве здравоохранения республики, я со словами благодарности за самоотверженный труд называю имена: первого заместителя министра – Е.Ю. Алексеевой, заместителей министра – Л.Ф. Тимофеева, А.С. Сидорова, Г.П. Петровой, В.С. Попова, М.А. Тырылгина, главных и ведущих специалистов – Т.И. Лубниной, И.Ф. Тимофеевой, Л.Д. Неустроевой, И.А. Павлова, Т.И. Кочетовой, Н.М. Цеевой, Н.Н. Грязнухиной, Н.Н. Кировой, К.И. Иванова, И.В. Корнильевой, Р.М. Виниченко, Н.Б. Литихи, В.С. Куцова, В.Н. Водовозова, А.И. Яковлевой и других работников аппарата министерства.

Немалую поддержку находил я и в Москве. За годы моей работы в качестве министра здравоохранения рес-

публики неоценимую помощь в решении многих организационных вопросов, в частности связанных с реализацией федеральных целевых программ, оказывали первый заместитель министра здравоохранения Российской Федерации А.И. Вязлов, заместители министра Т.И. Стуколова, О.В. Шаропова, Р.А. Хальфин, В.Д. Дедков, начальник Управления охраны здоровья матери и ребенка А.А. Корсунский, заместитель управляющего делами И.В. Плешков, заместитель начальника отдела специализированной медицинской помощи Г.В. Антонова, начальник отдела по работе с регионами А.С. Гата, главный специалист отдела аттестации и развития медицинского персонала Л.А. Меленец, главный специалист по работе с регионами Е.В. Пантелеева.

Д.В. Адамова

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

«...Есть на свете занятий интересных немало,
Можно ведать искусством, можно камни гранить,
Но важнее призванья не отыщешь, пожалуй,
Чем призванье здоровье народа хранить!»

С давних времен человечество волнуют вопросы инфекционных заболеваний, причина возникновения, распространения и как уберечься от заражения.

В XIX и начале XX в. на территории Якутии свирепствовали эпидемии не только оспы, но и других инфекционных заболеваний с высоким уровнем летальности населения. Известно, что большая эпидемия острой простудной лихорадки была в Якутии в 1847 г. Так, по отчетным данным Якутского областного медицинского инспектора, за 1847 г. этой болезнью заболели 5411 чел., из них умерло 240.

В XX в. в 1925-1926 гг. в Якутии разбушевала эпидемия гриппа, или «испанки», унесшая жизнь тысяч людей. За 1926 г. только в трех центральных округах Якутии от «испанки» умерло от 1,2 до 3,2% населения или всего 3354 чел.

В середине 20-х гг. большой шум вызвала эпидемия неизвестной болезни в окрестностях г.Якутска, напоминающая по своей клинической картине бубонную чуму. Об эпидемии сразу был информирован нарком здраво-

охранения Н.А.Семашко. Срочно были получены пункты бубонов, локализующихся преимущественно в шейной и подчелюстной областях, но в пунктах не были найдены возбудители чумы. Впоследствии никто из заболевших людей не умер, и вскоре эпидемия самопроизвольно прекратилась.

В Якутии первая вакцинация против оспы была начата скорее всего в 1805 г., так как в этом году на должность главного медика Якутской области приехал работать доктор Ф.Реслейн, а он, будучи человеком образованным, не мог не знать о вакцинации против оспы.

Архивные данные свидетельствуют, что по Якутской области за период 1847-1852 г. было проведено 30499 вакцинаций против оспы, из них 28421 успешно.

В январе 1923 г. регистрировалась эпидемия сыпного тифа, что ускорило открытие в марте того же года первого инфекционного отделения при городской больнице. Наряду с сыпнотифозной инфекцией увеличилась заболеваемость брюшным тифом, дизентерией, вирусными гепатитами, дифте-

рией и т.д. Все вопросы решались под руководством санитарного отдела Министерства здравоохранения республики (руководители Т.И. Эверстов, врач Казанцев, А.А. Мухин и др.). Но не только эпидемии были предметом забот постоянно развивающегося звена профилактической медицины. В 1930 г. была организована медкомиссия для осмотра лиц, поступающих на работу на заводские и прочие предприятия. Структурным и функциональным модификациям подвергался аппарат управления профилактическими, санитарно-эпидемиологическими подразделениями. Уже в марте 1930 г. при Наркомздраве вводится должность инструктора по обслуживанию сельского населения лечебной сети (рук. М.И.Большев). Работа не заставила себя ждать, сибирская язва и другие болезни, общие для человека и животных, стали предметом конкретных целенаправленных действий санитарных врачей и эпидемиологов.

Систематизировалась профилактическая вакцинация не только против натуральной оспы, введенной еще в конце 19 в., но и против других современных инфекционных заболеваний.

АДАМОВА Дария Васильевна – гл. эпидемиолог МЗ РС(Я).

Для выполнения всевозрастающего объема предупредительных, профилактических и ликвидационных работ, упорядочивания финансирования создается эпидфонд. Вспышки скарлатины, тифов, натуральной оспы (1932 г.) обусловили становление мобильных форм организации экстренной профилактической помощи: специальных групп и противозидемических отрядов.

Современный период богат не только новыми событиями, но и новыми требованиями. Усложнились многие стороны хозяйственной производственной деятельности, конкретизируется экологическое знание и образованность, стремительно меняются демографические данные, заявляет о себе система показателей здоровья населения.

На современном этапе приоритетным направлением является профилактическая медицина. Успешно используются в профилактике инфекционных заболеваний иммунобиологические препараты. Формирование региональных целевых программ решило проблемы профилактики инфекционных заболеваний, характерных для нашей республики. За последние 10 лет значительно снизилась заболеваемость вирусными гепатитами В и А, коклюшем, эпидемическим паротитом, краснухой, менингококковой инфекцией, дизентерией, бруцеллезом. Стабилизировалась заболеваемость острыми кишечными инфекциями, туберкулезом. Фактически за последние годы не регистрируется заболеваемость дифтерией, столбняком, бешенством, сибирской язвой, туля-

ремией, брюшным тифом, клещевым энцефалитом, псевдотуберкулезом.

Эффективность проводимых организационных и профилактических мероприятий видна и по неуправляемым вакцинопрофилактикой инфекциям, таким как инфекции, передающиеся половым путем, кожные заболевания (чесотка, трихофития, микроспория) и т.д.

Первым разработчиком республиканской целевой программы «Вакцинопрофилактика» является Елизавета Яковлевна Гостхоржевич, которая за 30 лет своей трудовой деятельности в Министерстве здравоохранения РС(Я) внесла огромный вклад в развитие профилактической медицины. Продолжателем ее работы была опытный эпидемиолог Татьяна Ивановна Кочетова.

В республике с 2006 г. активно проводится реализация приоритетных национальных проектов в сфере здравоохранения. Одним из больших блоков является «Иммунизация населения по национальному календарю прививок, а также гриппа». Расширен календарь профилактических прививок. Согласно графику поставок в республику выделено 238,0 тыс. доз вакцины против вирусного гепатита В, 45,0 тыс. – против краснухи, 188,79 тыс. – против гриппа, 1,34 тыс. доз вакцины против полиомиелита.

На сегодняшний день завершается вакцинация против гепатита В, гриппа, краснухи, активно проводится вакцинация инактивированной вакциной против полиомиелита. Для соблюдения «холодовой цепи» проведен расчет необходимого оборудования, расходного материала, на средства рес-

публики закуплено 205 холодильников, 600 термоконтейнеров, 5000 термоиндикаторов, проводятся закуп компьютерной программы по мониторингу иммунизации населения и издание сертификатов профилактических прививок. Все улусные больницы на своем уровне будут иметь базу данных о каждом привитом жителе в разрезе своего улуса. Каждый житель республики, получивший вакцинацию по национальному проекту «Здоровье», будет иметь сертификат о профилактических прививках, удостоверяющий наименование, серию, место постановки прививки. Задействованы дополнительные прививочные бригады в количестве около 80.

Большую поддержку правительство республики оказало здравоохранению в переработке вакцин, оплатив расходы на хранение и доставку до получателей. Переработчиком является ГУП «Сахафармация», которое имеет базу и большой опыт хранения и доставки иммунобиологических препаратов.

Общая сумма расходов составляет более 19 млн. руб.

Через Территориальный фонд обязательного медицинского страхования централизованно организован закуп самоблокирующихся шприцев в количестве 748 тыс. штук на сумму более 4 млн. руб., иглоотсекателей, деструкторов игл, контейнеров безопасности, вакутейнеров для забора анализа на вирусные гепатиты В и С на сумму более 11 млн. руб. Также задействованы средства подпрограммы «Вакцинопрофилактика» для приобретения иглоотсекателей, деструкторов игл, холодильников, коробов для утилизации на сумму более 1 млн. руб.

Б.А. Егоров

ОБ УЧИТЕЛЕ

С именем Прокопия Андреевича Петрова связан целый этап в развитии якутского здравоохранения. На посту министра здравоохранения Якутской АССР он проработал с 1965 по 1984 г., успешно совмещая научную и преподавательскую работу на медицинском факультете Якутского государственного университета.

Вся его деятельность является нравственным примером верного служения интересам народа и государства.

ЕГОРОВ Борис Афанасьевич – министр здравоохранения ЯАССР-РС(Я) в 1990–1994 гг.

Родился П.А. Петров 15 июня 1921 г. в Кэнтискском наслеге Верхневилуйского района, в крестьянской семье. Получив медицинское образование, он последовательно прошел все стадии профессионального роста от фельшера далекого Абыйского района, врача нейрохирурга до министра здравоохранения родной республики, вдумчивого известного ученого и преподавателя.

За период его работы министерством здравоохранения республика получила значительное ресурсное обеспечение: введено больниц на 4620 коек, амбулаторно-поликлинических учреждений на 4905 посещений в смену, чис-

ло специализированных коек возросло на 5965, численность врачей – в 2,7 раза, бюджет здравоохранения – в 2,9 раза. Значительно увеличены объемы, качество и номенклатура медицинской помощи населению. Проводилась работа по обеспечению доступности первичной и специализированной помощи всем социальным группам, особенно жителям села, малочисленным коренным народам Крайнего Севера. В результате большой организационной работы в республике появились многопрофильные больницы и поликлиники, а проведение широких оздоровительных мероприятий, диспансеризация приобрели статус плановых.

Он внес неоценимый вклад в разработку теоретических аспектов профилактики, ранней диагностики, терапии и реабилитации больных вирусным энцефалитом. Им опубликовано более 70 научных работ, 3 монографии по заболеваниям центральной нервной системы, вопросам организации здравоохранения, экологии окружающей среды и человека. Его работы привлекли внимание международной научной общественности. В 1968-73 гг. принимал активное участие в работах VIII (г. Тегеран, Иран) и IX (г. Афины, Греция) Международных конгрессов по тропической медицине и малярии. На VIII конгрессе был избран вице-председателем пленарного заседания по проблемам медленных, латентных и умеренных инфекций, заседания вел на английском языке. В 1978 г. был направлен в научную командировку в Англию (города Лондон, Глазго). Принял участие в IV Международном

симпозиуме по полярной медицине (г. Новосибирск), где был сопредседателем секции общей патологии. Он хотел видеть науку более мощной, оснащенной кадрами, технологией, аппаратурой мирового уровня.

Много сил и энергии Прокопий Андреевич отдавал становлению и развитию среднего и высшего медицинского образования в Якутии. Его беспокоили стандарты и уровень образования, фундаментальность.

Будучи депутатом Верховного Совета ЯАССР, членом якутского обкома КПСС, проводил большую общественную и государственную работу.

Награжден тремя орденами Трудового Красного Знамени, орденом «Дружбы народов», медалями СССР.

Ему присвоены почетные звания «Заслуженный врач Якутской АССР» и «Заслуженный врач РСФСР».

Требовательный к себе и подчиненным, он был удивительно доступным,

открытым человеком, к которому можно было обратиться по любому вопросу, был душевным донором страждущим и нуждающимся. У него всегда можно было получить полезный совет и поддержку. Возможно, поэтому к нему тянулись люди.

В частных беседах он часто сожалел, что не может углубиться и сосредоточиться только на научно-исследовательской работе, не может в полной мере реализовать свой потенциал.

Вместе с тем он, несомненно, был человеком своего времени, способный жить интересами народа и государства. К сожалению, жизнь отмерила ему не столько времени, сколько он заслужил.

Нынешнему и грядущим поколениям еще предстоит более глубокое изучение и осмысление жизни и деятельности большого Учителя, Врача и Государственного деятеля, Человека – Прокопия Андреевича Петрова.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ. ПРОФИЛАКТИКА

Г.Е.Миронова, Е.П.Васильев

КУРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

Цель исследования. Установление взаимосвязи показателей функции внешнего дыхания с интенсивностью свободно-радикального окисления у мужчин, злоупотребляющих курением.

Материалы и методы. Обследовано 96 мужчин, злоупотреблявших курением, в возрасте от 24 до 50 лет. Контрольную группу составили 110 практически здоровых мужчин от 20 до 50 лет.

Показатели функции внешнего дыхания (ФВД) определяли в соответствии с рекомендациями Всероссийского общества пульмонологов (М., 2003). Интенсивность перекисного окисления липидов (ПОЛ) определяли по концентрации в крови малонового диальдегида (МДА). Состояние антиоксидантной системы организма оценивали по активности супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы, уровню витаминов С, Е и суммарной антиоксидантной активности плазмы крови. Содержание мочевой кислоты, обще-

го билирубина и холестерина в сыворотке крови определяли на автоматическом биохимическом анализаторе Cobas mira plus фирмы La Roche.

Результаты. Снижение вентилиционной функции легких у лиц, злоупотребляющих курением, сопровождается уменьшением потребления кислорода, что обуславливает более высокий, по сравнению с некурящими людьми, стационарный уровень перекисного окисления липидов (ПОЛ), активирующий ферментативную систему антиоксидантной защиты (АОЗ) организма и истощающий пул природных антиоксидантов.

Россия по потреблению табака занимает третье место в мире после Китая и США, а по темпам роста табакокурения – первое место. В нашей стране курят около 50% мужчин и 20% женщин. Растет количество курящих детей и подростков. В старших классах курят 40% мальчиков и 30% девочек. Продолжительность жизни у мужчин-курильщиков меньше на 6-7 лет, чем у некурящих. Курящие женщины живут на 5-7 лет меньше. Как отметил

на форуме «Здоровье нации – основа процветания России» (2005г.) заместитель председателя Совета Федерации М.Е. Николаев, «за последние десять лет смертность от алкоголизма в РФ возросла в три раза, а от курения ежегодно умирает 300 тыс. человек».

Курение остается ведущей причиной смерти от ишемической болезни сердца, рака легкого и хронических заболеваний легких. Риск смерти от хронических обструктивных болезней легких (ХОБЛ) в 30 раз больше у заядлых курильщиков, выкуривающих более 25 сигарет в день, чем у некурящих.

В настоящее время нет сомнения в том, что курение табака является одной из наиболее важных причин развития ХОБЛ, среди которых можно выделить хронический бронхит, эмфизему легких, бронхиальную астму и рак легкого. В 82% случаев хронического бронхита главным этиологическим фактором является курение. Хронический бронхит среди курящих мужчин встречается в 5 раз, а среди женщин – в 3 раза чаще, чем среди никогда не куривших (Prescott E., Vestbo J., 1997).

МИРОНОВА Галина Егоровна – д.б.н., проф. МИ ЯГУ, зав. отделом ЯНЦ РАМН и Правительства РС(Я); **ВАСИЛЬЕВ Егор Петрович** – д.м.н., проф. МИ ЯГУ.

Табачный дым в воздухе жилых помещений способен вызвать нарушение здоровья у некурящих, так называемых пассивных курильщиков, особенно детей. Многие из них страдают от кашля, одышки, охриплости голоса, насморка, воспаления глаз, головкружений и головных болей, желудочно-кишечных расстройств. На активных и пассивных курильщиков влияют одни и те же компоненты табачного дыма: аэрозоль конденсации смолистых веществ, никотин, бенз/а/пирен и др. Отсюда и одинаковое неблагоприятное воздействие на здоровье. Но если при длительном курении организм курящих адаптируется к токсическому воздействию табачного дыма, то при пассивном курении этого не происходит (Pryor W.A., 1992; Чучалин А.Г., Сахарова Г.М., 1999).

В условиях Якутии сочетание курения с отрицательной среднегодовой температурой воздуха увеличивает риск развития болезней органов дыхания (Макаров В.М., 1995; Миронова Г.Е. с соавт., 2003).

Материал и методы. Нами обследовано 96 мужчин в возрасте от 24 до 50 лет, злоупотреблявших курением табака, с учетом стажа указанной вредной привычки. Контрольную группу составили 110 практически здоровых некурящих мужчин от 20 до 50 лет. Обследование проводилось среди организованного населения г. Якутска (студенты и преподаватели Якутского государственного университета, рабочие птицефабрики, водители, милиционеры).

Оценка результатов функции внешнего дыхания (ЖЕЛ, ОФВ₁, индекс Тиффно, МВЛ), пневмотахометрии и коэффициента использования кислорода (КИО₂) осуществлялась в соответствии рекомендациями Всероссийского общества пульмонологов (М., 2003).

Концентрацию малонового диальдегида в крови определяли колориметрическим методом с использованием тиобарбитуровой кислоты (Uchiyama M, Michara M., 1978). Суммарную антиоксидантную активность плазмы крови определяли по методу Г.И.Клебанова (Клебанов Г.И. с соавт., 1988). Для оценки ферментативной системы антиоксидантной защиты организма использовались хемилюминесцентные методы определения активности супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы (Величковский Б.Т. с соавт., 1990). Аскорбиновую кислоту определяли титриметрическим методом с использованием 2,6-индофенолфенолята Na (Ларина Т.И. с соавт., 1987). Витамин Е определяли спектрофотометрическим методом по Bierry с использованием α-дипиридила в присутствии хлорного железа (Кисилевич Р.М., Скварко С.И., 1972).

Полученные результаты обрабатывались методом вариационной статистики с применением t-критерия Стьюдента и с использованием компьютерной программы SPSS 8.0 для Windows 95.

Результаты и обсуждение. Все находившиеся под нашим наблюдением мужчины, злоупотреблявшие курением, считали себя здоровыми, хотя в утренние часы их беспокоил кашель с выделением мокроты. Со слов обследованных, курить с 16 лет начали 28 чел., что составило 30%, остальные - с 18-19 лет (70%). Вентиляционная функция легких у курильщиков оказалась значительно сниженной по сравнению с контрольной группой. Ухудшились все показатели ФВД: ЖЕЛ, ОФВ₁, индекс Тиффно, резерв дыхания, пневмотахометрия на вдохе и на выдохе, но особенно низкими (по сравнению с таковыми в контрольной группе) были

максимальная вентиляция легких (МВЛ) и коэффициент использования кислорода (КИО₂). Анализ показателей ФВД у лиц, злоупотреблявших курением табака, показал, что вентиляционная функция легких зависит от стажа вредной привычки (табл.1). МВЛ в контрольной группе здоровых, не куривших людей составила 127,6±1,7%, у лиц, злоупотреблявших курением, этот показатель снизился более чем на 65% (P<0,001). Существенно нарушилась и диффузия газов через альвеоларно-капиллярную мембрану. На этот факт указывает низкий КИО₂ вентилируемого воздуха. У здоровых некурящих лиц контрольной группы он равнялся 28,9±1,2 мл/л, в то время как у злоупотреблявших курением он был почти в два раза ниже, колеблясь от 18,6±2,4 до 10,7±2,1 мл/л (P<0,001).

У лиц со стажем курения более 10 лет ухудшились и показатели пневмотахометрии: на вдохе до 2,4±0,9 л/сек по сравнению с контрольной группой 3,38±0,04 л/сек (P<0,001), на выдохе до 3,3±0,8 л/сек при значении показателя в контрольной группе 4,52±0,06 л/сек (P<0,001).

Полученные нами результаты подтверждают литературные данные о том, что курение оказывает отрицательное воздействие на функцию внешнего дыхания, усугубляющееся с возрастом курильщика и с количеством выкуриваемых сигарет. Следует заметить, что обратно пропорциональная зависимость вентиляционной функции легких от стажа курения является наиболее вероятной причиной увеличения заболеваемости ХОБЛ с возрастом среди мужчин (Чучалин А.Г., Сахарова Г.М., 1998).

У обследованных нами курильщиков со стажем от 5 до 10 лет ОФВ₁ равнялся 71,4±9,6 и 71,2±6,6% (табл.1). Можно сказать, что у них имеются признаки хронического бронхита 1-й стадии (легкой степени тяжести), так как на этой стадии болезни, согласно классификации, принятой Всероссийским обществом пульмонологов, ОФВ₁ варьирует от 70 до 80% от должных величин. У курильщиков со стажем курения более 10 лет имеются признаки ХОБЛ 2-й стадии, так как основным симптомом ХОБЛ на этой стадии является то, что ОФВ₁ меньше 70% от должной величины. Таким образом, все лица, злоупотребляющие курением, нуждаются в самом пристальном внимании врача, прежде всего для создания у них сильной мотивации к прекращению курения.

Таблица 1

Показатели функции внешнего дыхания у мужчин
в зависимости от стажа курения

Показатель	Здоровые n=110	Стаж курения		
		5 лет n= 29	более 5 лет n= 31	10 лет и более n= 36
ЖЕЛ, %	96,3 1,4	88,1 11,0	89,4 10,1	84,4 8,2
ОФВ ₁	80,3 3,4	71,4 9,6	71,2 6,6	63,8 5,8*
Индекс Тиффно, %	86,8 0,5	74,8 10,7	71,1 4,8*	70,5 3,4*
МВЛ, %	127,6 1,7	87,3 12,1*	84,6 10,4*	87,6 9,8*
Резерв дыхания, %	87,6 10	79,0 4,4	83,2 3,9	80,8 5,0
Пневмотахометрия				
вдох л/с	3,4 0,04	2,9 0,5	3,3 0,8	2,4 0,5
выдох л/с	4,5 0,06	3,7 0,7	4,0 0,7	3,3 0,8
КИО ₂ , мл/л	28,9 1,2	15,0 4,0*	18,6 2,4*	10,7 2,1*

* p<0,05 по сравнению со здоровыми.

У молодых курильщиков обнаружена плоскоклеточная метаплазия в эпителии дыхательных путей, хронические воспалительные инфильтраты и небольшие увеличения соединительной ткани в стенках дыхательных путей. В старших возрастных группах, кроме того, была выявлена и атипичная плоскоклеточная метаплазия. Таким образом, при длительном воздействии химических компонентов табачного дыма эпителиальные клетки дыхательных путей метаплазируются и могут стать предшественниками раковых клеток. Нарушение мукоцилиарного клиренса способствует колонизации бактериальной флоры. С присоединением респираторной инфекции патологический процесс дыхательных путей приводит к появлению типичных клинических признаков обструктивного бронхита (Prescott E., Vestbo J., 1997).

Исследование бронхоальвеолярного лаважа у курильщиков показало 2-3-кратное увеличение нейтрофилов. При этом время прохождения их через капилляры увеличивалось в результате уменьшения способности к деформации под воздействием оксидантов табачного дыма. Большое количество полиморфноядерных нейтрофилов адгезировалось в местах повреждения легочных кровеносных сосудов. Нейтрофилез лаважной жидкости у курящих людей играет патогенетическую роль в развитии обструктивного бронхита и эмфиземы легких вследствие повышенного содержания нейтрофильной эластазы, протеолитическое действие которой ведет к развитию пневмофиброза и потере эластичности альвеолярных стенок. Причем тонкие эластические волокна ме-

жальвеолярных перегородок разрушаются быстрее, чем их пучки в стенках бронхов. В результате происходит сужение просвета респираторных путей, особенно резко выраженное в бронхиолах, лишенных хрящевого остова. Возникает обструктивный синдром, в основе которого лежит не спазм бронхиальной мускулатуры, а нарушение равновесия эластического натяжения между легочной паренхимой и бронхами. При этом в отличие от бронхиальной астмы нарушение проходимости респираторных путей носит не приступообразный характер, а нарастает постепенно (Reznick A.Z. et al., 1992).

Табачный дым, вызывающий воспалительные изменения всей системы органов дыхания, состоит из двух фракций: газообразующей и твердой, представленной частицами. По данным R. Richards (1991), в газообразующей фазе содержится (из расчета на одну пачку сигарет) 146-657 мг формальдегида, 117-4380 мг нитритов и закиси азота, 73-255 мг уретана, 7-117 мкг хлорида винила, а в фазе взвешенных частиц – 73-365 мкг бенз(а)пирена, 438-14600 мг никотина, 0-22 мг никеля, 584 мкг кадмия, кроме того обнаружен радиоактивный элемент полоний ^{210}Po . Смолистый компонент сигаретного дыма содержит 10^{18} частичек на грамм смолы. Одна затяжка газовым компонентом табачного дыма может содержать 10^{15} органических радикалов, которые достаточно стабильны и могут быть обнаружены с помощью электронного спинового резонанса (Richards R., 1991). Химически активные компоненты табачного дыма оказывают прямое действие не только на поверхностный слой бронхоаль-

веолярного секрета и эпителиальные клетки легкого, но и на внутреннюю среду организма, вызывая усиление свободно-радикального окисления.

Согласно полученным нами данным, у обследованных курящих мужчин снижение всех показателей ФВД сочеталось с интенсификацией свободно-радикальных реакций. На это указывает увеличение концентрации малонового диальдегида (МДА) – маркера перекисного окисления липидов. У мужчин, злоупотребляющих курением, содержание МДА в крови было увеличено на 30% по сравнению со здоровыми некурящими лицами. Интенсификации ПОЛ может способствовать и наличие гипоксии, так как, согласно полученным нами данным, у курильщиков коэффициент использования кислорода был достоверно понижен по сравнению с некурящими (табл.1).

Токсическое действие продуктов ПОЛ проявляется в инаktivации антипротеаз. При этом окислительная инаktivация α_1 -антитрипсина предшествует эластазозависимому повреждению тканей *in vivo*. Это было продемонстрировано исследованиями, показывающими, что предшествующая дозой перекиси водорода значительно увеличивает чувствительность изолированных легких к повреждению, вызванному перфузией с нейтрофильной эластазой. Активация свободно-радикальных реакций сопровождается снижением активности α -адренэргических и повышением β -адренэргических и холинэргических рецепторов, что часто приводит к развитию бронхоспазма у курильщиков с большим стажем (Janus E.D. et al., 1985).

Интенсификация ПОЛ у курильщиков сопровождается компенсаторной активацией антиоксидантной системы организма. Общая антиоксидантная активность плазмы крови, также как активность антиоксидантных ферментов, у курильщиков была выше, чем у некурящих (табл.2). Уровень мочевой кислоты – низкомолекулярного эндогенного антиоксиданта, в крови курящих мужчин был повышен статистически достоверно.

Полученные нами данные о снижении показателей функции внешнего дыхания при параллельном увеличении концентрации МДА в крови, увеличении активности супероксиддисмутазы и каталазы в эритроцитах позволяют предположить, что у лиц, злоупот-

Таблица 2

Влияние курения на показатели АОЗ

Показатель	Здоровые	Курящие (стаж курения больше 5 лет)
АОА, %	51,3 0,7	55,6 1,2
МДА, нмоль/мл	1,26 0,06	1,76 0,10*
СОД, мкг/г Нв	1,50 0,03	1,96 0,08*
Каталаза, мкг/г, Нв	7,36 0,10	7,98 0,36
Мочевая кислота, мкмоль/л	161,3 7,5	226,5 16,5*
Общий билирубин, мкмоль/л	5,74 0,30	6,07 0,48
Общий холестерин, мкмоль/мл	4,32 0,05	4,42 0,12
Витамины:		
С, мг/дл	0,57 0,03	0,41 0,03*
Е, мг/дл	0,78 0,06	0,70 0,08

* Р 0,05, по сравнению со здоровыми некурящими лицами.

ребляющих курением, формируется более высокий стационарный уровень ПОЛ, активирующий ферментативную систему АОЗ и истощающий пул природных антиоксидантов – аскорбиновой кислоты и витамина Е. Недообеспеченность организма витаминами-антиоксидантами в условиях Севера ослабляет иммунную систему, что, возможно, является одной из причин высокой заболеваемости туберкулезом среди населения Якутии.

Еще в 80-х гг. прошлого века было показано, что характерной особенностью процессов адаптации к экстремальным условиям Севера является развитие своеобразного синдрома, напоминающего хроническую гипоксию и названного «циркумполярным гипоксическим синдромом». Основным физиологическим проявлением этого синдрома является скрытая или явная дыхательная недостаточность (Авцын А.П., Жаворонков А.А., 1985). П.П. Горбенко с соавторами (1991) при проведении провокационной пробы с гипервентиляцией холодного воздуха наблюдали достоверную реакцию у здоровых людей, которая чаще проявлялась в ухудшении бронхиальной проходимости. Милованов А.П. (1981), рассматривая возможные механизмы действия низких температур на систему органов дыхания, полагает, что прямое действие сухого охлажденного воздуха на дыхательные пути, а также кожу лица – зону иннервации тройничного нерва – вызывает понижение температуры слизистых оболочек воздухопроводящей системы, рефлекторное сужение просвета и сокращение гладкомышечного каркаса бронхов. Вследствие этого снижается проходимость воздухоносных путей, что приводит к морфофункциональным перестройкам в системе дыхания и легочного кровообращения как у приезжего, так и коренного населения Севера.

Учитывая приведенные выше факты, следует подчеркнуть, что в условиях Якутии сочетание курения с климатогеографическими факторами значительно увеличивает риск развития легочной патологии и обуславливает вы-

сокий удельный вес осложненных форм. Поэтому необходимость проведения «антиникотиновой программы» является настоящим условием сохранения здоровья и трудоспособности населения.

Заключение. Результаты исследования функции внешнего дыхания у лиц, злоупотребляющих курением, свидетельствуют о значительной обструкции дыхательных путей у курящих. Степень обструкции дыхательных путей возрастает прямо пропорционально стажу курения. На фоне курения нарастает гипоксия, нарушается оксигенация крови и транспорт кислорода к тканям, о чем свидетельствует статистически достоверное уменьшение значения коэффициента использования кислорода у курящих по сравнению с некурящими.

Нарушение вентиляционной функции у лиц, злоупотребляющих курением сопровождается активацией свободно-радикального окисления. Полученные нами данные о снижении показателей функции внешнего дыхания при параллельном увеличении малонового диальдегида, увеличении содержания супероксиддисмутазы и каталазы в эритроцитах, позволяют предположить, что у лиц, злоупотребляющих курением, формируется более высокий стационарный уровень ПОЛ, активирующий ферментативную систему АОЗ и истощающий пул природных антиоксидантов. Таким образом, в условиях Крайнего Севера сочетание курения с климатогеографическими факторами значительно увеличивает риск развития хронического обструктивных болезней легких.

Литература

- Авцын А.П., Жаворонков А.А. Патология человека на Севере. – М.: Медицина. – 1985. – 416 с.
- Величковский Б.Т., Коркина Л.Г., Черемисина З.П., Суслова Т.Б. Хемолюминесцентные методы в профилактической и клинической медицине: Методические рекомендации. – М, 1990.
- Горбенко П.П., Зильбер И.А., Игнатова М.Н. Провокационная проба с гипервентиляцией холодного воздуха у больных хроническими неспецифическими забо-

леванями легких // Пульмонология. – 1991. – №4. – С. 30-34.

Кисилевич Р.М., Скварко С.И. Об определении витамина Е в крови // Лабораторное дело. – 1972. – №8. – С.473.

Клебанов Г.И., Бабенкова И.В., Теселкин Ю.О., Комаров О.С., Владимиров Ю.А. Оценка антиоксидантной активности плазмы крови // Лабораторное дело. – 1988. – №5. – С.59-62.

Ларина Т.И., Митин И.Е., Блажеевич Н.В., Богданов Н.Г. Витамин С. // Теоретические и клинические аспекты науки о питании / Т.VIII. Методы оценки обеспеченности населения витаминами. – М., 1987. – С.78-87.

Макаров В.М. Эпидемиология хронических обструктивных болезней органов дыхания в условиях Республики Саха. – Томск, 1995. – 111 с.

Милованов А.П. Адаптация и донозологическая диагностика напряжения легких человека на Севере // Тез.докл.конф. "Особенности патологии коренного и пришедшего населения в условиях Крайнего Севера" (Красноярск, 15-17 июня 1981г.). – Т.2. – С.231-232.

Миринова Г.Е., Васильев Е.П., Величковский Б.Т. Хронический обструктивный бронхит в условиях Крайнего Севера (Значение антиоксидантного статуса и антиоксидантной терапии). – Красноярск, 2003. – 169 с.

Хронический обструктивный бронхит: Методические рекомендации для врачей. – М., 2003.

Чучалин А.Г., Сахарова Г.М. Болезни легких курящего человека / Хронические обструктивные болезни легких. – СПб., – 1998. – С. 338-365.

Prescott E., Vestbo J. Mortality in men and women in relation to smoking // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 1997; 155:4: 547-552.

Pryor W.A. Biological effects of cigarette smoke, wood smoke and the smoke from plastics: The use of electron spin resonance // Free radical Biol. and Med. – 1992. – P.659-676.

Reznick A.Z. et al. Modification of plasma proteins by cigarette smoke as measured by protein carbonyl formation // Biochem.J. – 1992. – 286. – P.607-611.

Richards R. Cigarette smoke, metabolism and lung target cells // The international monitor., 1991. – V.2, №4. – P. 103-107.

Janus E.D., Phillips N.T., Carrell R.W. Smoking, lung function and -antitrypsin deficiency // Lancet. – 1985. – Vol.1, №842. – P.152-194.

Uchiyama M., Michara M. Determination of malonaldehyde precursor in tissues by thiobarbituric acid test // Anal. Biochem. – 1978. – Vol.86, №1. – P. 271-278.

АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА

Д.Г. Тихонов

КОРЕННОЕ НАСЕЛЕНИЕ АРКТИКИ.
ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ

27 мая 1989 г. Генеральной конференцией МОТ была принята «Конвенция о коренных народах и народах, ведущих племенной образ жизни в независимых странах». Ст. 1 Конвенции гласит:

«1. Настоящая Конвенция распространяется:

а) на народы, ведущие племенной образ жизни в независимых странах, социальные, культурные и экономические условия которых отличают их от других групп национального сообщества и положение которых регулируется полностью или частично их собственными обычаями или традициями, или специальным законодательством;

б) на народы в независимых странах, которые рассматриваются как коренные ввиду того, что они являются потомками тех, кто населял страну или географическую область, частью которой является данная страна, в период ее завоевания или колонизации или в период установления существующих государственных границ, и которые, независимо от их правового положения, сохраняют некоторые или все свои социальные, экономические, культурные и политические институты.

2. Указание самих народов на их принадлежность к числу коренных или ведущих племенной образ жизни рассматривается как основополагающий критерий для определения групп, на которые распространяются положения настоящей Конвенции».

В России термин «коренное население» не применяется в общественно-политической и юридической практике, в то время как во всех странах, имеющих северные территории, народы, заселяющие их, например индейцы, эскимосы, саамы, признаются как коренные народы. По мнению И. Блищенко, члена Независимой комиссии по международным гуманитарным вопросам, в России «в категорию коренного населения можно включить группу малых народов Севера и Дальнего Востока...» [21]. Согласно докладу данной комиссии, на территории Сибири и Дальнего Востока числен-

ность коренного населения составляла около 1 млн. человек [10].

В научной литературе коренными народами Севера признаются якуты и малочисленные народы Севера [3, 15]. В. П. Казначеев использует термин «абориген» [9]. По К. В. Орехову, следует выделять и коренное приезжее население, к ним он относит якутов [14]. Данная точка зрения основана на исследованиях ряда ученых историков, разрабатывающих концепцию о южном происхождении предков якутов [7, 10, 13]. В то же время ряд исследователей считают якутов автохтонным народом [17]. Следует отметить, что китайские письменные источники IX в. свидетельствуют, что территория нынешней Якутии находилась под владением гулиганов (по мнению А.П. Окладникова – курыканов), поддерживавших внешние связи с Китайской империей [16]. В XVII в. якуты широко были расселены по современной территории Якутии [8]. Таким образом, причисление их к категории приезжего на Север народа не имеет достоверной фактической базы. За последнее время появилось множество работ по этнологии якутов (сахы), подтверждающих формирование данного народа на исконной якутской земле [2].

По представлениям Мочанова Ю.А. и др., территория Крайнего Севера была обжита предками людей миллионы лет назад. Приспособление к жизни в условиях холодного климата представляет собой трудную задачу. По мнению ряда исследователей, человек начал проникать на Север после

того, как добыл огонь, перешел на мясную пищу и начал шить себе одежду. В последнее время Ю.А. Мочанов и др., наоборот, считают, что интеллект возник у предков людей в условиях борьбы с холодным климатом [11]. Если верить данным табл. 1, то на территорию Якутии проникали предки современных людей, начиная с австралопитеков и кончая неандертальцами.

Согласно данным археологических исследований, человек начал проникать на север Американского континента через Берингов пролив 11–50 тыс. лет назад уже как *Homo sapiens*. Самая северная стоянка древнего человека была обнаружена в 1970 г. за полярным кругом на берегу р. Берелех (левый приток Индигирки). Возраст стоянки 11,5 тыс. лет назад. Это были люди, наделенные высоким интеллектом.

«Интеллект (от латинского *intellectus* – познание, понимание, рассудок) – способность мышления, рационального познания» [16]. На какой стадии эволюции появился у человека интеллект, определить очень сложно, но следует отметить, что вместе с приобретением интеллекта возникла способность человека мыслить, основа сознательной и разумной жизни. Уровень развития интеллекта прежде всего связан с развитием мозга.

Объем мозга современного человека – от 1000 (у годовалого ребенка) до 2000 см³, у австралопитека 250–700 см³, у питекантропа – 700–1000 см³, у синантропа – 900–1200 см³, у неандертальца – 1200–1600 см³.

Таблица 1

Периодизация культурных археологических памятников Якутии [22]

Периоды	Археологическая культура	Датировка
Древнейший палеолит	Дирингская культура	3,2 – 1,8 млн. лет
Ранний палеолит	Алалайская культура	1,8 млн. – 150 тыс. л.н.
Средний палеолит	Кызыл-сырская культура	150 – 35 тыс. л.н.
Поздний палеолит	Дюктяйская культура	35 – 10,5 тыс. л.н.
Мезолит	Сумнагинская культура	10,5 – 6 тыс. л.н.
Неолит	Сылахская культура	6,2 – 5,2 тыс. л.н.
	Белькачинская культура	5,2 – 4,1 тыс. л.н.
	Ымыяхтахская культура	4,1 – 3,3 тыс. л.н.
Эпоха палеометалла	Усть-мильская культура	3,3 – 2,4 тыс. л.н.
Ранний железный век		5 в. до н.э. – 5 в. н.э.
Средний железный век		6 – 13 в. н.э.
Поздний железный век	Кулун-атахская культура	14 – 16 в. н.э.
	Сырдыкский этап	14 – 1-я пол. 15 в. н.э.

ТИХОНОВ Дмитрий Гаврильевич – д.м.н., проф., генеральный директор объединения «Якуткурорт».

Использование и изготовление орудий труда древним человеком стало возможным при достижении определенного объема головного мозга, по мнению ряда исследователей – не менее 700–800 см³. Орудия труда начал использовать *Homo habilis* с объемом мозга 700–800 см³. Как видно из рис. 1, объем его мозга равен объему мозга 6-месячного ребенка, а питекантропа и синантропа – уже годовалого ребенка. Появление примитивного интеллекта в результате эволюции занимает около 4 млн. лет. За этот период мозг наших «древних предков» увеличился примерно на 300 см³. Развившийся мозг позволил нашим «предкам» начать изготавливать орудия труда. За последующие 2,5 млн. лет объем мозга увеличился еще на 300 см³, это связано с использованием орудий труда и труд ускорили эволюцию человеческого мозга и процесс появления разума. Начинает формироваться язык человеческого общения. По мнению советского археолога В. Бунака, человеческий язык зародился в виде «лаллий» – проявлений эмоционального состояния организма посредством несложных однотонных звуков.

За последующие 500 тыс. лет объем мозга увеличился уже до 1000 см³. За эти годы человек приобрел разум, около 60-80 тыс. лет назад (около 100 тыс. лет) сформировался *Homo sapiens*. Человеку понадобилась 500 тыс. лет, чтобы его мозг стал способным научиться человеческому языку, т.е. выучил по одному слову за сто лет.

Разум является следующим этапом развития интеллекта. В своем словаре В. Даль дает следующее толкование ума: «... Низшая степень ума должна

быть признана за некоторыми животными, но разума нет ни в одном». С.И. Ожегов и Н.Ю. Шведова дают следующее определение разума: «Способность человека логически и творчески мыслить, обобщать результаты познания». В Советском энциклопедическом словаре разум определяется как «ум, способность понимания и осмысления» [16]. С появлением разума и высшей нервной деятельности, связанной с корковым слоем головного мозга, человек начал свою сознательную и разумную жизнь.

Появление *Homo sapiens* фактически перевело естественный отбор на интеллектуальный уровень. В человеческих сообществах превосходство стали получать индивиды с высоким уровнем интеллекта. Мудрость стала мерилем интеллекта, а справедливость – двигателем развития исторического процесса.

Разумность означает выбор правильного пути из множества вариантов действия. Если вы выберете не тот путь, то его исправит естественный ход развития человеческого сообщества, заменивший инструмент естественного отбора животного мира. Появление интеллекта и разума заложило фундамент цивилизации. Исторический путь развития человечества от зарождения до настоящего времени – это развитие и эволюция человеческой цивилизации. С появлением разума изменил-

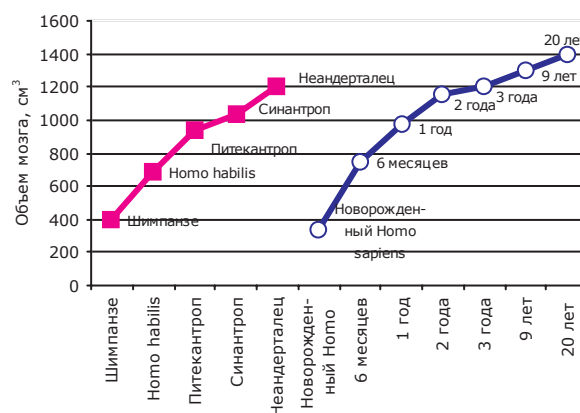


Рис. 1. Объем мозга *Homo sapiens* по сравнению со своими предками

ся и процесс передачи информации последующим поколениям и его аккумуляции и накопления. В животном мире передача информации последующим поколениям осуществляется в основном через генетический аппарат, а небольшая её часть – в виде обучения и приобретения в течение жизни условных рефлексов. Люди же передают накопленную в течение своей жизни информацию через закодированные абстрактные интеллектуальные образы и символы (через свой язык) наравне с генетическим кодом. Разум стал вершителем судеб и верховным судьей во всех мировых делах человечества. Разум человека является основным локомотивом ускорения развития человеческой цивилизации, начиная с эпохи неолита (табл. 2).

Темпы развития цивилизации значительно ускоряются при контактах и обмене информацией между отдельными локальными культурами. Так, люди миллионы лет осваивали охоту и

Таблица 2

Продолжительность развития вех человеческой цивилизации

Периодизация развития человеческой цивилизации	Датировка	Продолжительность в годах	Основные достижения
Палеолит	2 млн. – 10 тысяч лет до н.э.	1 млн.990 тыс. лет	Охота, собирательство (присваивающая хозяйство), производство каменных орудий, деревянные дубинки, копья.
Мезолит	10-5 тысяч лет до н.э.	5 тыс. лет	Охота, собирательство (присваивающая хозяйство), производство оружия с каменным наконечником, бумеранг, метательное орудие «боло» (два камня на веревке)
Неолит	6-4 тысячи лет до н.э.	2 тыс. лет	Появление первых земледельческих общин, шлифование и сверление орудия из камня, глиняная посуда, прядение, ткачество
Медный век	4-3 тысячи лет до н.э.	1 тыс. лет	Мотыжное земледелие, скотоводство, охота, медные наконечники стрел, кинжалы, мечи
Бронзовый век	Конец 4-го – начало 1-го тысячелетия до н.э.	Около 2 тыс. лет	Появление кочевого скотоводства и поливного земледелия, письменности, рабовладельческих цивилизаций. Распространение металлургии бронзы, бронзовых орудий и оружия, бронзовые доспехи
Железный век	Начало 1 тысячелетия до н.э.	2,8 тыс. лет	Бурное развитие земледелия, животноводства, металлургия железа, производство железных орудий и оружия
Научно-технический прогресс	XIX – нач. XXI в.	200 лет	Изобретение паровой машины, электричества, развитие связи, радио, телевидение, компьютеризация, освоение космоса, интернет.

собирачество, а за последние 200 лет успели изобрести от паровой машины до Интернета. Из этого следует, что общемировая тенденция развития цивилизации имеет позитивный характер, и интенсивные обмены между людьми ускоряют его течение. Цивилизации могут появляться и исчезать, а человечество остается, и достижение поколений аккумулируется в передовых цивилизациях. Поэтому современная западная цивилизация является достижением не только атлантических народов, но и всего человечества. Это стало возможно в связи с тем, что человечество в отличие от животных передает опыт своего онтогенеза не только посредством биологической эволюции и не только через генетическую информацию, а посредством разума.

В человеческом обществе во все времена непримиримо боролись два противоречия: неудержимая тяга к праздности, соблазн наслаждений и тяжелый физический и интеллектуальный труд. Не одна цивилизация пала жертвой коррупции, беспечности, лени, интриг на фоне роскоши и благополучия. Недаром еще со времен Иоанна Богослова предсказывается конец света. Когда цивилизация достигает своей вершины, материальный достаток и благополучие порождают коррупцию в эшелонах власти, процветание человеческих пороков, изображенных знаменитым скульптором Михаилом Шемякиным в Москве. Богословы и футурологи свои пессимистические прогнозы подсознательно связывали с нарастающим уровнем распространения в человеческом обществе его пороков.

Культурный расцвет, экономическое процветание и военные успехи нации ведут к росту коррупции, национализма, к национальному эгоизму, самоизоляции, родственным бракам (брак только внутри своей национальности) вследствие заблуждений об исключительности своей нации, впоследствии нация теряет свой потенциал развития, деградирует не только в культурном развитии, но и генетически. Прежде всего тлетворному влиянию подвергнутся аристократические слои и правящая верхушка. Л.Гумилев, изучая этногенез, установил закономерности развития и угасания этносов, но не смог убедительно показать причины этого явления.

История человечества знает пример неконфликтной, консенсусной цивилизации. Такую культуру создали арктические народы. Права профессор по социологии Винокурова У.А., ут-

верждая: «Поистине феноменальным представляется вклад северных народов, хозяйственно освоивших среду обитания и прижившихся в циркумполярных широтах Земли, перед лицом современного человеческого сообщества. Северные народы не только удержали за человечеством уникальный плацдарм среды обитания человека, но и создали на нем своеобразную материальную и духовную культуру. ...Северная культура сформировалась на ценности консенсусного отношения с агрессивной природой, тогда как техногенная западная [культура] была нацелена на преобразование весьма благоприятной для жизнеобеспечения человека природы в соответствии со своими интересами, то есть на конфликтной основе» [6]. Мир должен изучить потенциал локальных консенсусных, неконфликтных цивилизаций с целью обогащения человеческой цивилизации, вступившей в период устойчивого мирного развития.

Физическая слабость наших предков по отношению к своим врагам и к агрессивной природной среде привели к развитию интеллекта и эволюции приматов в *Homo sapiens*. Следует отметить, что в самой сути появления разумных людей лежит не сила, а разум. Эту свою особенность человечество должно осознать, ибо силой невозможно победить ни в какой борьбе в сфере обращения разума. В этом отношении человечеству необходимо прислушиваться к представителям малых цивилизаций. Модные теории, возникающие на Западе и на пространстве Евразии, предрекают обострение конфликта цивилизаций, отрицают само существование общечеловеческой цивилизации [18], пытаются дать определение понятиям о «мировых державах» [4, 5] и т. д. Эти модные течения оправдывают роль силы в мировых делах, могущества отдельных государств и ими же выделенных искусственных цивилизаций. В то же время малые цивилизации, следуя по пути разума – приспособляясь к изменяющемуся миру, не бросая вызова и не вступая в различного рода конфликты, т.е. выбирая неконфликтный и консенсусный путь развития, будут добиваться выдающихся результатов в своем развитии.

В настоящее время в Арктике проживает 375,0 тыс. коренного населения*, а всего в регионе проживает 4 млн. 58 тыс. чел. По показателям состояния здоровья коренное население Арктики далеко отстает от основ-

* Не считая якутов.

ного населения Арктических государств. К сожалению, в настоящее время во всем мире для улучшения состояния их здоровья уделяется недостаточно внимания.

Известный полярный исследователь Агранат Г.А. утверждает: «Однозначных решений жизненных проблем «первых наций», как в Америке часто называют аборигенов, до сих пор не найдено. Отсюда огромный разброс мнений и взглядов – от устройства резерваций до полной ассимиляции. Есть и совсем пессимистические утверждения о неизбежном вымирании древних северян. Пока что повсюду, как и в России, приходится идти по пути расширения помощи» [1]. Следует отметить, что это распространенное заблуждение пока является доминирующим во всем мире. К сожалению, решение проблем коренного населения Арктики известно и оно заключается в предоставлении этим народам права свободного развития.

Советский Союз достиг определенных успехов в решении проблем коренного населения Арктики. Так, были созданы автономные округа и республики коренных народов Севера. Коренные народы были вовлечены в государственное управление территориями их проживания, представлены в органах государственного управления страны. Но следует отметить, что народы Севера не могли самостоятельно решать свои насущные проблемы, так как существовал жесткий административный прессинг советских органов. Следующим важным достижением СССР было создание письменности почти для всех народов Советского Севера.

Из 100 тыс. лет своей разумной жизни человечество потратило 95 тыс. лет на изобретение универсального способа передачи и сохранения информации – создание письма. Эти годы не были достаточны для создания объемной памяти, его генетического закрепления, но зато, обладая письмом, человечество приобрело «бессмертие». Теперь каждому школьнику известно имя Вавилонского царя Хаммурапи.

Распространенное в дореволюционной России мнение о вымирании северных народов и сменившую его в советское время теорию ассимиляции этих народов [19] в настоящее время следует осмыслить по-другому. С созданием своей письменности этносы приобрели свое бессмертие. В современном мире могут исчезать виды животных и растений, но не этносы,

имеющие свою письменность. По данным переписи 2002 г., в России появились ассирийцы. Ассирия – древнее государство в Северном Двуречье (на территории современного Ирака). В 605 г. до н. э. была уничтожена Мидией и Вавилонией. Евреи воссоздали свое государство, распавшееся еще до нашей эры, лишь в XX в. Следует отметить, что в отличие от животных люди никогда не забывают своих родителей и свои корни.

Непременными условиями процветания любой локальной цивилизации являются уровень справедливости проводимой политики, равноправие граждан, высокие моральный дух и этика по сравнению с остальным миром. Исторический опыт показывает, что процветают не малые страны, а большие империи, когда в историческом котле смешиваются десятки и сотни этнических групп, когда происходит интенсивный обмен генетическим материалом, не только отдельными этническими группами, но и различными расами. Так, Египет бурно расцвел на основе смешения африканского, азиатского и европейского генетического разнообразия. Александр Македонский желая создать супернацию, женил на персиянках 7 тысяч своих солдат. Нам известно, что эллинистическая цивилизация процветала в течение многих веков. Гунны привезли в Европу генетическое разнообразие монголоидной расы. Чингисхан влил в Россию монгольские и тюркские гены. Соединенные Штаты Америки бурно расцвели в результате смешения генов со всего мира.

Государства создают нации, а нации состоят из этносов. Конкуренция этносов внутри нации является движущей силой прогресса нации и ее процветания. Распад СССР отчасти был обусловлен нежеланием советской элиты поделить свою власть с нарождающейся элитой национальных республик. Следует отметить, что в 1991 г. количество русского населения в СССР стало меньше 50%. По прогнозам, в 2075 г. количество мигрантов среди населения России может составить более 50% [12]. Какие этносы увеличат свое присутствие к этому времени на Российском пространстве, нам не известно, но скорее всего русскоязычные этносы Средней Азии, Кавказа, Китая и коренное население Сибири. Если сбудутся прогнозы демографов, то от того, захочет ли российская элита делиться с элитой нарождающихся этносов своей властью, будет зависеть судьба России. Если на

пространстве России к тому времени не появится второй Ельцин, то политику России будут возглавлять представители северной культуры – как носители консенсусной и неконфликтной цивилизации.

Со второй половины 1980-х гг. в средствах массовой информации появились многочисленные заметки, обвиняющие советский режим за его политику относительно народов Российского Севера, за тяжелую жизнь коренного населения регионов. В период «парада суверенитетов» многие северные автономные национальные территории были выделены как самостоятельные субъекты Российской Федерации.

В настоящее время автономные округа и республики, созданные в 20-х гг., давно перестали быть национальными, так как коренное население на этих территориях представлено в меньшинстве (табл. 3).

Как видно из таблицы, в большинстве анализируемых регионов коренное население составляет менее

50,0% населения, но Алтай, Хакасия, Чукотка добились повышения своего политического статуса. Из этого следует, что в настоящее время фактически формируется надэтническая общность людей, идентифицирующих себя с Крайним Севером или регионом своего рождения. Как равноправные субъекты Федерации территории Крайнего Севера рьяно отстаивают свои экономические права, хотя во главе регионов стоят представители некоренных национальностей (кроме Тывы). Анализ переписи 2002 года показал, что процессы формирования надэтнической общности северян ускорили распад СССР и последовавшую за ним масштабную миграцию населения. На территории Севера остались представители разных национальностей, но исключительно уроженцы этих мест.

Арктический регион характеризуется низкой плотностью населения, но население региона растет.

Как показано в табл. 4, население Арктики, кроме Скандинавских стран,

Таблица 3

Население районов Крайнего Севера по переписи 2002 г.

Административно-территориальная единица	Территория, тыс. км ²	Население, чел.	В том числе коренное население, %	Число жителей на 1 км ²
1. Ненецкий АО	176,7	41546	29,5	0,2
2. Коми-Пермяцкий АО	32,9	136076	59,0	4,1
3. Ханты-Мансийский АО	523,1	1432817	2,4	2,7
4. Ямало-Ненецкий АО	750,3	507006	8,8	0,7
5. Республика Тыва	170,5	305510	77,0	1,8
6. Республика Алтай	92,6	202947	30,6	2,2
7. Республика Бурятия	351,3	981238	27,8	2,8
8. Республика Хакасия	61,9	546072	12,0	8,8
9. Таймырский (Долгано-Ненецкий) АО	862,1	39786	24,7	0,05
10. Эвенкийский АО	767,9	17697	27,1	0,02
11. Усть-Ордынский Бурятский НО*	22,4	135327	39,6	6,0
12. Агинский Бурятский АО	19	72213	62,5	3,8
13. Республика Саха (Якутия)	3103,2	949280	49,0	0,3
14. Чукотский АО	737,7	53824	29,5	0,07
15. Корякский АО	301,5	25157	40,5	0,08

* Национальный округ.

Таблица 4

Изменение динамики населения Арктики за 1940-2000 гг. (тыс. чел.) [12]

Арктический регион	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000
США: Аляска (перепись)	72,5	128,6	226,2	300,4	401,9	550	626,9
Канада*	-	33	51,2	81,4	100,2	115,8	120,6
Дания: Гренландия	21,4 (1945)	23,6 (1951)	33,1	46,3	49,8	55,6	56,1
Исландия	121,5	144	175,7	204,6	229,2	255,7	282,8
Дания: Фарерские о-ва	29,2 (1945)	-	34,6	38,6	-	47,4	46,2
Норвегия	-	221,8	237,2	243,2	243,8	239,5	239,1
Швеция	216	241,5	261,8	255,9	267	263,3	257,2
Финляндия	137	167,1	205,1	197,1	194,9	200,7	191,8
Россия (перепись)	523,8 (1939)	-	1128 (1959)	1508,7 (1970)	1948,1 (1979)	2598,5 (1989)	1981,1 (2002)

* Не включено население Нунавита (его количество в 2001 г. составило 9630 чел.).

интенсивно растет, так, в США за последние 60 лет оно выросло в 8,6 раза, в России – в 3,8, а в Канаде – в 3,6 раза. Следует отметить, что в России с 1989 по 2002 г. население Арктики сократилось на 23,8%. Это явление связано с экономическим кризисом и падением экономики северных регионов страны. Из всех северных стран интенсивно осваивают свои северные регионы Россия, США и Канада. Следует отметить, что в ближайшие годы интенсивный рост населения на Севере в этих странах может продолжаться, но вряд ли в ближайшем будущем сюда может переселиться 1,5 млрд. чел.*. Север может выдержать без существенного экологического ущерба максимум 430 млн. чел.**.

Роль Севера в экономике арктических государств имеет существенное значение. Так, доля Арктики в национальном валовом внутреннем продукте составляет 1,87% (табл. 5).

В связи с реализацией крупных энергетических проектов Севера в РФ значение Арктики в экономике России может существенно возрасти. В этих условиях постоянное и коренное население Арктики сможет играть существенную роль. Привлечение приспособленного к суровым условиям Севера местного населения в освоении его месторождений имеет стратегическое значение в успешной реализации этих программ.

В заключение следует отметить, что утверждение о вымирании и ассимиляции северных народов является мифом и величайшим заблуждением XX столетия. Постоянное и коренное

население Арктики играет существенную роль в освоении Севера во всем мире. Участие постоянного и коренного населения Арктики в обустройстве региона имеет огромное значение в успешном развитии экономики северных территорий. На это указывает пример успешного экономического развития Республики Саха (Якутия) в РФ, северных территорий Скандинавских стран, Нунавита в Канаде. Северные народы не требуют опеки, они нуждаются в поддержке, могут играть ключевую роль в современном мире в освоении Севера и успешно интегрироваться в глобальный мир.

Литература

1. Агранат Г.А. Российский Север: противоречия и надежды // ЭКО. – 2000. – №1. – С. 48-67.
2. Алексеев А.Н. Древняя Якутия. Железный век и эпоха средневековья // Серия: История и культура Востока Азии. – Новосибирск: Изд-во Ин-та археологии и этнографии СО РАН, 1996. – С.66 – 67.
3. Безродных А.А., Ялынский А.С. Гастроэнтерология Севера // Актуальные вопросы гастроэнтерологии в условиях Севера. – Якутск, 1981. – С. 12-20.
4. Бжезинский З. Великая шахматная доска. Господство Америки и его геостратегические императивы. – М.: Междунар. отношения, 2003. – 256 с.
5. Бжезинский З. Выбор. Глобальное господство или глобальное лидерство / Пер. с англ. – М.: Междунар. отношения, 2004. – 288 с.
6. Винокурова У.А., 1995
7. Гоголев А.И. Историческая этнография якутов. – Якутск, 1986.
8. Долгих Б.О. Родовой и племенной состав народов Сибири в XVII в. – М., 1960.
9. Казначеев В.П. Современные аспекты адаптации. – Новосибирск, 1980. – 192 с.
10. Ксенофонов Г.В. Ураангхай-сахалар. Очерки по древней истории якутов. – Иркутск, 1937. – Т.1.
11. Мочанов Ю.А., Федосеева С.А. Ноосфера и археология // Наука и техника в Якутии. – 2001. – № 1.
12. Население России 2002. Десятый ежегодный демографический доклад / Под ред. Вишневого А.Г. – М.: КДУ, 2004. – 224 с.

Таблица 5

Доля приполярных регионов в национальном валовом внутреннем продукте на душу населения, % [20]

Регион Арктики	Доля продукции в национальном ВВП на душу населения, %
Аляска	0,29
Фарерские острова	0,71
Гренландия	0,65
Исландия	100
Север Канады	0,51
Север Финляндии	9,63
Север Норвегии	7,61
Север Швеции	5,14
Север РФ	14,95

13. Окладников А.П. Прошлое Якутии до присоединения к русскому государству // История Якутии. – Якутск, 1949. – Т.1.

14. Орехов К.В. Проблемы здоровья населения Крайнего Севера СССР // Особенности патологии коренного и пришлого населения в условиях Крайнего Севера. – Красноярск, 1981. – С.3-9.

15. Седов К.Р., Кулинский А.В., Гардер Ю.Л. и др. Состояние здоровья населения Томпонского района Якутской АССР // Эпидемиология и профилактика заболеваний терапевтического профиля. – Новосибирск, 1987. – Ч.1. – С.56-57.

16. Советский энциклопедический словарь. – М.: Советская энциклопедия, 1989. – С. 500

17. Токарев С.А. Общественный строй якутов 17-18 вв. – Якутск, 1945. – 414 с.

18. Хантингтон С. Столкновение цивилизаций / Пер. с англ. Велимеева Т., Новикова Ю. – М.: ООО «Издательство АСТ», 2003. – 603 с.

19. Чикин С.Я., Чекнев Б.М. Охрана здоровья народностей Севера. – М.: Медицина, 1974. – 231 с.

20. Arctic Human Development Report. ANDR. – 2004. – P. 77.

21. Indigenous Peoples. A Global Quest for Justice. – London-New Jersey, 1987. Коренное население: Глобальное стремление к справедливости / Пер. с англ. – М., 1990. – 248 с.

22. <http://pages.ykt.ru/history/archeology/tablica.html>.

* Такие прогнозы прозвучали на XIII Международном конгрессе по приполярной медицине (г. Новосибирск, 12-16 июня 2006 г.).

** Данные рассчитаны на 12575000 км² площади Арктики при максимальной плотности населения 34,1 на 1 км². Это плотность населения Фаросских островов Дании.

Г.А. Егорова

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОСНОВНЫХ МЕДИКО-ГЕОГРАФИЧЕСКИХ ЗОН РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

Север все более вовлекается в демографические процессы, характерные для России в целом – сокращение численности населения, рост

смертности преимущественно трудоспособного населения, сокращение брачности и рождаемости, рост патологии периодов беременности и новорожденности, инвалидизации и др. В демографической ситуации РФ в последнее время наблюдается ряд нега-

тивных моментов, характерных для процессов депопуляции.

Наряду с социально-экономическими и эколого-демографическими проблемами развития Севера важное место занимает проблема охраны здоровья. В последние годы интенсивно

разрабатывалась проблема адаптации организма к суровым природно-климатическим условиям Крайнего Севера. Население Республики Саха (Якутия) подвержено воздействию ряда неблагоприятных факторов как природного (климатические гелиогеофизические и геохимические условия), так и антропогенного (экологическое неблагополучие) характера (Н.А. Агаджанян, П.Г. Петрова 1998). Вследствие этого отмечается нарастание экологически обусловленной заболеваемости, приводящей к патологии важнейших функциональных систем, угнетение иммунобиологической реактивности и другие патологические проявления. Резервы компенсаторно-адаптационных возможностей организма человека в условиях антропобиосферы начали заметно снижаться и манифестировать увеличением показателей общей заболеваемости, инвалидизации и смертности, уменьшением средней продолжительности жизни. Экологическая модель современной медицины приобрела новое качество и стала одной из ведущих. В связи с этим актуальной является проблема установления эколого-биогеохимических детерминант здоровья (Н.А. Агаджанян, 1998).

Многие проблемы здоровья имеют глубокие социально-экономические корни, включая региональные аспекты условий жизни, изменение традиционного уклада жизни и питания коренных народностей республики, предопределяющие значительное напряжение популяционно-демографических процессов среди этнических групп, стремительное нарастание острых экологических и социальных проблем (В.Г. Кривошапкин 2001).

Данная статья посвящена изучению основных медико-демографических показателей здоровья населения различных зон Республики Саха (Якутия). С этой целью, а также учитывая особенности климатогеографических условий, территория республики разделена условно на 5 зон: Заполярную, Приполярную, Вилюйскую, Центральную и Южную.

Статистическая обработка основных демографических показателей населения республики проводилась при помощи программы Microsoft Excell 2003 и данным ЕРМИАЦ МЗ РС (Я) за период 1985-2004 гг.

Численность населения

По данным Всероссийской переписи населения, проведенной в 2002 г., численность постоянного населения

Таблица 1

Численность населения Республики Саха (Якутия) в 1985-2004 гг., тыс. чел.

Зона	1985	1990	1995	2000	2002	2004
Заполярная	73,7	81,3	47,9	41,8	38,8	32,1
Приполярная	110,9	120,4	102,7	89,1	84,2	76,8
Вилюйская	286,2	318,2	303,0	296,3	298,0	273,1
Центральная	378,2	412,6	416,2	420,2	425,9	441,3
Южная	161,0	166,4	153,0	141,4	134,4	125,7
РС(Я)	1009,5	1098,9	1022,8	988,6	981,3	949,0

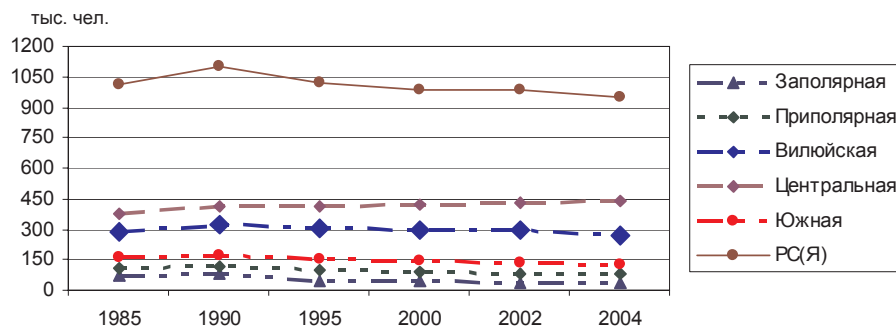


Рис.1. Динамика численности населения по зонам

Республики Саха (Якутия) составила 949,3 тыс. чел. (табл.1). По сравнению с переписью населения 1989 г. численность населения сократилась на 144,8 тыс. чел., в том числе проживающих в городских поселениях – на 122,0 тыс. чел. или 64,3% (в 1989 г. – 66,9%) от общей численности населения, в сельской местности – на 22,8 тыс. чел. (35,7%).

Значительный миграционный отток населения был связан с общим социально-экономическим кризисом страны, с переходом к рыночным отношениям, значительным удорожанием жизни на Севере, свертыванием и закрытием целого ряда предприятий производственных отраслей и ликвидацией в связи с этим поселков и рядом других факторов. Начиная с конца 80-х гг. численность населения в Заполярной зоне (Усть-Янском, Нижнеколымском, Булунском улусах) сократилась в 2,5 раза, в Приполярной зоне (Оймяконском) – более чем в 1,5 раза, в Южной (Алданский, Усть-Майский) – в 1,3 раза. Относительно стабильный показатель численности населения наблюдается в Вилюйской зоне, а в Центральной зоне почти по

всем улусам и особенно в г. Якутске отмечается внутриреспубликанский приток населения на 63,1 тыс. чел.

Анализ половозрастной структуры населения республики показывает, что соотношение мужчин и женщин по сравнению с предыдущей переписью изменилось, если в 1989 г. численность мужского населения преобладала над женским (50,4% мужчин и 49,6% женщин), то по переписи 2002 г. соотношение мужчин и женщин составило 48,9 и 51,1%. Численность женщин стала больше на 20,8 тыс.чел.

Рождаемость

Показатель рождаемости в Республике Саха (Якутия) традиционно выше, чем в Российской Федерации. Динамика рождаемости в районах республики имеет те же закономерности, что и в целом по России. За период с 1985 по 2004 г. в рождаемости населения по РС(Я) произошли значительные изменения (табл.2).

Снижение рождаемости, начавшееся в конце 80-х – начале 90-х гг. прошлого века, привело к усилению процесса демографического старения. В Заполярной зоне к 2000 г. рождае-

Таблица 2

Рождаемость населения по зонам РС(Я) за 1985-2004 гг. (на 1000 населения)

Зона	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
Заполярная	22,9	18,7	15,1	14,0	14,6	14,5	13,1	15,3
Приполярная	22,7	21,3	16,8	14,5	15,1	15,6	15,1	14,9
Вилюйская	27,6	23,1	18,2	14,5	14,7	14,9	15,7	15,9
Центральная	29,8	25,9	19,9	16,2	15,7	16,0	16,5	17,0
Южная	19,4	18,5	12,8	10,8	12,3	12,5	12,7	13,3
РС(Я)	22,9	19,6	15,3	13,5	13,9	14,6	15,0	15,5

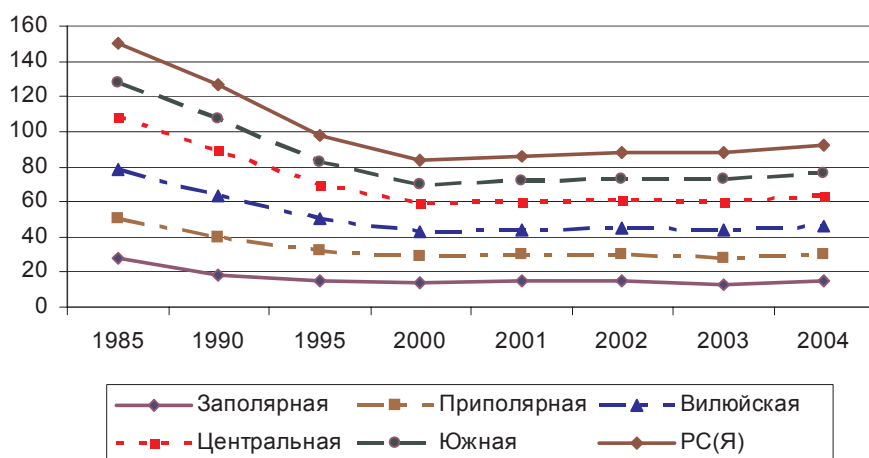


Рис.2. Динамика рождаемости населения РС(Я) по зонам

мость снизилась на 39,0% (с 22,9 до 14,0), в том числе в Усть-Янском улусе с 17,4 в 1985 г. до 9,0 на 1000 населения в 2000 г., в Нижнеколымском улусе – с 21,0 до 11,6. В Вилюйской зоне рождаемость снизилась на 48,2% (с 27,6 до 14,5), в том числе в Верхневилюйском улусе с 33,3 до 18,8, Нерюнгинском – с 23,0 до 10,0, Сунтарском – с 32,7 до 16,8 в 2004 г. В Приполярной зоне рождаемость снизилась на 36,2% (с 22,7 до 14,5), здесь более чем в 2 раза снизилась в Верхнеколымском улусе – с 20,6 до 10,0, Жиганском – с 27,9 до 12,6, Оймяконском – с 18,1 до 7,6, Оленекском – с 35,4 до 17,4, Среднеколымском – с 28,1 до 13,9 на

1000 населения. Такой же процесс сокращения рождаемости в 2000 г. наблюдается в Южной зоне – на 44,4%, (с 19,4 до 10,8 на 1000 населения), более чем на 50% рождаемость снизилась в Усть-Майском улусе – с 17,0 до 8,7; в остальных улусах – на 35-45%, в Центральной зоне улусов – на 45, (с 29,8 до 16,0‰), в том числе в Амгинском улусе – с 35,1 до 17,6, Горном – с 37,0 до 12,7, Хангаласском – с 27,8 до 12,6. В первые «послеперестроечные» годы рождаемость в республике снижалась более медленными темпами, по всей вероятности, за счет компенсаторных процессов в обществе.

Таблица 3

Смертность населения по зонам РС(Я) за 1985-2004 гг.

Зона	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
Заполярная	6,8	5,5	9,3	10,4	11,7	12,2	11,6	12,3
Приполярная	8,4	7,3	9,6	10,5	11,9	12,0	12,2	11,8
Вилюйская	7,5	6,5	8,6	8,4	8,5	8,9	9,6	9,5
Центральная	9,0	7,8	9,1	9,5	10,2	9,9	9,6	9,9
Южная	8,6	7,8	11,4	12,0	13,6	13,7	13,9	13,9
РС(Я)	7,3	6,8	9,8	9,6	10,2	10,2	10,2	10,2

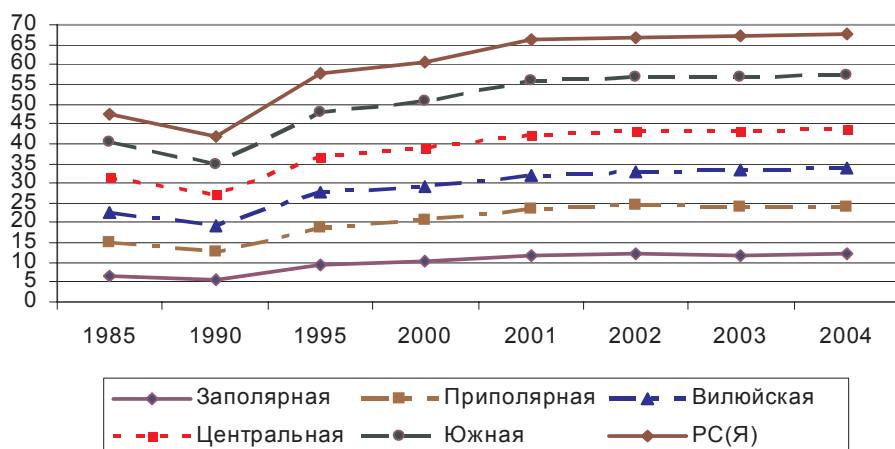


Рис.3. Динамика смертности населения РС(Я)

Как видно из графика, пик снижения рождаемости по всем зонам отмечен в 2000 – 2001 гг. и лишь в последние годы стала наблюдаться положительная тенденция к ее увеличению.

Смертность

Уровень общей смертности населения в республике по-прежнему превышает среднероссийский показатель. Одной из наиболее злободневных проблем является смертность населения в трудоспособном возрасте. Уровень мужской смертности в трудоспособном возрасте в 3 раза выше уровня женской смертности и составляет 79,9%. Если в общей картине смертности в республике на первом месте стоят умершие от болезней органов системы кровообращения – 34,7%, то в структуре смертности трудоспособного населения первое место занимают несчастные случаи, отравления и травмы – 43,5%. Смертность от неестественных причин – убийств, самоубийств, утоплений, дорожно-транспортных происшествий, всегда была тесно связана с уровнем потребления алкогольных напитков. В 2004 г. по сравнению с 1990 г. смертность выше, чем в РС(Я) в целом в Южной зоне на 2,5 на 1000 населения, Заполярной – на 1,7, и в Приполярной зоне – на 1,4‰.

В динамике смертности с конца 1980-х гг. уровень общей смертности повысился в 2 раза в Заполярной зоне (Аллайховском улусе с 8,8 до 16,0, Булунском – с 5,5 до 11,1, Усть-Янском – с 5,5 до 13,0‰), в Приполярной и Южной зонах – более чем в 1,5 раза. Тем не менее за последние годы наблюдается относительная стабилизация уровня смертности почти по всем зонам республики.

Естественный прирост

В результате отрицательных тенденций в показателях рождаемости и смертности естественный прирост населения по республике за анализируемый период снизился в 2 раза и составил 5,8 на 1000 населения в 2004 г. Уровень снижения различен среди медико-географических зон. В Заполярной зоне, начиная с 1985 г., прирост снизился в 5 раз (с 16,1 до 3,0), причем в трех районах наблюдается противостественная убыль: в Аллаиховском -1, Усть-Янском -0,9, Нижнеколымском улусе -0,6 на 1000 населения. В Приполярной зоне прирост населения уменьшился в 4 раза, в Верхнеколымском улусе он имеет отрицательные значения -3,6, в Оймяконском улусе -3,4, в Томпонском улусе снизился с 5,6 до 1,4, в Верхоянском улусе с

Таблица 4

Естественный прирост населения по РС(Я) за 1985-2004 гг., %

Зона	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
Заполярная	21,5	13,2	5,8	3,6	2,9	2,3	1,5	3,0
Приполярная	9,3	14,0	7,3	4,0	3,2	3,6	2,9	3,1
Вилуйская	20,1	16,6	9,6	21,0	6,2	5,1	6,1	6,4
Центральная	20,9	18,1	10,8	5,4	5,5	6,1	6,8	7,1
Южная	11,1	10,7	2,5	0,9	-1,2	0,2	-1,1	-0,5
РС(Я)	15,6	12,8	5,5	3,9	3,7	4,4	4,8	5,3

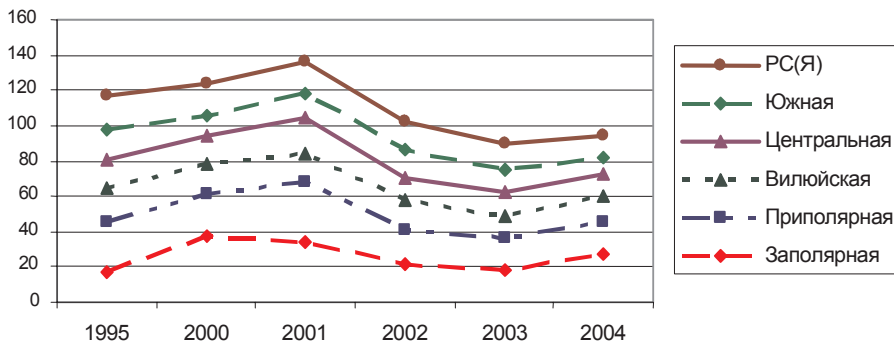


Рис.4. Динамика естественного движения населения РС(Я) по зонам

Таблица 5

Младенческая смертность на 1000 родившихся живыми

Зона	1995	2000	2001	2002	2003	2004
Заполярная	16,6	37,1	33,9	22,0	17,8	26,7
Приполярная	28,5	24,2	34,6	18,4	18,7	19,2
Вилуйская	19,8	17,5	15,2	17,4	12,0	14,2
Центральная	15,5	15,1	20,4	12,3	14,1	12,4
Южная	17,0	11,8	14,1	16,6	12,4	8,9
РС(Я)	19,5	17,6	17,5	15,3	14,1	13,3

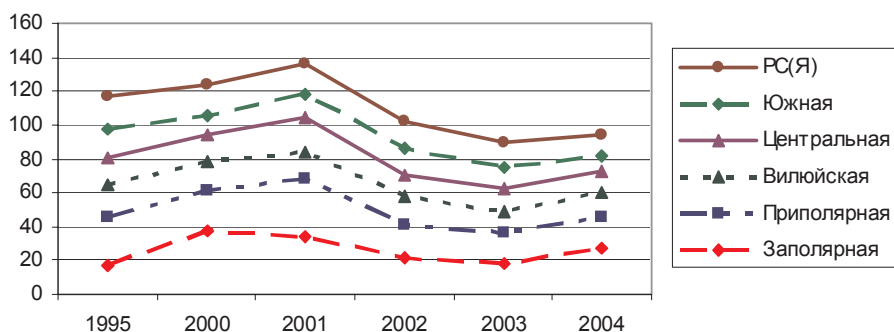


Рис.5. Динамика младенческой смертности по РС(Я) 1995-2004 гг.

7,8 до 1,4 на 1000 населения. В Вилуйской и Центральной зонах улусов, несмотря на значительное снижение, сохранился естественный прирост населения. В то же время более чем в 3 раза сократился в Мирнинском (с 14,9 до 5,2), Нерюнгринском (с 19,6 до 4,7), Нюрбинском (с 20,9 до 6,5) улусах. Такая же картина наблюдается и в сельских улусах, где традиционно был высок естественный прирост населения: в Сунтарском (с 22,5 до 5,8 на 1000 населения), Таттинском (с 22,1 до 5,3), Усть-Алданском (с 19,6 до 6,7) улусах.

В Южной зоне в целом сложилась неблагоприятная демографическая обстановка с противоестественной убылью населения (с 11,1 до -0,5). Депопуляция наблюдается в Усть-Майском (-2,7), Алданском (-1,6) улусах.

В последние три года негативная динамика изменений естественного прироста в республике несколько сгладилась за счет увеличения популяции в Заполярной, Вилуйской и Центральной зонах.

Таким образом, анализ медико-демографических показателей здоровья

населения Республики Саха (Якутия) выявляет значительное снижение воспроизводительной функции населения, повышение смертности и обусловленное этим снижение естественного прироста населения. Однако более объективным критерием оценки общественного здоровья, чем естественный прирост, является показатель средней продолжительности предстоящей жизни. Этот показатель при рождении в 1989-1994 гг. снизился на 3,3 года, в том числе мужчин – на 4,3 лет, женщин – на 1,5 лет. С 1996 г. отмечается его постепенное повышение. В 2004 г. он составил 64,2 года, что на 1,1 года ниже, чем в РФ. Различия показателей средней продолжительности предстоящей жизни между мужчинами и женщинами в 2004 г. составило 12,2 лет (в РФ 13,4 лет). Определенное влияние на продолжительность жизни и возрастную-половую структуру населения оказывает детская смертность, показатель которой в течение ряда лет составляет 1,5 на 1000 детского населения. Каждый год в республике умирает более 400 детей от 0 до 17 лет, одна треть которых умирает от внешних причин. В общем круге проблем смертности населения большую социальную значимость имеет младенческая смертность – показатель, в наибольшей степени реагирующий на общий уровень социально-экономического развития.

В возрастной структуре детской смертности на долю младенческой смертности приходится почти половина всех случаев. Две трети младенцев умирают от причин, связанных с состояниями, возникающими в перинатальном периоде, и с врожденными аномалиями, которые обусловлены заболеваниями и вредными привычками родителей, ростом числа осложнений беременности и родов.

В результате целенаправленной работы по совершенствованию организации медицинской помощи женщинам и детям, начиная с 2001 г., наметилась тенденция снижения младенческой смертности. Так, за четыре последних года она снизилась с 17,6 до 13,3 в 2004 г. на 1000 родившихся живыми.

По зонам наиболее высокий показатель младенческой смертности (26,7 на 1000 родившихся живыми) зарегистрирован в 2004 г. в Заполярной зоне (стабильно высокий показатель наблюдается здесь в Нижнеколымском улусе – 26,8) относительно высокий – в Приполярной зоне – 18,2 (Верхоянский улус – 19,0, Эвено-Бы-

тантайский – 40,0). В Вилуйской зоне – 17,4 (Сунтарском улусе 23,2 в 2004 г.), в Центральной зоне не снижается младенческая смертность в Кобяйском улусе – 27,0 на 1000 родившихся живыми, в Южной зоне показатель младенческой смертности в среднем на 4,4‰ ниже, чем в РС(Я) (8,9 в 2004 г.).

Таким образом, в Республике Саха (Якутия), где определяющие темпы развития производительных сил происходят в особых природных, производственных и социальных условиях, которые сочетаются с высокой мобильностью населения, загрязнением окружающей среды, эти условия существенно образом сказываются на состоянии здоровья населения. Другими словами, демографические показатели населения Республики Саха (Якутия) зависят от природно-климатических, эколого-физиологических, социально-экономических характеристик различных регионов проживания. Тем не менее за последние 5 лет выявлены тенденции, свидетельствующие

о некоторых позитивных сдвигах: повышение рождаемости, стабилизация общей смертности, увеличение естественного прироста населения, снижение младенческой смертности, некоторое увеличение средней продолжительности предстоящей жизни населения, уменьшение миграционных процессов.

Литература

- Агаджанян Н.А., Ермакова Н.В.** Экологический портрет человека на Севере. - М.: Крук, 1997. - 208 с.
- Акопян А.С., Харченко В.И., Мишиев В.Г.** Состояние здоровья и смертность детей и взрослых репродуктивного возраста в современной России. - М., 1999. - 123 с.
- Алексеева А.И., Платонова Н.С.** Медицинские аспекты антропогенного влияния окружающей среды на здоровье населения Республики Саха (Якутия) // Радиоактивность и радиоакт. элементы в среде обитания человека. - Томск, 1996. - С. 331-333.
- Альперович Б.И.** Эндемический зоб в Якутии. - Якутск, 1963. - 78 с.

Аронов Д.М. Первичная и вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний - интерполяция по России // Сердце. - 2002. - Т.1, №3. - С. 109-112.

Белякова Т.М. Антропобиогеохимические провинции и заболевания биогеохимической природы // Материалы 2-й Российской школы "Геохимическая экология и биогеохимическое районирование биосферы". - М., 1999. - С.172-173.

Гичев Ю.П. Загрязнение окружающей среды и экологическая обусловленность патологии человека. - Новосибирск, 2003. - 136 с.

Государственный доклад "О состоянии здоровья населения Российской Федерации в 1998 г." - М., 1999. - 70 с.

Государственный доклад "О положении в области народонаселения в Республике Саха (Якутия)". - Якутск, 2001. - 60 с.

Государственный доклад "О состоянии здоровья населения Республики Саха (Якутия) в 2001 году" - Якутск, 2002. - 112 с.

Государственный доклад "О состоянии и охране окружающей среды Российской Федерации в 2001 г." - М., 2002. - 452 с.

Государственный доклад "Основные показатели здоровья и здравоохранения Республики Саха (Якутия)". - Якутск, 2003. - 52 с.

ОБМЕН ОПЫТОМ

Н.В. Махарова, И.А. Пинигина, А.А. Захарова, Н.Г. Кузьмина

ФИЗИЧЕСКОЕ ПЕРЕНАПРЯЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У СПОРТСМЕНОВ

Рост спортивных результатов, особенно в последнее десятилетие, повлек за собой увеличение объема нагрузок. Интенсификация спортивных тренировок стала рассматриваться как единственный залог достижения успехов. Как показано различными исследователями [6], плата за адаптацию к нагрузкам современного спорта достаточно высока. Основным звеном, лимитирующим физическую работоспособность спортсмена, является сердечно-сосудистая система, которая наиболее интегрально отражает функциональные возможности организма и его адаптацию к физическим нагрузкам. Адекватные физические нагрузки повышают экономичность функционирования сердечно-

сосудистой системы, чрезмерные же нагрузки, равно как и недостаточная двигательная активность, особенно в сочетании с психоэмоциональным напряжением, ведут к развитию физического перенапряжения сердечно-сосудистой системы (ССС). Помимо стрессорных и физических воздействий в патогенезе физического перенапряжения СССР в условиях Республики Саха (Якутия), дополнительную роль играют климатический дизадаптов и десинхроноз (расогласование) суточных ритмов вегетативных функций организма спортсменов (разница при перелетах Якутск-Москва более пяти часов). Срыв адаптации сердечно-сосудистой системы выражается в явлении миокардиодистрофии на почве физического перенапряжения, частота которой, по разным авторам, составляет у спортсменов от 6 до 16 % [1,13].

За три четверти века, прошедшие после публикации основополагающих работ Г.Ф.Ланга (1936), положивших начало изучению патологического спортивного сердца и дистрофии миокарда (ДМ) у спортсменов, представления об этом состоянии прошли боль-

шой путь. Ученик Г.Ф.Ланга профессор А.Г.Дембо с соавт. (1960) предложил называть патологические изменения, возникающие при нерациональных занятиях спортом, дистрофией миокарда вследствие хронического физического перенапряжения (ДМФП). На основании анализа ЭКГ покоя им была предложена классификация стадий ДМФП, основанная на степени выраженности нарушений процессов реполяризации (НПР). Вместе с тем диагноз ДМФП в зарубежных спортивно-медицинских школах остается непризнанным и отсутствует в международной классификации, однако в России отечественные авторы спортивные авторы до настоящего времени придерживаются этой терминологии [1,3,4,6,8,11,14]. Диагноз дистрофия миокарда физического перенапряжения чаще всего устанавливается на основании ЭКГ и ЭхоКГ-обследования, а также при проведении нагрузочных и фармакологических проб.

Принято выделять две клинические формы физического перенапряжения сердечно-сосудистой системы (А.М. Алавердян и др., 1987).

МАХАРОВА Наталья Владимировна – к.м.н., зав. лаб. ЯНЦ РАМН и Правительства РС(Я), врач высшей квалиф. категории по функциональной диагностике РБ №1-НЦМ; **ПИНИГИНА Ирина Андреевна** – с.н.с. ЯНЦ РАМН, врач семейной медицины поликлиники №4 г. Якутска; **ЗАХАРОВА Анна Анатольевна** – м.н.с. ЯНЦ РАМН, врач ГУ Училище олимпийских резервов РС(Я); **КУЗЬМИНА Наталья Григорьевна** – гл. врач ШВСМ РС(Я).

1. Острое физическое перенапряжение – острое состояние, которое развивается во время или сразу после однократной, чрезвычайной для исходного функционального состояния организма нагрузки в случаях, когда у спортсмена исключены заболевания (миокардит, ИБС, АГ). Проявляется острой сердечной недостаточностью.

2. Хроническое физическое перенапряжение – возникает при повторном несоответствии нагрузки исходному функциональному уровню. В основе развития лежат два механизма: избыточное накопление катехоламинов; нарушение соотношение ионов калия, натрия и кальция в миокарде.

В спортивной медицине наиболее часто у спортсменов встречается хроническое перенапряжение сердца (таблица). В отличие от острого хроническое перенапряжение сердца нарастает исподволь и сопровождается формированием патологической гипертрофии или (и) дистрофии миокарда. Наиболее часто дистрофия миокарда встречается у спортсменов, чьи тренировки направлены преимущественно на развитие выносливости. В большинстве случаев спортсмены, имеющие выраженные изменения на ЭКГ, жалоб не предъявляют (бессимптомный вариант). При сборе спортивного анамнеза иногда удается отметить снижение спортивной работоспособности, замедленное восстановление после тренировочных и соревновательных нагрузок.

Аритмический вариант следует диагностировать в тех случаях, когда на фоне чрезмерных физических нагрузок возникают различные нарушения ритма и проводимости. Только установив отсутствие патологии сердца, а также экстракардиальных причин, можно связать нарушения сердечного ритма с неадекватными физическими нагрузками. Аритмии у спортсменов встречаются в 2-3 раза чаще, чем у нетренированных людей. В последние годы обращает на себя внимание увеличе-

ние частоты нарушений ритма сердца, по-видимому, в связи с возрастанием стрессорных нагрузок при тренировках и увеличением объема соревновательных нагрузок [10,15,17,23]. В последние годы стали появляться работы, касающиеся влияния малых аномалий развития (пролабирование митрального клапана (ПМК), дополнительные хорды) на процессы адаптации сердца к физическим нагрузкам. Показано, что высокая частота изменений ЭКГ и аритмий у спортсменов с ПМК подтверждает роль ПМК в развитии дизадаптации к физическим нагрузкам. Нарушения ритма и проводимости встречаются у них в 16-79% случаев [5,12,20-22]. В последние годы появились сообщения, что аритмогенная дисплазия правого желудочка особенно часто встречается у спортсменов. Экспериментальные и клинические исследования предполагают, что аритмогенная дисплазия правого желудочка может быть одним из клинических проявлений ДМФП [2,6,7,9]. Э.В. Земцовский наблюдал, когда желудочковые нарушения, пароксизмальные нарушения ритма возникали после изнурительных тренировок или соревнований, поэтому даже относительно безопасные аритмии требуют особенной настороженности. Поскольку при физической нагрузке они способны спровоцировать развитие тяжелых нарушений ритма вплоть до фатальных [2,8,9,16,24].

Решение этой проблемы выступает на первый план прежде всего потому, что внезапная сердечная смерть (ВСС) остается огромной социальной и медицинской проблемой современности. Хорошо известно, что ежегодно в мире происходит 2000 ВСС. Значительная часть лиц, погибающих внезапно, относится к лицам молодого возраста, без явных признаков атеросклеротического поражения коронарных артерий. При этом 90% внезапной смерти среди спортсменов связано с сердечными причинами, а риск ВСС среди спортсменов в 10 раз превышает

ет таковой по сравнению с лицами, не занимающимися спортом. Среди причин ВСС у спортсменов чаще всего называют гипертрофическую кардиомиопатию. По данным ряда авторов, такой диагноз ставится более чем в 90% случаев внезапной смерти спортсменов молодого возраста [2,18,19,26].

Целью исследования ставилось выявление физического перенапряжения сердца у спортсменов высокого класса борцов-единоборцев.

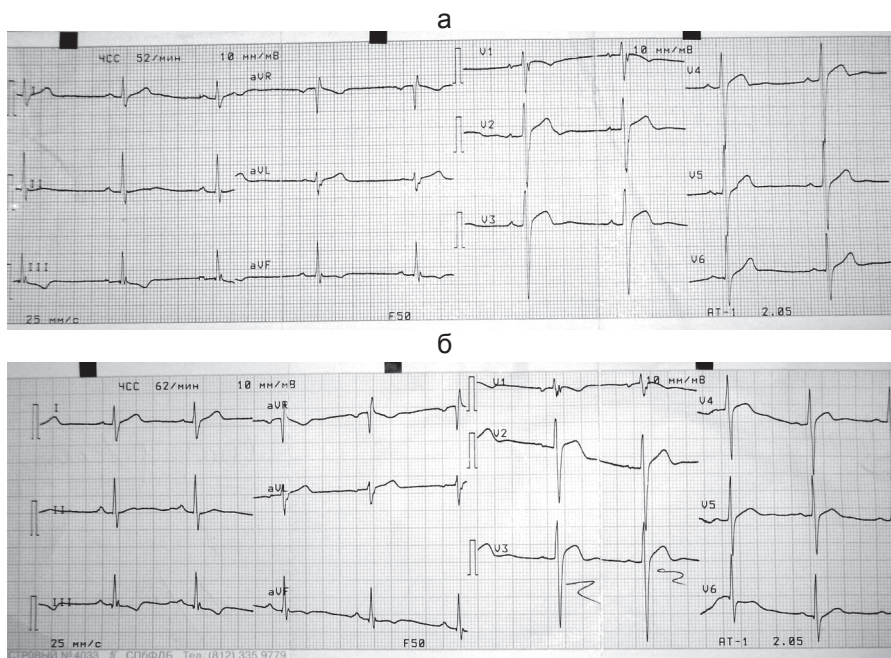
В исследование включено 65 спортсменов в возрасте от 18 до 28 лет (средний возраст $21,2 \pm 3,1$ года). Стаж занятий спортом составил $12,3 \pm 2,9$ года (от 7 до 12 лет). Обследованные спортсмены в основном имели высокий уровень спортивного мастерства. По результатам проведенного углубленного медицинского осмотра все спортсмены были признаны практически здоровыми.

ЭКГ проводилось по общепринятой методике на 3-канальном аппарате фирмы Shiller, ЭхоКГ – на аппарате HDI-3000 (ATL, США), холтеровское мониторирование – на аппарате ИНКАРТ (С-Петербург).

Из всех видов изменений на ЭКГ наиболее типичны нарушения ритма сердца: выраженная синусовая аритмия (больше 0,50с), миграция водителя ритма, предсердный ритм. Далее идут нарушения процессов реполяризации миокарда. Замедление проводимости (атривентрикулярной и внутрижелудочковой) и желудочковая единичная экстрасистолия наблюдаются лишь в отдельных случаях. У некоторых спортсменов отмечались сочетанные изменения ЭКГ. Так как спортсмены редко предъявляют жалобы на состояние сердечно-сосудистой системы, диагноз подтверждается только данными электрокардиографии. Изменения ЭКГ у большинства спортсменов носят преходящий характер. Динамика ЭКГ по периодам подготовки показала, что наиболее часты преходящие нарушения процессов реполяризации миокарда и ритма сердца, когда увеличивается объем физических нагрузок. Чаще всего они возникают в период напряженных тренировок, в подготовительном периоде. Это же наблюдается и у спортсменов, которые начинают форсировать нагрузки после большого перерыва из-за травм и заболеваний. Только у одного спортсмена зарегистрированы ЭКГ-изменения конечной части желудочкового комплекса (нарушение процессов реполяризации) на протяжении всего сезона.

Классификация нарушений реполяризации миокарда у спортсменов при дистрофическом варианте хронического перенапряжения сердечно-сосудистой системы (Дембо А.Г., в модификации Бутченко Л.А. и соавт., 1980)

Элементы ЭКГ	I степень	II степень	III степень
Зубец Т	Уменьшение амплитуды. Изоэлектричность. Уплотнение вершины, двугорбость не менее чем в 2 отведениях. $T_{V1} > T_{V6}$	Отр. Т в нескольких отведениях	Отр. Т во многих отведениях
Сегмент ST	Косовосходящее смещение вверх	Патологическое смещение вниз	Выраженное смещение вверх, имитирующее острую коронарную недостаточность



ЭКГ спортсмена С., 25 лет, а – от 25 октября 2005 г., б – после восстановительного лечения от 1 ноября 2006 г.

Приводим пример исследования.

Спортсмен С., 25 лет, рост 167 см, вес 74 кг, мастер спорта международного класса. По результатам проведенного углубленного медицинского осмотра признан практически здоровым. В последнее время жалуются на боли в области сердца после тренировок, чувство нехватки воздуха, снижение результатов. УЗИ брюшной полости – признаки хронического холецистита. Рентгенография грудной клетки без патологии. Общий анализ крови, мочи, биохимические анализы в норме. Хронических очагов инфекции нет. Эхокардиография: МЖП 0,9 см, КДР-5,1 см, ЗСЛЖ-1,0 см, КСР-3,3 см, ФВ-65%, КДО-128,9 мл, КСО-45,6 мл, УО-83,3 мл, ММЛЖ 194 г, ИММЛЖ 105 г/м², ложная хорда в полости левого желудочка. АД в покое 120/78 – 130/78 мм рт.ст. При 24-часовом холтеровском мониторингировании среднее ЧСС днем 62, в ночное время – 52 уд. в мин, нарушения ритма в непатологическом количестве. На ЭКГ в динамике в течение года отмечается стабильные нарушения процессов реполяризации в отведениях V1-V4, III, aVF с ухудшением процессов реполяризации в отведениях V5-V6, II. Было диагностировано хроническое перенапряжение сердца, ДМФП 3 ст.

Несмотря на неоднократно проведенную интенсивную восстановительную терапию в условиях стационара, гипербарическую оксигена-

цию до и после ответственных соревнований, изменения на ЭКГ сохраняются с тенденцией ухудшения. Учитывая возможные осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы, рекомендованы отдых или регулирование тренировочного процесса, консультация и восстановительное лечение в специализированном учреждении.

Таким образом, в целом регулярные наблюдения за показателями электрокардиографии способствуют обеспечению успешных выступлений и увеличению продолжительности спортивной деятельности. Изменения в сердце у данного спортсмена, безусловно, связаны с физическими нагрузками, однако при одном и том же уровне и типе тренировок у других спортсменов изменения не выявлены. В связи с этим нельзя исключить вклад генетического компонента в характер и степень этих изменений [18,25]. Для профилактики осложнений необходимо тщательное врачебное обследование на этапе отбора лиц, имеющих повышенный риск развития патологического спортивного сердца и внезапной смерти с обязательным учетом фенотипических маркеров дисплазии соединительной ткани, данных ЭКГ и ЭхоКГ, что позволит проводить дифференциальное наблюдение за данным контингентом спортсменов, прогнозировать их занятия и достижения в спорте.

Литература

1. Агаджанян М.Г. Электрокардиографические проявления хронического физического перенапряжения у спортсменов // Физиология человека. – 2005. – Т. 31, №6. – С.60-64.
2. Валанчюте А.Л., Лясаускайте В.В. Внезапная смерть молодых спортсменов: данные посмертной коронарографии // Архив патологии. – 1994. – Т. 26, №2. – С. 42–44.
3. Гаврилова Е.А. Стрессорная кардиомиопатия у спортсменов: Автореф. докт. дис. – СПб., 2001. – 48 с.
4. Гаврилова Е.А. Показатели холестерина гомеостаза и их взаимосвязь с нарушениями адаптации сердечно-сосудистой системы к физическим нагрузкам у лиц молодого возраста // Избранные вопросы внутренней патологии подростков. – СПб. ГПМА, 1993. – С.43-49.
5. Гуревич Т.С. Синдром пролапса митрального клапана у спортсменов: Автореф. канд. дис. – СПб., 1992. – 28 с.
6. Граевская Н.Д., Гончарова Г.А., Калугина Г.Е. Еще раз к проблеме спортивного «сердца» // Теория и практика физической культуры. – 1997. – №4.
7. Дембо А.Г., Бутченко Л.А., Дибнер Р.Д. и др. О синдроме перенапряжения левого желудочка сердца у спортсменов // Тезисы и рефераты докладов итоговой конференции МНИИФК. – 1960. – С.16.
8. Дембо А.Г., Земцовский Э.В. Спортивная кардиология: – Руководство для врачей. – Л.: Медицина, 1989. – С.464.
9. Дощицин В.Л. Внезапная аритмическая смерть и угрожающие аритмии // Российский кардиологический журнал. – 1999. – №1. – С. 46-51.
10. Земцовский Э.В., Гаврилова Е.А. О роли психического стресса и психологических особенностей личности спортсмена в развитии дистрофии миокарда физического перенапряжения // Вестн. спорт. мед. России. –1994. – №1-2. – С.21-25.
11. Земцовский Э.В. Спортивная кардиология. – СПб.: Гиппократ. – 1995. – 448 с.
12. Земцовский Э.В. Соединительнотканые дисплазии сердца. – СПб: ТОО «Политекс-Норд-Вест», 1998. – 96 с.
13. Иорданская Ф.А., Юдинцева М.С. Диагностика и дифференцированная коррекция симптомов дезадаптации к нагрузкам современного спорта и комплексная система мер их профилактики // Теория и практика физической культуры. – 1999. – №1.
14. Костина Л.В., Дудов Н.С., Осипова Т.А. и др. Особенности адаптации нейро-эндокринной системы у спортсменов высокой квалификации при подготовке к ответственным стартам // Вестник спортивной медицины России. – 1999. – Т. 24, №3. – С.33.
15. Курашвили Л.В. Липопротеиды высокой плотности: физиологическое значение // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. – 1997. – №3. – С. 40–43.
16. Кушаковский М.С. Метаболические болезни сердца. – СПб.: ООО «Издательство «Фолиант», 2000. – 28 с.
17. Лобанов М.Ю. Ранняя доплероэхокардиографическая диагностика нарушений диастолической функции сердца у лиц

молодого возраста: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – 2000. – 24с.

18. **Меерсон Ф.З.** Первичное стрессорное повреждение миокарда и аритмическая болезнь сердца // Кардиология. – 1993. – №4,5. – С. 50-59,58-64

19. **Maron B.J., Klues H.G.** Surviving competitive athletics with hypertrophic cardiomyopathy. // Am. J. Cardiol. – 1994. – Vol.73, Pt.15, №6. – P.1098–1104.

20. **Maron B.J., Pelliccia A., Spitiro P.** Cardiac disease in young trained athletes // Circulation. – 1995; 91; 1596-1601.

21. **Мартынов А.И., Степура О.Б., Остроумова О.Д. и др.** Пролапс митрального клапана. Ч. 1. Фенотипические особенности и клинические проявления // Кардиология. – 1998. – Т. 38, № 1. – С. 72-80.

22. **Михайлова А.В., Мазеркина И.А., Линде Е.В., Смоленский А.В.** Дифференциальная оценка диагноза пролапса митрального клапана в связи с перспективой занятий спортом // Материалы совместной научно-практической конференции РГАФК, МГАФК и ВНИИФК. – М., 2001. – С. 237-239.

23. **Михайлова А.В.** Фенотипические характеристики и структурно-морфологические особенности миокарда левого желудочка у спортсменов с синдромом дисплазии соединительной ткани сердца: Автореф. дисс. канд. дисс. – СПб., 2004. – 23 с.

24. **Сольская Т.В.** Особенности развития аутоиммунных реакций при разных уровнях двигательной активности: Автореф. дисс. канд. биол. наук. – Киев, 1988. – 23 с.

25. **Шахрджерди Ш., Смоленский А.В., Михайлова А.В., Исаяева Е.Н.** Особенности распределения нарушений ритма и проводимости у спортсменов с пролапсом митрального клапана // Теория и практика физической культуры. – 2004. – №5.

26. **Соболева А.В., Киселев И.О., Рудоманов О.Г., Захаров Д.В., Конради А.О., Шляхто Е.В.** Влияние генотипа белков ренин-ангиотензинового каскада на структурно-функциональное состояние миокарда у спортсменов // Артериальная гипертензия. – 2002 – Т. 4, №3.

27. **Смоленский А.В., Любина Б.Г.** Внезапная смерть в спорте: мифы и реальность. // Теория и практика физической культуры. – 2004. – №5.

Е.А. Борисова, Н.И. Дуглас

ПРОФИЛАКТИКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА

Невынашивание беременности представляет собой одну из наиболее важных проблем здравоохранения во всем мире. По данным Коллегии МЗ РФ (2002), ежегодно в стране почти каждая пятая желанная беременность заканчивается самопроизвольным выкидышем, общее количество которых составляет 180000 в год, из них 75-80% составляют прерывание беременности до 12 недель, неразвивающаяся беременность обуславливает 45-88,6% всех случаев ранних самопроизвольных выкидышей. Несмотря на большое количество исследований, посвященных профилактике и лечению невынашивания, частота преждевременных родов составляет 5-10%. В конечном счете формируется патологическая цепочка, последним звеном в которой является факт снижения в течение каждых пяти лет на 20% женщин, способных родить ребенка [2].

В этой связи особенно актуально стоит вопрос о сохранении и физиологическом развитии беременности у супружеских пар, желающих иметь детей. Решение проблемы синдрома потери плода (неразвивающаяся беременность, самопроизвольный выкидыш) считается одной из наиболее приоритетных задач современного акушерства и гинекологии и является важной частью программы, направленной на

улучшение репродуктивного здоровья населения [6]. Кроме того, неразвивающаяся беременность и самопроизвольные аборт в ряде регионов России удерживают лидирующие места в структуре материнской смертности до 28 недель беременности в связи с развитием тяжелых кровотечений [5].

Невынашивание беременности – это универсальный, интегрированный ответ женского организма на любое выраженное неблагополучие в состоянии здоровья беременной, внутриутробного плода, окружающей среды и многих других факторов, причем они могут действовать последовательно или одновременно.

Среди различных факторов риска невынашивания все большее значение приобретают исходные фоновые воспалительные заболевания уrogenитального тракта. Успехи микробиологии и вирусологии к настоящему времени создали предпосылки к пониманию генеза нарушений репродуктивной системы и обеспечили возможность более глубокого понимания механизмов невынашивания беременности на фоне перенесенных воспалительных заболеваний уrogenитального тракта [1-4].

Вместе с тем патогенез невынашивания на фоне воспалительных процессов уrogenитального тракта изучен недостаточно. Отсутствуют четкие данные об особенностях формирования и функционального состояния фетоплацентарного комплекса и нарушений состояния внутриутробного плода и

новорожденного в зависимости от исходных особенностей микробиоценоза половых путей. Кроме того, отсутствуют данные об эффективном подходе к профилактике невынашивания беременности с учетом основных причин воспалительного процесса.

Все вышеизложенное является достаточным обоснованием актуальности выбранной научной задачи.

Целью исследования является разработка путей снижения частоты акушерских и перинатальных осложнений у женщин с невынашиванием и воспалительными заболеваниями уrogenитального тракта в анамнезе на основе изучения особенностей микробиологического статуса и функционального состояния фетоплацентарного комплекса, а также усовершенствования комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

Материал и методы исследования. Для решения поставленной цели и задач было отобрано 55 женщин с невынашиванием беременности инфекционного генеза в анамнезе по следующим критериям:

– наличие в анамнезе одного или более самопроизвольных выкидышей подряд от одного и того же полового партнера;

– отсутствие хромосомных аномалий в кариотипе супругов;

– отсутствие грубых анатомических дефектов внутренних половых органов (пороки развития матки, внутриматочные синехии, непроходимость маточных труб);

– отсутствие оперативных вмешательств на матке (кесарево сечение, ушивание перфорационного отверстия, консервативная миомэктомия);

– отсутствие выраженных соматических и эндокринных заболеваний.

Кроме того, в исследование вошли только те женщины, возраст которых не превышал 35 лет. Это было сделано с целью нивелировать влияние возраст-зависимых факторов на результаты исследования, так как после 35 лет повышается частота образования яйцеклеток с аномальными наборами хромосом, в частности трисомией по 21-й и 18-й парам хромосом.

Как уже говорилось, урогенитальная инфекция имеет неблагоприятное влияние на течение беременности и внутриутробное состояние плода, что требует соответствующей медикаментозной коррекции.

Мы считаем, что с целью снижения частоты акушерских и перинатальных осложнений у женщин с различными формами инфекции необходим только комплексный подход, направленный на коррекцию всех патогенетических звеньев развивающейся патологии. Причем начинать с предгравидарного этапа, а также правильно выбирать тактику ведения беременности на более опасных для развития осложнений периодах.

Предлагаемая нами методика состоит из следующих моментов:

1 этап – предгравидарная подготовка:

Планирование и подготовка к беременности – только при стойкой и длительной (более 6 месяцев) ремиссии герпес-вирусной инфекции, а также после устранения нарушений в репродуктивной системе с учетом основных факторов прерывания беременности.

– В первую очередь необходимо обеспечить материнский организм пластическим и энергетическим материалом в легкоусвояемой форме, а это рациональное и полноценное питание – обогащение пищевого рациона олигопептидами (отварное мясо, рыба, творог).

Важным условием правильной подготовки к беременности является нормализация иммунного и интерферонов статусов пациенток с использованием энзимотерапии.

Так как практически любая инфекция сопровождается нарушением процессов энергетике и метаболизма на клеточном, тканевом и органном уровнях человеческого организма,

предгравидарная подготовка должна также включать метаболическую терапию. При этом используют комплекс препаратов, стимулирующих биоэнергетические процессы в клетках и тканях – рибофлавин–моноклеотид, липоевая кислота, пантотенат кальция, рибоксин, оротат калия, пиридоксальфосфат, фитин, троксевазин. Метаболическую терапию назначают в течение 7 дней с 2–3 недельным перерывом, в виде комплексов.

– Обязательно применение суммы токоферолов (Vit E 400 ME), которые являются ингибиторами апоптоза, стимуляторами синтеза рибосомального синтеза белка и обладающих антиоксидантными свойствами. 400 ME натурального витамина E содержит: 80% d-α- токоферолов и 20% смесь β, γ, дельта E – токоферолов, для профилактики назначают 400 мг.

– Синергистами витамина E являются каротиноиды. Бета-каротин, являясь предшественником витамина A, обладает антиоксидантными свойствами, так как является одним из мощных природных оксидантов, потенцирует эффект токоферолов, а также обладает способностью превращаться в витамин A. Рекомендуемая доза – 10000 ME бета – каротина.

Целесообразно назначение микродоз аспирина (тромбо-асс) по 60–80 мг в сутки, который оказывает ингибирующее действие на апоптоз, а также влияет на кровоток в микрососудах, фитоседативных средств, таких как валериана и пустырник (отвар пустырника – 15:200 или настойка – по 30 капель 3 раза в сутки).

2 этап – 6-8 нед. беременности:

– гормональная коррекция – утрожестан;

– коррекция микробиоценоза половых путей – гравегин, бетадин*;

– иммунокорректирующая терапия – протекфлазид, виферон*.

Протекфлазид – новый препарат иммуномодулирующего и противовирусного действия растительного происхождения отечественного производства (НПК «Экофарм»). В состав Протекфлазида входят флавоноидные гликозиды, которые содержатся в диких злаках Deschampsia caespitosa L. и Calama-grostis epigeios L., которые способны блокировать ДНК-полимеразную активность в клетках, инфицированных вирусами. Это приводит к снижению способности или полной блокаде репликации вирусной ДНК и препятствует размножению вирусов.

* Препараты выбора.

Одновременно, что является особенно ценным, Протекфлазид увеличивает продукцию эндогенных альфа- и гамма-интерферонов и тем самым восстанавливает активность клеток макрофагального ряда с последующей модуляцией состояния клеточного иммунитета и запуска репаративно-регенераторных процессов. Препарат не имеет кумулирующих свойств, эмбриотоксического, тератогенного, канцерогенного и аллергизирующего эффектов.

Ряд вышеперечисленных особенностей механизмов действия Протекфлазида позволил нам включить данный препарат в комплексное лечение осложнений беременности у женщин с урогенитальной инфекцией.

– подготовка полового партнера – протекфлазид; виферон;

– коррекция дисметаболических нарушений та же, что и на 1-м этапе, с изменением дозировки Vit E 400 ME при угрозе прерывания в первом триместре беременности 800 мг.

3 этап – 8-10 нед. и 18-20 нед. – до 20 нед. беременности:

– гормональная терапия – утрожестан до 12 нед., после 12 нед. – дюфастон;

– коррекция микробиоценоза половых путей – пимафуцин; дюфлюкан, микрофлюкан после 12 нед.;

– комплексная метаболическая терапия та же, что и на 1-м этапе, с изменением дозировки – Vit E 400 ME во втором триместре 1200 мг;

– иммунокорректирующая терапия.

Для выявления эффективности предлагаемых нами лечебно-профилактических мероприятий был проведен сравнительный анализ течения беременности и родов в двух группах женщин:

1 группа (основная) – 30 женщин с угрожающим прерыванием беременности в сроке 18-22 нед. гестации на фоне урогенитальной инфекции и невынашиванием в анамнезе, которым был проведен курс лечения по определенной нами схеме.

2 группа (сравнения) – 25 женщин с угрожающим прерыванием беременности в сроке 18-22 нед. гестации на фоне урогенитальной инфекции и невынашиванием в анамнезе, которые получали общепринятые лечебно-профилактические мероприятия.

На момент обследования все женщины находились во втором триместре беременности (18-22 нед.) с явлениями угрожающего прерывания инфекционного генеза, т.е. имел место

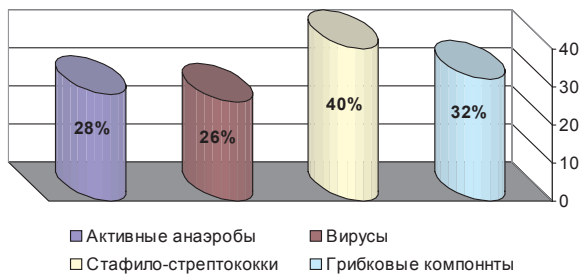


Рис.1. Инфекционные агенты, влияющие на развитие гестационного риска у беременных

воспалительный процесс урогенитального тракта. При этом основная группа беременных была сопоставлена с группой сравнения по наиболее важным показателям (срок беременности, возраст, паритет, социально-экономическое положение, генитальная и экстрагенитальная патология, исход предыдущих беременностей).

Общепринятые лечебно-профилактические мероприятия включали использование по показаниям антибактериальных препаратов: гормональную терапию, комплексы витаминов и микроэлементов; средства, улучшающие микроциркуляцию (курантил, трентал); иммунокорректирующую терапию. В комплекс проведенных исследований были включены клинические, функциональные, иммунологические, эндокринологические, микробиологические и статистические методы исследования.

Результаты исследований и их обсуждение. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что ведущим фактором риска развития угрожающего прерывания беременности у женщин с невынашиванием воспалительного генеза является наличие в анамнезе инфекционной соматической патологии – острые респираторные вирусные инфекции с частотой три раза в год и более (40,0%); хронические тонзиллит (28,0), бронхит (18,0), пиелонефрит (26,0), гастрит (14,0), колит (10,0%); и хронические воспалительные заболевания гениталий – кольпит (78,0%), псевдоэрозия шейки матки (66,0) и сальпингофорит (62,0%). Установлено, что «микробиологическими» факторами риска у женщин с невынашиванием беременности воспалительного генеза является наличие в урогенитальном тракте смешанного паразитоценоза, представленного активными анаэробным (*T. Vaginalis*, *M. Hominis*, *Ur. Urealyticum* (26,0%)), вирусным (CMV, HCV type 1,2, (28,0%), *Coxsackievirus A, B* (40,0%))

и грибковым компонентами (32%) (рис.1).

Наиболее частыми осложнениями гестационного периода у женщин с воспалительными заболеваниями урогенитального тракта и невынашиванием в анамнезе являются угрожающее прерывание беременности в ранних сроках (68,0%), ранний токсикоз беременных легкой и среднетяжелой формы (40,0), фетоплацентарная недостаточность (54,0), изменение объема околоплодных вод (28,0%) и низкая плацентация (32,0%). Частота самопроизвольного прерывания беременности составляет 20,0% (рис.2).

Таким образом, наши исследования подтверждают мнение различных авторов [1-6], что практически каждая вторая женщина с инфекционным агентом во время беременности подвержена каким-либо осложнениям, как во время течения самой беременности, так и во время родов.

Состояние фетоплацентарного комплекса у женщин с невынашиванием воспалительного генеза в анамнезе характеризуется высокой частотой задержки внутриутробного развития плода (42,0%); нарушениями гемодинамики в системе мать-плацента-плод (56,0%).

Использование предлагаемого комплекса лечебно-профилактических мероприятий позволяет снизить частоту самопроизвольного прерывания беременности в 3,3 раза, (в 1-й группе беременность закончилась самопроизвольным выкидышем в 4 случаях, во 2-й – в 9); преждевременные роды в основной группе наступили у 6

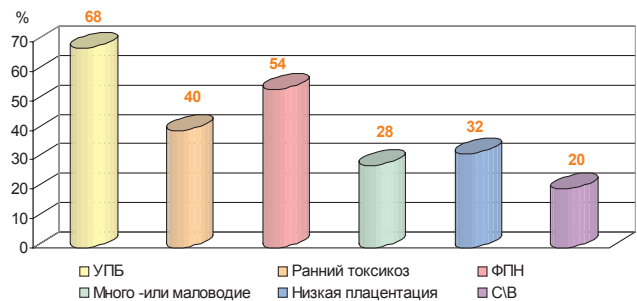


Рис.2. Виды осложнений беременности у исследуемых женщин, %

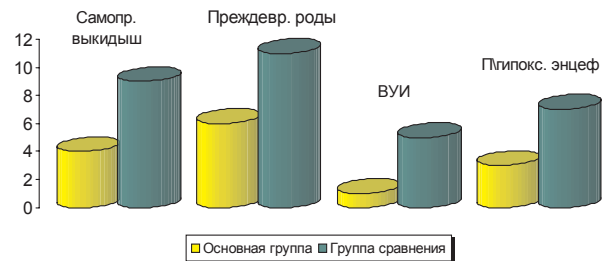


Рис.3. Показатели клинической эффективности при применении предлагаемой схемы лечения

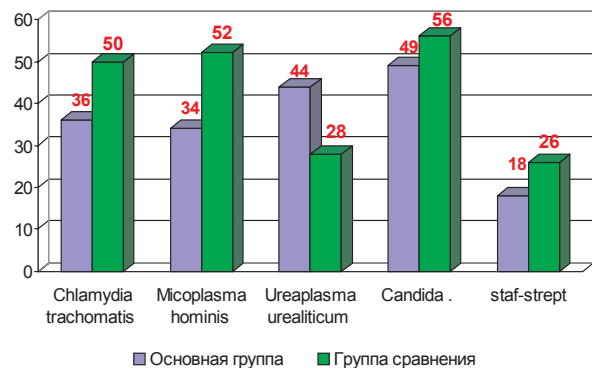


Рис.4. Уровень обсемененности инфекционными возбудителями после примененной методики лечения, %

женщин, в группе сравнения у 11; асфиксия отмечена у 2 новорожденных 2-й группы, внутриутробное инфицирование выявлено у 1 пациентки из основной группы и у каждой 5 во второй исследуемой группе, и проявления постгипоксической энцефалопатии диагностировано соответственно в 3 и 7 случаях (рис.3)

Подтверждением эффективности предлагаемой методики являются результаты проведенных микробиологических исследований.

Так, анализируя основные изменения частоты выделения микроорганизмов в цервикальном канале, уретре и влагалище у обследованных женщин, нами установлено существенное снижение уровня обсемененности *Chlamydia trachomatis* (основная группа – 62,0% и сравнения – 86,0%); *Mycoplasma hominis* (34,0 и 52,0 соответственно); *Ureaplasma urealyticum*

(44,0 и 28,0% соответственно), а также всех видов вирусов, анаэробов и грибов рода *Candida* (рис.4)

Полученные результаты подтверждают эффективность предлагаемых нами лечебно-профилактических мероприятий.

Заключение.

Таким образом, в результате проведенного клиничко-лабораторного, функционального и статистического анализа исхода беременности и родов в рассматриваемых группах женщин становится очевидным преимущество предлагаемого метода этиопатогенетической терапии угрожающего пре-

рывания беременности на фоне воспалительных заболеваний урогенитального тракта по сравнению с общепринятым лечением.

Литература

1. Манухин И.Б., Рыжков В. В., Федосова Г.Н. Профилактика репродуктивных потерь. – Ставрополь, 1999. – 239 с.
2. Марачев А.А. Морфофункциональные основы диагностики, лечения и профилактики ранних самопроизвольных выкидышей и неразвивающейся беременности // Матер. I Междунар. конф. «Ранние сроки беременности: проблемы, пути решения, перспективы». – М., 2002. – С.85-89.

3. Самародинова Л.А., Кормакова Т.Л. Невынашивание беременности: иммунологические и гормональные аспекты // Журнал акушерства и женских болезней. – 2002. – Вып., т. LI. – С.28-31.

4. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. – М., 2002. – С.238-243.

5. Серова О.Ф., Милованова А.П. Основные патоморфологические причины неразвивающейся беременности и обоснование предгравидарной терапии женщин // Акушерство и гинекология. – 2001. – №1. – С.19-23.

6. Трубина Т.Б. Оптимизация методов оценки эффективности лечения больных с воспалительными осложнениями медицинского аборта // Вестн. Рос. ассоц. акушеров и гинекологов. – 2000. – №3. – С.31-33.

ИЗ ХРОНИКИ СОБЫТИЙ ГОДА

ИНФОРМАЦИЯ О IX ВСЕРОССИЙСКОМ СЪЕЗДЕ НЕВРОЛОГОВ

С 29 мая по 2 июня 2006 г. в г.Ярославле состоялся IX Всероссийский съезд неврологов. В работе съезда приняли участие более 1500 представителей всех регионов Российской Федерации, абсолютное большинство участников – члены 49 отделений Всероссийского общества неврологов, насчитывающего в своих рядах более 8 тыс. человек. В научной программе съезда приняли участие ведущие неврологи Европы и Северной Америки. В их числе президент Всемирной федерации неврологов проф. Т.Мунсат из США, профессора В. Гризольд из Австрии, С. Иоханнесен из Норвегии, Э. Бейн из Италии, Л. Кохен из США, К. Мауриц из Германии и многие другие. Открыл съезд председатель правления Всероссийского общества неврологов академик Российской АМН, проф. Евгений Иванович Гусев. В своем докладе он остановился на ключевых задачах, стоящих перед неврологией, а также определил стратегию дальнейшего развития неврологической науки на ближайшие 5 лет. Е.И. Гусев подчеркнул, что в последние десятилетия неврология бурно развивается и приобретает всевозрастающее значение в современном обществе.

Работа съезда проходила в интенсивном режиме, заседания продолжались с 8 утра до 20 ч. От Республики Саха (Якутия) в работе съезда принимали участие гл. внештатный невролог МЗ РС(Я), зав. нейрососудистым отделением РБ №2 – ЦЭМП Кузьмина Земфира Макаровна, зав. кафедрой неврологии и психиатрии Медицинского ин-

ститута ЯГУ Николаева Татьяна Яковлевна, ст. преподаватель кафедры Конникова Эдилия Эдуардовна, врач неврологического отделения РБ №2 – ЦЭМП Минурова Алла Рафаиловна. Впервые в программу съезда был включен устный доклад представителя из Якутии Т.Я.Николаевой на тему «Анализ полиморфизма гена липопропротеинлипазы у якутов с ишемическим инсультом». Было сделано также три стендовых доклада: «Метод определения олигоклональных иммуноглобулинов в диагностике хронических форм ВЭМ» – Данилова Л.П. с соавт., «Инсуль: этнические различия» – Николаева Т.Я. с соавт. и «Рассеянный склероз в Якутии» – Минурова А.Р. с соавт.

На съезде были рассмотрены вопросы диагностики, лечения, реабилитации и профилактики основных заболеваний нервной системы, вопросы дальнейшего совершенствования и

развития неврологической помощи в РФ. Впервые в рамках программы были проведены клинические разборы больных, которые дали возможность неврологам из практического здравоохранения совместно с ведущими специалистами обсудить значение клинических и дополнительных методов исследования в постановке диагноза, особенности выбора рациональной терапии, оценить прогноз и судьбу больного.

В первый день съезда под председательством Е.И. Гусева и Т. Мунсата был проведен круглый стол по последипломному образованию в неврологии. Участники съезда познакомились с опытом эффективного продолженного образования в США и Европе. 35 неврологов из Якутии имели возможность в течение последних 5 лет участвовать в образовательных программах по основным разделам невроло-



Выступление профессора А. Людольфа (Германия). Председатель секции профессор В.И. Сковрцова

гии и получили сертификаты Всемирной федерации неврологов.

Особое внимание на съезде было уделено вопросам организации помощи больным с цереброваскулярной патологией. Этой теме было посвящено 11 заседаний по различным аспектам данной проблемы. Основной доклад был сделан директором Института инсульта, член-кор. РАМН, д.м.н., проф. В.И. Скворцовой на тему «Современные представления о лечении больных в остром периоде церебрального инсульта». В 1999 г. в России организована НАБИ (Национальная ассоциация борьбы с инсультом), включающая более 40 регионов, в том числе и Якутию. С 2005 г. ВОЗ разрабатывается программа «Глобальная инициатива по инсульту», в которой активное участие принимает НАБИ. Подведены итоги эпидемиологического изучения проблемы, заболеваемости, летальности, смертности от инсульта. Обсуждены вопросы организации помощи больным с острым инсультом. Особое внимание обращено на современную стратегию инсульта, возможности патогенетического лечения в ранние сроки, в период «терапевтического окна», в первые 3 ч после появления неврологической симптоматики. Для внедрения в клинику эффективного метода лечения – системной тромболитической терапии необходима новая организация работы по приему больных с ишемическим инсультом. В первую очередь необходимо обеспечить круглосуточную работу отделений компьютерной томографии, клинической лабораторной диагностики, ультразвуковой доплерографии и дуплексного сканирования сосудов головного мозга. На сегодня в России данный метод применяется только в Москве, в больнице №31, где находится Институт инсульта.

Доклад директора Института неврологии РАМН, д.м.н., член-кор. РАМН, проф. З.А. Суслиной был посвящен артериальной гипертонии и цереброваскулярной патологии. Также были рассмотрены вопросы изучения факторов риска нарушений головного кровообращения, патогенеза, диагностики и лечения хронической сосудистой мозговой недостаточности. Особое

место уделено по вопросам нейрореабилитации – немедикаментозным методам, системе ранней реабилитации, опыту работы мультидисциплинарных бригад.

Одна из секций была посвящена нейрохирургической помощи при мозговом инсульте, новым технологиям в нейровизуализации. В конце работы съезда под руководством проф. В.И. Скворцовой проведен круглый стол с участием нескольких регионов, в т.ч. и РС(Я), по внедрению программы развития, эпидемиологического мониторингирования и системы лечения и профилактики церебрального инсульта в РФ.

Много внимания на съезде уделено проблемам эпилепсии. В России не существует нормативных документов в отношении организации и планирования помощи больным с эпилепсией. Данные об эпидемиологии эпилепсии в России крайне противоречивы и основаны на показателях обращаемости. В настоящее время кафедрой неврологии и нейрохирургии РГМУ проводится большая работа по изучению эпидемиологии эпилепсии в России по единой методике (проф. А.Б. Гехт совместно с проф. из США А. Хаузером). По предварительным данным, стандартизованная по полу и возрасту заболеваемость составила 3,4 на 1000 и была выше у мужчин (4,5 и 2,5 соответственно). Преобладали случаи парциальной, симптоматической и криптогенной эпилепсии (81,54%). В медикаментозной ремиссии находились лишь 7,16% больных, а 17,21% не получали лечения. Эпилепсия – хроническое заболевание, требующее длительного дорогостоящего лечения. От грамотного, правильно подобранного лечения и мониторинга состояния зависит ранний контроль над приступами и качество жизни больного. Необходимы комплексная программа по оптимизации ведения больных, в том числе улучшение диагностики, медикаментозного лечения, а также внимание к социальным аспектам заболевания. Для лечения эпилепсии применяются все новые препараты, обладающие большей эффективностью и меньшей токсичностью в сравнении с традиционными антиконвульсантами.

Одними из них являются топирамат (топамакс) и окскарбазепин (трилептал). Эффективным является сочетание вальпроатов и мексидола. В целом, несмотря на появление в 90-х гг. новейших противосудорожных препаратов, их успешной апробации, проблема лечения эпилепсии остается актуальной.

Несомненный интерес привлекли доклады, посвященные нейроинфекционным заболеваниям. Так, заболеваемость клещевым энцефалитом регистрируется от Камчатки до западных границ России и составляет в среднем 9,9 на 100 000 населения. В Приморье клещевой энцефалит поражает чаще городское население, чаще болеют мужчины, ежегодно регистрируются 2-3 случая кожевниковской эпилепсии, возникающей в хронической стадии заболевания. В 1992 г. во Владивостоке был создан центр по изучению клещевого энцефалита, за это время зарегистрировано более 1500 больных клещевым энцефалитом. Другой значимой формой нейроинфекции становится нейроспид. Поражение нервной системы у ВИЧ-инфицированных встречается в 70-80 % случаев. В связи с этим любое неврологическое заболевание у лиц молодого возраста (до 45 лет) с атипичной клинической картиной, характеризующееся быстрым нарастанием неврологического дефицита, когнитивными психопатологическими нарушениями, должно настораживать в отношении ВИЧ-инфекции.

Заметный прорыв сделан в изучении генетических механизмов как моногенных, так и мультифакториальных заболеваний нервной системы. Изучаются общие механизмы формирования патологического процесса при нейродегенеративных заболеваниях. Было сделано более десятка сообщений по иммунологии рассеянного склероза, инсульта, эпилепсии, проведена школа по нейроиммунологии.

На съезде выделены наиболее актуальные, перспективные направления исследований в неврологии. Съезд дал новый импульс для развития неврологической науки, способствовал внедрению в практику ее современных достижений.

*Д.м.н., зав. кафедрой неврологии и психиатрии МИ ЯГУ Т.Я. Николаева,
гл. внештатный невролог МЗ РС(Я), зав. нейрососудистым отделением
РБ №2- ЦЭМП З.М. Кузьмина*

А.Ф. Кравченко

ЮБИЛЕЙНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ К 100-ЛЕТИЮ Д.А. ГУРЬЕВА

В «ЯМЖ» №3(15) 2006 г. в статье «Врач Гурьев» автор В.П. Николаев рассказал о жизни и деятельности талантливого врача-хирурга, одного из основоположников фтизиохирургии в республике, уважаемого в народе и просто очень хорошего человека Дмитрия Афанасьевича Гурьева. Сегодняшний материал освещает мероприятия, посвященные 100-летию юбилею Д.А. Гурьева.



Дмитрий Афанасьевич Гурьев
(1906-1982 гг.)

Заслуженный врач РСФСР, ЯАССР, кавалер двух орденов Ленина, Октябрьской Революции, «Знак Почета», медалей «За доблестный труд в годы Великой Отечественной войны», «За трудовую доблесть», «За доблестный труд в ознаменование 100-летия со дня рождения В.И. Ленина», почетный гражданин г. Якутска, Сунтарского улуса, депутат Верховного Совета Якутской АССР 2 созывов

В сентябре 2006 г. общественность Республики Саха (Якутия) широко отметила 100-летний юбилей Д.А. Гурьева.

Отмечая выдающийся вклад в дело охраны здоровья населения Республики Саха (Якутия), подготовки высококвалифицированных кадров здравоохранения, и в ознаменование 100-летнего юбилея Д.А. Гурьева распоряжением Президента Республики Саха (Якутия) от 22 декабря 2005 г. № 411-РП был создан организационный комитет во главе с заместителем Председателя Правительства РС(Я) Е.И. Михайловой. В рабочую группу также вошли министр здравоохранения РС(Я) Александров В.Л., депутаты Государственного Собрания (Ил Тумэн) Артемьев Г.М., Уаров А.С., Березин С.М., Иванов К.Е., глава муниципального образования «Сунтарский улус» Никифоров М.В., главный врач МО

КРАВЧЕНКО Александр Федорович – д.м.н., директор научно-практического центра «Фтизиатрия» МЗ РС(Я), лауреат Государственной премии РС(Я).

«Сунтарская ЦРБ» Попов И.В. директор научно-практического центра «Фтизиатрия» Минздрава РС(Я) Кравченко А.Ф., заместитель директора НПЦ «Фтизиатрия» Тырылгин М.А., председатель Комитета здравоохранения мэрии г. Якутска Борисов Е.Е.

Согласно утвержденному Правительством Республики Саха (Якутия) плану по проведению торжественных юбилейных мероприятий, 19 сентября 2006 г. в торжественной обстановке в г. Якутске на доме, в котором жил Д.А. Гурьев, по адресу проспект Ленина, 21 была установлена и открыта мемориальная доска. В этом мероприятии приняли участие депутаты Государственного Собрания РС(Я) (Ил Тумэн), Министерство здравоохранения РС(Я), медицинская общественность республики, родные и близкие Гурьева Д.А. и, самое примечательное, – ученики и пациенты. Выступающие отметили заслуги известного хирурга, новаторский стиль и отношение к работе, а родные – черты характера Дмитрия Афанасьевича, проявившиеся в кругу семьи, друзей.

В этот же день в торжественной обстановке в Государственном музее народов Севера им. Е. Ярославского открылась экспозиция, посвященная жизнедеятельности Д.А. Гурьева. Директор музея Е. Шишгин отметил, что расположенные рядом 2 экспозиции, посвященные одна Д.А. Гурьеву, вторая – Д.К. Сивцеву Суору-Омоллону, очень символичны, т.к. эти люди бескорыстно служили своему народу, своей республике, оба вышли из глубинки и достигли наибольших высот в постижении своей профессии и оба в одинаковой степени заслужили любовь



Открытие мемориальной доски в честь Д.А. Гурьева в г. Якутске

народа саха. В музее кроме семейных фотографий и трудовых будней демонстрируются государственные награды Д.А. Гурьева, его инструменты, записки, написанные собственноручно.

20-21 сентября 2006 г. работала научно-практическая конференция, посвященная проблемам торакальной хирургии в Якутии. Хотя в республике по существу нет торакальной службы, кроме легочно-хирургического отделения НПЦ «Фтизиатрия», однако конференция показала, что больным с патологией органов грудной клетки повсеместно оказывается специализированная помощь внутри республики. В работе конференции участвовали акад. ЛАН, профессор А.А. Вишневский (г. Москва), Шаров Ю.К.,



Экспозиция, посвященная Д.А. Гурьеву в музее им. Е.Ярославского



Работа научно-практической конференции

ков – маститый хирург-ученый мировой величины. И у него же в свое время работал и перенимал опыт один из приехавших к нам гостей А.Ф. Малиновский... Гурьев Д.А. часто оперировал больных, применяя проводниковый метод анестезии, разработанный А.В. Вишневским, внук которого А.А. Вишневский был председателем проводимой юбилейной конференции. Таким обра-

зом, между приехавшими гостями из центральных научных учреждений и Д.А. Гурьевым существовала определенная незримая связь. По материалам юбилейной научно-практической конференции издана книга, включающая передовые статьи по проблемам торакальной хирургии и воспоминания о Д.А. Гурьеве.

Торжественное заседание прошло в РБ №1-НЦМ. Кроме официальной части были выступления-воспоминания близких Д.А. Гурьева, родных, пациентов. В этот вечер своим искусством порадовали приглашенных гостей народная артистка СССР А. Ильина, народный артист РФ И. Степанов, засл. артист РФ С. Оконешников и, конечно же, прозвучал тойку в исполнении зятя Д.А. Гурьева, засл. работника культуры РС(Я), ветерана ВОВ Тимофеева Н.Е.

В рамках юбилейных мероприятий, проводимых Минздравом РС(Я) и НПЦ «Фтизиатрия», был организован бесплатный сертификационный цикл лекций по специальностям «Торакальная хирургия», «Хирургия», «Бронхопневмонология». Цикл был проведен специалистами Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного обучения врачей. На обучение приехали более 30 специалистов со всей республики. Это был первый выездной цикл по перечисленным специальностям в системе здравоохранения Якутии.

В целях увековечения памяти Д.А. Гурьева Указом Президента Республики Саха (Якутия) № 2912 от 7.09.2006 муниципальному медицинскому учреждению «Кутанинская участковая больница» муниципального образова-



На присвоении Кутанинской участковой больницы им. Д.А. Гурьева. Справа: родной брат Д.А. Гурьева – Леонид Афанасьевич, дочь – Зинаида Дмитриевна

Малиновский А.Ф. (Санкт-Петербург), д.м.н. Андренко А.А., Грищенко Н.Г., Краснов Д.В. (Новосибирск). Это крупные ученые в области хирургии легких и грудной стенки в РФ, причем специалисты, работающие практически по всем направлениям легочной хирургии – туберкулез, онкология, воспалительные и нагноительные заболевания легких. Их выступления касались крупных, узловых проблем современной хирургической пульмонологии, технических возможностей и техники выполнения сложных хирургических манипуляций. С другой стороны, гости познакомились с работой хирургов республиканских больниц. Наибольший интерес вызвали сообщения хирургов РБ № 2 – Центра экстренной медицинской помощи (г. Якутск) по оказанию медицинской помощи при травмах грудной клетки, детям – при деформациях грудной стенки и онкологической патологии органов средостения. Операции же на сердце и трансплантации почек, как отметили гости, показывают уровень развития медицины в регионе. Что касается хирургического лечения туберкулеза, то показатели работы легочно-хирургического отделения НПЦ «Фтизиатрия» значительно выше, чем среднефедеративные, а при осложненных случаях здесь выполняются хирургические пособия повышенной сложности, которые на Дальнем Востоке пока еще не осилены.

Примечательным совпадением на этой конференции стало и то, что учителем Гурьева Д.А. в области торакальной хирургии был И.С. Колесни-

ния «Сунтарский район (улус)» присвоено имя Гурьева Дмитрия Афанасьевича. Делегация в составе депутатов Государственного Собрания (Ил Тумэн), сотрудников НПЦ «Фтизиатрия», учеников, родных и близких Д.А. Гурьева выехала в Сунтарский улус, с. Кутана, для участия в чествовании участковой больницы. Были возложены цветы на могиле Д.А. Гурьева, открыта мемориальная доска на участковой больнице в с. Кутана. С этого момента больница будет именоваться как Кутанинская участковая больница им. Дмитрия Афанасьевича Гурьева. Памятной останется встреча делегации и главы Сунтарского улуса М.В. Никифорова с общественностью с. Кутана. Примечательным в этой встрече является то, что на ней присутствовало очень много школьников и многие пожелания были обращены именно к ним. В связи с юбилейными мероприятиями и присвоением имени Д.А. Гурьева участковой больнице медицинские работники этого учреждения были награждены знаком «Отличник здравоохранения РС(Я)», почетными грамотами Минздрава РС(Я) и главы администрации района.

Сегодня отделение хирургического лечения легочного и костно-суставного туберкулеза, открытое 44 года тому назад по инициативе Д.А. Гурьева, представлено 2 отделениями научно-практического центра «Фтизиатрия» МЗ РС (Я): торакально-хирургическое на 55 и отделение внелегочного туберкулеза на 50 коек. В отделениях успешно работают высококвалифицированные специалисты, которые продолжают традиции, заложенные Д.А. Гурьевым и его коллегами.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

А.Н. Габышев, А.Ю. Грызлов, В.В. Сивцев

ГИПЕРНЕФРОМА У БОЛЬНОГО С ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКОЙ

Известно, что врожденная патология почек занимает первое ранговое место среди таковой внутренних органов. При этом в структуре врожденных патологий подковообразная почка встречается редко, а гипернефрома в ней – еще реже. Нами представляется редчайший случай гипернефроидного рака подковообразной почки.

Больной П., 35 лет, поступил в урологическое отделение РБ №1-НЦМ 25 сентября 2006 г. с жалобами на периодические ноющие боли в поясничной области слева.

В течение года больной отмечал макрогематурию, за медицинской помощью обратился лишь в августе 2006 г.

ГАБЫШЕВ Адольф Николаевич – отличник здравоохранения РС(Я), врач хирург-уролог высшей квалиф. категории РБ №1-НЦМ; **ГРЫЗЛОВ** Александр Юрьевич – хирург-уролог РБ №1-НЦМ; **СИВЦЕВ** Василий Васильевич – к.м.н., доцент МИ ЯГУ.

По данным рентгенокомпьютерной томографии органов брюшной полости у больного выявлена подковообразная почка, левая половина почки деформирована в передневерхних отделах за счет патологического образования неоднородной солидной структуры размерами 10,5х9,0х10,5 см, с неровными контурами. После болюсного контрастирования в артериальную фазу определяется патологическая сосудистая сеть. Образование деформирует ЧЛС, доходит до ворот. Перешеек почки в нижнем полюсе диаметром 1,3 см, в каждой половине почки выявляются по две артерии, отходящих отдельным устьем от аорты в нижний и верхний полюсы. Лоханки внепочечного типа, гипотоничны, паренхима правой половины почки однородная. Лимфоузлы брюшной полости и забрюшинного пространства не увеличены.

Лабораторные показатели в пределах нормы. Данных, свидетельствующих об отдаленных метастазах, не выявлено.

Больному выполнена плановая операция в объеме лапаротомии, резекция левой подковообразной почки с опухолью.

Послеоперационный диагноз: гипернефрома левой половины подковообразной почки, T2N0M0, 2-я стадия, 2 кл. группа.

Течение послеоперационного периода гладкое, без осложнений. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Самочувствие удовлетворительное, жалоб нет. По данным контрольного УЗИ в ложе левой половины почки патологических структур не определяется.

Выписан на амбулаторное лечение на 10-е сутки после операции.

Специализированным ВКК ЯРОД больному рекомендовано динамическое наблюдение.

Н.А. Васильева, И.И. Прокопьева

СЛУЧАЙ ЛЕЙКЕМИЧЕСКОЙ ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА С УСПЕШНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ

Нейролейкоз – состояние, представляющее специфическое, вызванное лейкозной инфильтрацией, поражение анатомических образований ЦНС – клетчатки эпидурального пространства, оболочек, тканей головного и спинного мозга и периферических нервов. Нейролейкоз чаще развивается при лимфобластном цитоморфологическом варианте острого лейкоза. У мальчиков он встречается в 2 раза чаще, чем у девочек. По литературным данным, в большинстве случаев нейролейкоз диагностируется в период полной костномозговой ремиссии. В 30–35% случаев сочетается с генерализованным рецидивом. Однако случаи развития нейролейкоза в период манифестации клинко-гематологи-

ческих проявлений острого лейкоза не являются редкостью – они составляют 7,2% (Е.Б. Владимирская, 1985).

Диагноз «нейролейкоз» ставится при обнаружении в ликворе бластного цитоза более 10:3 или при появлении менингеальной симптоматики.

Клиническая картина нейролейкоза весьма разнообразна. Складывается из синдромов, отражающих: степень повышения внутричерепного давления; характер и распространенность инфильтративных процессов, вызванных лейкозными клетками (очаговый или диффузный) мозговых оболочек; вовлечение собственно вещества головного и спинного мозга в патологический процесс; поражение гипоталамо-гипофизарной области и турецкого седла (первичного или вторичного характера); вовлечение черепномозговых нервов и крупных нервных стволов в патологический процесс.

По данным Гематологического научного центра различают:

1. Нейролейкоз с преимущественным повышением внутричерепного давления (гипертензионный синдром) – 26% случаев.

2. Нейролейкоз с преимущественным поражением мозговых оболочек (менингеальный синдром) – 18% случаев.

3. Смешанные варианты нейролейкоза (гипертензионно-менингеально-энцефалический синдром) – 16,2% случаев.

4. Нейролейкоз с преимущественным поражением гипоталамо-гипофизарной области (диэнцефальный синдром) – 9% случаев.

5. Доклинические варианты нейролейкоза (клиническая картина полностью отсутствует, как и неврологическая, отмечается только повышение плеоцитоза спинномозговой жидкости за счет бластных клеток) – 29,8% случаев.

Лечение нейролейкемии проводится путем введения в спинномозговую

ВАСИЛЬЕВА Нина Афанасьевна – к.м.н., врач-невролог 1-й квалиф. категории РБ №1-НЦМ, м.н.с. ЯНЦ РАМН и Правительства РС(Я); **ПРОКОПЬЕВА** Ирина Ивановна – врач-гематолог 2-й квалиф. категории РБ №1-НЦМ.

канал трех препаратов (цитозин-арабинозид, метотрексат, преднизалон).

Приводим пример тяжелого течения нейрорлейкоза с поражением головного и спинного мозга.

Больной А., 20 лет, поступил экстренно в отделение гематологии РБ№1-НЦМ 14.06.05 в тяжелом состоянии. Жалобы при поступлении на двоение в глазах, головные боли диффузного характера, системное головокружение, шаткость при ходьбе, икоту.

Из анамнеза: В ноябре 2002г. впервые был диагностирован острый лимфобластный лейкоз. Наблюдался у гематологов РБ№1-НЦМ, в 2003г. клинко-гематологическая ремиссия была достигнута лечением по схеме BMFT 04[89 D. Hoelzer. Головные боли стал отмечать с марта 2005 г., в мае появились тошнота, рвота и двоение в глазах.

При поступлении в отделение гематологии РБ№1-НЦМ в неврологическом статусе – двусторонний частичный офтальмопарез, грубый горизонтальный нистагм, диплопия. Гипотония в правых конечностях. Общий анализ крови: лейкоциты – $8,8 \cdot 10^9$, эритроциты – $5,1 \cdot 10^{12}$, гемоглобин – 165 г/л, тромбоциты – $220 \cdot 10^9$, эозинофилы – 0%, п/я – 4%,

с/я – 70%, моноциты – 6%, лимфоциты – 20%, СОЭ – 3 мм/ч.

Миелограмма: бластные клетки – 2,75%, миелоидный росток сохранен – 75,5%, представлен в основном зрелыми нейтрофилами; эритроидный росток угнетен – 8,75%; мегакариоцитарный росток – сохранен, при обзорном просмотре найдены мегакариоциты 1-й–2-й степени зрелости, функционально не активны. Заключение: Ремиссия острого лейкоза.

Сразу проведена первая люмбальная пункция с введением цитостатиков. Анализ ликвора: белок 990 мг/л, лейкоциты – в 1 мм^3 – 6448/3; при микроскопии лейкоцитоз до 60 в п/зр.

Предварительный диагноз: Нейрорлейкоз, энцефаломиелопатическая форма. Лейкемоидные инфильтрации головного и спинного мозга?

16.06.05г. состояние пациента прогрессивно ухудшается, в неврологическом статусе – нарастающий тетрапарез, усиление головных болей, ухудшение зрения, затруднение при мочеиспускании. В лечение добавляются дозы гормонов – дексазон до 12 мг. На МРТ головного мозга (рис. 1, а, 2, а) – в дорзальных отделах ствола мозга вокруг 4-го желудочка, распространяясь на дорзальные отделы продолговатого мозга и инфильтрируя спинной мозг, выявляется патологическая зона, умеренно гиперинтенсивная в T2 взвешенности без четких границ, компрессирующая полость 4-го желудочка. Субарахноидальные пространства обеих гемисфер мозжечка сглажены.

К вечеру присоединяются дыхательные нарушения – поверхностное дыхание, одышка, ЧД – 30 в 1 мин. АД – 170/110, пульс – 98 в 1 мин.

17.06.05 г. – у больного поперхивание при еде, слюнотечение, прогресс и р у ю щ и й

тетрапарез, почти до плегии, полный офтальмопарез. Нарастание менингеальных знаков до ригидности затылочных мышц 2 п/п, Кернига – 70. В связи с нарастанием острой дыхательной недостаточности больной переводится в отделение интенсивной терапии для проведения ИВЛ.

18.06.05 г. состояние крайне тяжелое. Тахикардия до 130 в 1 мин. Интратекально (в полость субарахноидального пространства) вводится метотрексат 12 мг, цитозар 25 мг, дексазон 4 мг в разведении. Параллельно проводится патогенетическое лечение, в том числе плазмаферез.

19.06.05 г. в неврологическом статусе отмечается нарастание объема активных движений в конечностях, нормализация гемодинамических параметров. 23.06.05 г. состояние значительно лучше, самостоятельно дышит, переводится в гематологическое отделение. В неврологическом статусе отмечается полное восстановление функции глазодвигательных нервов, сила в руках проксимально 5 баллов, дистально – 4 и в ногах – 4 балла. Менингеальных симптомов и тазовых нарушений нет. В лечении добавляются глицин, актовегин, мексидол, кортексин, прозерин в средних дозировках, массаж всех конечностей.

30.06.05 г. – сохраняется небольшая одышка. Нистагм горизонтальный и легкий нижний парепарез.

За этот период всего введено 5 интратекальных введений цитостатиков и гормона – 15/06, 18/06, 24/06, 28/06 и 1/07.

МРТ головного мозга от 11.07.05 г. (рис. 1, б, 2, б) – небольшая инфильтрация лейкоидов сохраняется только в области спинного мозга. В ликворе отсутствуют бластные клетки 3-кратно.

Пациент в дальнейшем в удовлетворительном состоянии был переведен 20.07.05 г. в ЯРОД для проведения лучевой терапии.

Таким образом, и в настоящее время на практике встречаются тяжелые формы поражения нервной системы при гемобластозах. Благодаря высокому развитию новых технологий, в том числе МРТ-диагностики головного и спинного мозга, стали возможными ранняя диагностика и, соответственно, своевременное адекватное патогенетическое лечение с применением интратекальных введений специфических препаратов, что позволяет добиваться желаемых результатов в лечении тяжелых форм нейрорлейкоза.

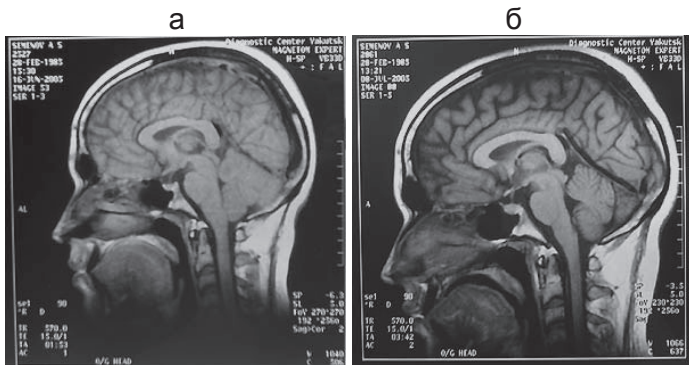


Рис. 1. МРТ головного мозга больного А., сагиттальный срез: а – до лечения, б – после лечения

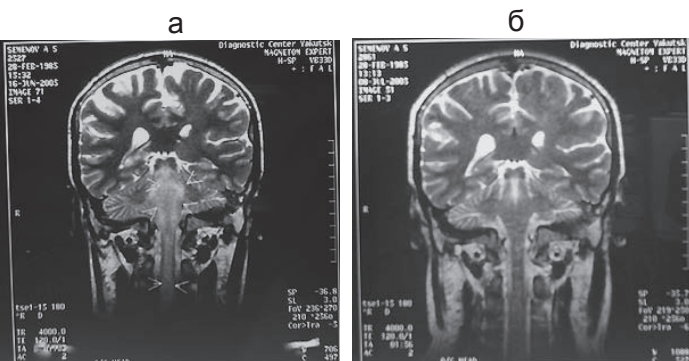


Рис. 2. МРТ головного мозга больного А., фронтальный срез: а – до лечения, б – после лечения

Трибуна Главного специалиста

В.А. Аргунов

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ
ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ
В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

В современных сложных социально-экономических условиях в России идет реформирование и оптимизация системы охраны здоровья при сохранении лучших традиций отечественного здравоохранения. Введение страховой медицины, широкого спектра платных услуг обуславливает повышение роли патологоанатомической службы, которая направлена на обеспечение качества диагностики и улучшение лечебно-диагностической работы.

Деятельность экспериментальных республиканских и областных патологоанатомических бюро, организованных в соответствии с приказом Минздрава СССР № 375 от 04.04.1983 г. «О дальнейшем совершенствовании патологоанатомической службы в стране», показала их несомненную медицинскую целесообразность.

Самостоятельность патологоанатомических бюро позволила им более эффективно выполнять контролируемую функцию патологоанатомической службы, укрепить материальную базу, создать благоприятные условия для профессионального роста врачей и лаборантов. В результате значительно улучшилась работа по выявлению и разбору ошибок клинической диагностики, повысился уровень лечебно-диагностической работы в ЛПУ, увеличились объемы секционной и биопсийной работы, сократились сроки и повысилось качество проводимых патологоанатомических исследований.

Учитывая итоги проведенного эксперимента, в целях дальнейшего со-

вершенствования патологоанатомической службы и повышения ее роли в осуществлении контроля за качеством диагностики и лечения больных министром здравоохранения СССР Е.И. Чазовым 11 марта 1988 г. был подписан приказ № 203 «Об организации патологоанатомических бюро», в котором предписывалось министрам здравоохранения республик, руководителям краевых и областных управлений здравоохранения организовать, начиная с 1988 г., патологоанатомические бюро на базе крупных централизованных патологоанатомических отделений. Однако в нашей республике этот приказ до настоящего времени не выполнен.

В Республике Саха (Якутия) патологоанатомическая служба представлена патологоанатомическим отделом РБ №1-НЦМ и патологоанатомическими отделениями в городах Нерюнгри, Мирный, Алдан с гистологическими лабораториями, в которых работают 20 сертифицированных врачей патологоанатомов. В 2005 г. ими произведено 789 вскрытий, исследовано более 100 тысяч биопсий и операционный материал от 23000 больных. Следует отметить, что основной объем аутопсийной и гистологической работы выполнен сотрудниками патологоанатомического отдела РБ №1-НЦМ, исследующими биопсийный и операционный материал из улусных больниц, не имеющих гистологических лабораторий.

В 11 центральных улусных больницах (Абыйский, Аллаиховский, Амгинский, Анабарский, Верхнеколымский, Горный, Жиганский, Момский, Намский, Оленекский, Эвено-Бытантайский) в штатных расписаниях нет врачей патологоанатомов и вскрытия не производятся, за исключением единичных случаев. В остальных центральных улусных больницах нет патологоанатомических отделений, а имеющиеся 0,25 - 1,0 ставок врачей патологоанатомов занимают врачи разных специальностей (всего 10 ставок), включая врачей хирургических специальностей, которые по положению не имеют права совмещать должность врача патологоанатома. Анализ работы совместителей должности патоло-

гоанатома показывает неэффективность их использования в связи с очень малым количеством проведенных аутопсий. Так, на 0,5 ставки патологоанатома в Таттинской и Чурапчинской ЦУБ произведено за год всего по 2 вскрытия, в Томпонской, Среднеколымской, У-Майской, Верхневильской ЦУБ – по 3-4 вскрытия, в остальных ЦУБх – от 6 до 20 вскрытий, когда по нормативам на 1 ставку врача патологоанатома полагается 200 вскрытий умерших взрослых или 160 детей (Приказ Минздрава СССР от 23.10.81 г. № 095). Всего по улусам на 10 ставок врачей патологоанатомов, занимаемых совместителями, в 2005 г. выполнено 246 вскрытий, т.е. наработано на 1,25 врачебные патологоанатомические ставки.

Если учесть, что на сегодня установлены расценки на одно вскрытие с гистологическим исследованием секционного материала в сумме 7000 руб. за исследование взрослого и 8000 руб. за детское, то аутопсия без гистологического исследования будет стоить существенно меньше – примерно 2-3 тыс. руб. В связи с этим главным врачам ЦУБ целесообразно оплачивать секционную работу по фактически выполненному количеству вскрытий путем заключения трудовых договоров, а не по штатному расписанию. Это поможет увеличить процент вскрытий умерших и реально сэкономить денежные средства. Если принять фонд оплаты труда 0,5 ставки врача патологоанатома за 4-5 тыс. руб. в месяц, то, например, за 5 вскрытий надо будет заплатить 20-25 тыс.руб., а не 50-60 – по штатному расписанию.

Процент вскрытий умерших по ЛПУ улусов республики крайне низкий, за исключением городов, где имеются патологоанатомические отделения. Проверка качества заполнения медицинской документации (протоколы патологоанатомических вскрытий) некоторых улусных больниц показала низкое качество заполнения протоколов аутопсий, неправильную трактовку патологоанатомических диагнозов, что не способствует повышению качества оказания медицинской помощи. Естественно, практически не отмечаются ятрогении и случаи расхождений

АРГУНОВ Валерий Архипович – д.м.н., проф., гл. внештатный патологоанатом МЗ РС (Я), член президиума Российского общества патологоанатомов.

клинического и патологоанатомического диагнозов. Зачастую многие совместители не могут разграничить судебно-медицинское исследование от патологоанатомического.

По анализу исследований гистологического материала видна неудовлетворительная работа по ранней диагностике злокачественных опухолей, о чем свидетельствует крайне малое число гистологических исследований из улусных больниц. Так, за 2005 г. в патологоанатомическом отделе РБ №1-НЦМ гистологическое исследование биопсийного и операционного материала было проведено: из Жиганского и Оленекского улусов – для 1 больного, из Анабарского – для 5, Абыйского – 6, Момского – 9, Нижнеколымского – 10, Верхневилуйского –

14, Таттинского и У-Алданского – по 15, Нюрбинского – для 19 больных. Такая ситуация складывается несмотря на достаточное оснащение улусных больниц эндоскопической аппаратурой. И если даже проводится эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта, врачи не практикуют взятие материала на гистологическое исследование. И как можно говорить о ранней диагностике рака пищевода, желудка, бронхов, если опухоли на ранней стадии развития не визуализируются. А если уж врач увидел в эндоскоп опухоль, то это уже поздняя диагностика.

Все вышеизложенное красноречиво ставит под сомнение существование патологоанатомической службы как таковой ввиду отсутствия головной

структуры, коей могло быть республиканское патологоанатомическое бюро, выполняющее организационно-методическую и консультативную деятельность.

Учитывая опыт работы патологоанатомической службы многих субъектов России, Министерству здравоохранения Республики Саха (Якутия) в рамках программы оптимизации здравоохранения необходимо организовать патологоанатомическое бюро МЗ РС(Я) на базе патологоанатомического отдела РБ № 1-НЦМ, структура которого отличается от структуры патологоанатомических бюро только отсутствием административно-хозяйственной части, а практическая работа соответствует функциональной деятельности бюро.

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ, ЛЕКЦИИ, РЕЦЕНЗИИ

А.А. Федорова, Т.Ю. Томская, Н.В. Махарова

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ И ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ

Болезни системы кровообращения занимают ведущее место в структуре заболеваемости населения России и в значительной степени определяют уровень его временной и стойкой утраты трудоспособности, смертности. По данным Л.А. Бокерия (1999), каждый третий кардиологический больной страдает нарушениями ритма сердца, общее число которых составило к 1998 г. 16,7 млн. чел. Ежегодно в нашей стране регистрируется 500 тыс. больных с фибрилляцией предсердий.

В последние годы в России достигнуты большие успехи в лечении нарушений ритма сердца в связи с развитием интервенционной хирургической аритмологии, появлением электрокардиостимуляторов (ЭКС) и кардиовертеров дефибрилляторов (КВДФ) 5-го поколения.

В Республике Саха (Якутия) имплантация ЭКС проводится с 1992 г. (с 1992 по 2000 г. – на базе торакального отделения ЯКДЦ, с 2000 по 2005 г. – на базе кардиохирургического отделения РБ №1-НЦМ). За последние 5 лет им-

плантировано всего 233 ЭКС, в различных режимах стимуляции. Количество имплантаций, как и количество больных, нуждающихся в имплантации ЭКС, неуклонно возрастает из года в год. Так, в 2000 г. выполнено 8 имплантаций, в 2001 – 23, в 2002 – 43, в 2003 – 67, в 2004 – 64, в 2005 г. – 68 имплантаций. В РБ №1-НЦМ выполняются имплантации в режиме VVI, VVIR, AAI, DDD, DDDR. Преимущественно производится имплантация отечественных ЭКС-511, 532, 300 в режиме VVI, AAI (до 95% всех имплантаций). ЭКС приобретаются РБ №1-НЦМ в счет бюджетного финансирования и имплантируются больным бесплатно. Всем больным с имплантированным ЭКС заполняется паспорт больного, карта пациента с имплантированным (реимплантированным) антиаритмическим устройством и ежегодно в конце года они направляются в Координационный совет по имплантируемым антиаритмическим устройствам и электрофизиологии в НЦССХ им.А.Н. Бакулева.

Ведется работа по созданию регистра больных с ЭКС в РС (Я). В отделении кардиологии РБ №1-НЦМ проводится работа по перепрограммированию параметров ЭКС по показаниям через 1, 3 и 6 месяцев после имплантации ЭКС.

В связи с развитием сердечно-сосудистой хирургии во вновь открытом отделении кардиологии РБ №1-НЦМ в

2000г, где предусмотрено 5 аритмологических коек, функционирует кабинет чреспищеводных электрофизиологических исследований (ЭФИ), оснащенный лечебно-диагностическим комплексом «Элкарт» (г.Томск), на котором проводится диагностика сложных наджелудочковых тахикардий, синдрома слабости синусового узла, ИБС (при невозможности проведения нагрузочных проб), диагностика дополнительных проводящих путей и лечение (купирование пароксизмов наджелудочковых тахикардий, в том числе трепетания предсердий 1 типа), тестирование антиаритмических препаратов. Всего за 5 лет проведено 284 исследования.

Фибрилляция предсердий (ФП) является одной из наиболее часто встречаемых в клинической практике тахикардий, распространенность в общей популяции колеблется от 0,5 до 1% случаев. Впервые описана в 1890г. Выявляемость ФП увеличивается с возрастом. Так, среди людей до 60 лет она составляет приблизительно 1%, а старше 80 – более 6%. У женщин ФП чаще встречается у мужчин, чем у женщин, и редко регистрируется у детей и подростков.

Трепетание предсердий (ТП) – существенно менее распространенная аритмия по сравнению с ФП. В большинстве стран ФП и ТП рассматриваются как разные нарушения ритма и

ФЕДОРОВА Алла Анатольевна – врач-кардиолог высшей квалиф. категории РБ №1-НЦМ; **ТОМСКАЯ Татьяна Юрьевна** – к.м.н., зав. отделением РБ №1-НЦМ, гл. внештатный кардиолог МЗ РС(Я); **МАХАРОВА Наталья Владимировна** – к.м.н., врач-функционалист высшей квалиф. категории РБ №1-НЦМ, зав. лаб. ЯНЦ РАМН и Правительству РС(Я).

Таблица 1

Два нейровегетативных типа пароксизмальной фибрилляции предсердий

Вагусзависимая ФП	Симпатикозависимая ФП
Преимущественно мужчины 25-50 лет	Любой пол и возраст
Нет заболеваний сердца	Есть заболевания сердечно-сосудистой системы (исключая тиреотоксикоз или феохромоцитому)
Возникает в покое, вечером, ночью, в предутренние часы	Возникает днем
Провоцируется вечерним переизбытком, алкоголем, вагусными рефлекторными пробами	Провоцируется стрессом, физической нагрузкой
Преобладает брадикардия, усугубляющаяся перед пароксизмом	Пароксизму предшествует нарастание синусовой тахикардии
Дигиталис, -блокаторы, антиаритмики I, III класса могут усугублять тяжесть течения	Показано применение -блокаторов, антиаритмики I, III класса
Возможен положительный эффект ЭКС	Нет показаний к ЭКС

не объединяются общим термином «мерцательная аритмия» [7,9].

Классификация ФП (ACC/AHA/ESC 2001 г.)*

I. 1. Впервые выявленная.
2. Пароксизмальная: продолжительность до 7 дней, купируется самостоятельно.

3. Персистирующая: продолжительность обычно более 7 дней, самостоятельно не купируется.

4. Постоянная: кардиоверсия (медикаментозная или электрическая) не эффективна или не проводилась.

II. Первичная или «идиопатическая» ФП, выявляемая при отсутствии органических изменений сердца.

Вторичная ФП, связанная с органическими заболеваниями сердца.

Данная классификация является динамичной – ФП может с течением времени менять свой класс. Например, пароксизмальная и персистирующая формы могут чередоваться. Эта классификация в определенной степени устанавливает общие подходы в лечении конкретных больных. Так, в случае *впервые возникшей ФП* необходимо оценить возможную причину и, если это требуется, восстановить ритм. При *пароксизмальной форме* основное внимание уделяется профилактике пароксизмов, при *персистирующих формах* – восстановлению синусового ритма и предотвращению рецидивов. При *постоянной форме* наибольшее значение имеет контроль частоты желудочковых сокращений, уменьшение симптомов и улучшение прогноза прежде всего за счет адекватной профилактики тромбоэмболий.

* www.acc.org; www.americanheart.org; www.escardio.org

III. По частоте желудочковых сокращений выделяют формы:

- радиосистолическую – менее 60 сокращений в мин;
- нормосистолическую – от 60 до 99 сокращений в мин;
- тахисистолическую – от 100 и более сокращений в мин. [3,8,910].

В отличие от ФП, при которой нет их эффективного сокращения, ТП сопровождается регулярным и координированным возбуждением миокарда предсердий и их активной систолой.

Электрокардиографически выделяют 2 типа ТП:

– *Трепетание предсердий 1 типа* («классическое» ТП), регистрируется у 80% больных. Характерно наличие пилообразных, с выраженной отрицательной или положительной фазой волн трепетания (F) в отведениях II, III, aVF, с частотой от 250 до 350 в мин.

– *Трепетание предсердий 2 типа* («атипичное» ТП), отличается более выраженной активацией предсердий (с 340 до 430 в мин) при различной морфологии волн F. Данный вид ТП не купируется стимуляцией предсердий и рассматривается как переходная форма от трепетания к фибрилляции предсердий.

Причины ФП/ТП

Сердечные:

- застойная сердечная недостаточность
- клапанные пороки сердца (особенно поражение митрального клапана)
- артериальная гипертензия
- инфаркт миокарда
- перикардиты, миокардиты
- врожденные пороки сердца

- гипертрофическая кардиомиопатия
- WPW– синдром
- состояния после сердечно-сосудистых вмешательств (этот вид нарушений ритма отмечается у 25-30% больных, перенесших аортокоронарное шунтирование).

Некардиогенные:

- тиреотоксикоз
- феохромоцитома
- электролитные нарушения (гипокалиемия)
- чрезмерное потребление алкоголя (в том числе так называемое «holiday heart» – синдром «праздничного» сердца)
- употребление ряда веществ (в том числе кокаина)
- острые и хронические заболевания легких (пневмонии, острые эмболии артерий, хронические обструктивные заболевания).

Прогностические факторы, ассоциируемые с высоким риском развития этих аритмий:

- увеличение левого предсердия (более 4,5 см);
- систолическая дисфункция ЛЖ;
- гипертрофия ЛЖ (или диастолическая дисфункция другой природы);
- клапанная патология (чаще всего митральный стеноз, митральная регургитация особенно кальциноз кольца митрального клапана);
- тяжелые нарушения аортального клапана (за счет дисфункции ЛЖ);
- врожденные пороки сердца (в том числе и после хирургических вмешательств).

Известно, что примерно в 1/3 случаев ФП протекает асимптомно или малосимптомно. В большинстве же случаев ФП возникает *сердцебиение, одышка*, которые нередко усугубляют и провоцируют развитие *стенокардии, сердечной недостаточности, синкопальных эпизодов*.

В основе этих симптомов лежат выраженные изменения гемодинамики, обусловленные:

- увеличением частоты желудочковых сокращений,
- «потерей» систолического вклада,
- нерегулярностью сердечного ритма (со снижением сердечного выброса и увеличением потребления кислорода – своеобразное явление постэкстрасистолической потенциации),
- потерей физиологического контроля частоты сердечных сокращений, следствием которой является выраженное снижение толерантности к физической нагрузке.

Основная причина увеличения летальности у больных с ФП связана с

высокой частотой кардиогенных инсультов, риск которых у больных с клапанными ревматическими пороками сердца в 17 раз выше, чем в общей популяции. Причем более чем в 70% случаев причиной эмболии является тромбоз левого предсердия и более чем 90% эмболов «рождаются» в ушке ЛП.

Факторы риска развития тромбоэмболических осложнений у больных с ФП:

- увеличение ЛП,
- дисфункция ЛЖ,
- наличие тромбов предсердий или эффектов спонтанного контрастирования при чреспищеводной ЭхоКГ.

Наличие митральной регургитации несколько снижает риск инсульта, поскольку стаз крови нарушается высоким давлением обратного потока крови в предсердие.

Основные направления лечения ФП/ТП

- установление причины и воздействие на нее
- восстановление синусового ритма
- контроль частоты желудочковых сокращений
- предупреждение рецидивов аритмии
- профилактика тромбоэмболических осложнений
- хирургическое лечение
- комбинация терапевтического и хирургического лечения.

1. Восстановление синусового ритма

Основное противопоказание к восстановлению синусового ритма (СР) – наличие неорганизованного внутрисердечного тромба (тромбов). На высокую вероятность тромбообразования указывает спонтанное эхоконтрастирование, наблюдаемое при снижении скоростей наполнения и опорожнения ушка ЛП, а также при наличии систолической и диастолической дисфункции ЛЖ.

Относительные противопоказания для купирования ФП:

- Пороки сердца, подлежащие хирургической коррекции.
- Малый (менее 6 мес.) срок с момента проведения хирургической коррекции порока сердца.
- Активность ревматического процесса 2-й-3-й степени (неустранимая).
- Артериальная гипертензия 3-й степени.
- Сопутствующий тиреотоксикоз (неустранимый).
- Возраст старше 65 лет у больных с пороками сердца и 75 лет у больных ИБС.
- Хроническая СН 3-й стадии.

– Кардиомегалия (cor bovinum). Значительное расширение предсердий (атриомегалия) у больных с митральным пороком сердца, далеко зашедшей дилатационной кардиомиопатией, аневризмой ЛЖ и другими заболеваниями, осложнившимися недостаточностью кровообращения.

– Давность настоящего эпизода ФП более 3 лет.

– Частые (1 раз в мес. и чаще) приступы ФП перед ее настоящим эпизодом, требовавшие внутривенного введения антиаритмиков или электрической кардиоверсии. В этой ситуации восстановление синусового ритма не решает вопроса дальнейшей тактики лечения больного.

– Ожирение 3-й степени.

– Предшествующий появлению данного эпизода ФП синдром слабости синусового узла (с выраженными клиническими проявлениями)

– Брاديкардитическая форма ФП с редкими желудочковыми ответами, в особенности у пожилых больных, не принимавших дигиталис, верапамил или β-блокаторы. У многих из них после восстановления синусового ритма появляется выраженная синусовая брадикардия как проявление синдрома слабости синусового узла. ФП предпочтительно сохранить, так как она в этом случае является как бы «самоизлечением» больного.

Экстренное восстановление СР показано, когда ФП/ТП сопровождается тяжелой сердечной недостаточностью (сердечная астма, отек легких), гипотензией (систолическое давление менее 90 мм рт.ст.), нарастанием болевого синдрома и/или усугублением ишемии миокарда.

Успех кардиоверсии (КВ) сомнителен при:

- увеличении левого предсердия более 50 мм,
- хронической ФП (более 12 месяцев),

– тяжелой левожелудочковой недостаточности,

- ревматическом поражении сердца и пороках митрального клапана,
- обструктивной болезни легких,
- пожилым возрастом больных,
- дисфункции синусового узла,
- неэффективности предшествующей ААТ.

При решении вопроса о КВ требуется оценить срочность проведения, ее вид и возможные осложнения. Наибольшую опасность при КВ представляет вероятность тромбоэмболий, возникающих почти в 5,4% случаев, если не проводилась антикоагулянтная терапия. Для снижения риска эмболий у пациентов с длительностью ФП более 24-48 ч общей рекомендацией является проведение антикоагулянтной терапии (варфарин или фенилин) в течение 3 недель до и 4 недели после КВ (поддержание МНО на уровне 2,0-3,0). Альтернативным решением является антикоагулянтная терапия внутривенно гепарином (увеличение АЧТВ в 1,5-2 раза по сравнению с контрольным значением) или непродолжительный прием непрямого антикоагулянта (доведение МНО до 2,0-3,0), затем проведение трансэзофагальной эхокардиографии, и если исключено наличие тромбов в предсердиях (в 95% случаев они локализируются в ушке левого предсердия), то возможно раннее проведение КВ с последующим приемом непрямого антикоагулянта в течение 4 недель после восстановления синусового ритма.

Следует избегать проведения КВ на фоне терапии сердечными гликозидами, так как высок риск появления триггерной желудочковой аритмии. Если КВ проводится экстренно, то для снижения риска желудочковых аритмий рекомендуется вводить лидокаин.

Таблица 2

Препараты, используемые для урежения ритма желудочков у больных с ФП или ТП перед кардиоверсией и не имеющих дополнительных путей проведения возбуждения

Препарат	Внутривенное введение, прием внутрь			
	Доза	Начало действия /доза		Время действия
Верапамил	0,075-0,15 мг/кг в течение 2 мин	3-5 мин	80-120 мг	30-60 мин
Дилтиазем	0,25 мг/кг в течение 2 мин	2-7 мин	90-120 мг	30-60 мин
Пропранолол	0,15 мг/кг в течение 6-10 мин	5 мин	40-80 мг	30-60 мин
Метопролол	2,2-5,0 мг в течение 2 мин, далее повторно до общей дозы 10-15 мг	3-5 мин	50-100 мг	30-60 мин
Дигоксин*	0,25 мг каждые 2 ч, до общей дозы 1,5 мг	2 ч	Поддерживающая доза 0,125-0,25 мг в день	

* Только у больных сердечной недостаточностью

Таблица 3

Препараты, используемые для фармакологической кардиоверсии

Препарат	Способ применения	Доза
Амиодарон*	Внутрь	В стационаре: 1,3-1,8 г/сут, разделив на 2-4 приема (общая доза до 10 г). Амбулаторно: 600-800 мг/сут, разделив на 3-4 приема, общая доза до 10 мг в течение нескольких дней.
	Внутривенно	Инфузия 5-7 мг/кг в течение 30-60 мин, далее при необходимости 1,2-1,8 г/сут (50 мг/ч) Общая доза до 10 г
Пропафенон*	Внутрь	450-600 мг
	Внутривенно	1,5-2,2 мг/кг в течение 10-20 мин
Этацизин**	Внутрь	25-50 мг на прием
Аллапинин**	Внутрь	25-37,5-50 мг на прием
Новокаинамид***	Внутривенно	Инфузия 20 мг/мин до достижения эффекта или появления гипотонии, уширения QRS > 50%. Общая доза 17 мг/кг
Хинидин***	Внутрь	0,75-1,5 г, разделив на 3-5 приемов, принять в течение 6-12 часов

* В международных рекомендациях отнесены в группу с доказанной эффективностью.

** Препараты, которые используются в России.

*** Препараты в международных рекомендациях отнесены в группу, которая имеет меньше доказательств пользы.

Электрическая кардиоверсия

КВ выполняется натошак под адекватной общей анестезией, предпочтение отдается короткодействующим анестетикам. Электрический разряд следует синхронизировать с QRS комплексом. Начальная наносимая энергия начинается с 200 J с пошаговым увеличением на 100 J до достижения максимума в 400 J. Трепетание предсердий часто купируется разрядом низкой энергии (50-100 J). Для избежания миокардиального повреждения интервал между двумя разрядами должен быть не менее 1 мин.

Фармакологическая кардиоверсия

Наиболее эффективна, если проводится в пределах 24-48 ч с момента возникновения аритмии. Фармакологической кардиоверсии с помощью препаратов 1 класса (этацизин, аллапинин, новокаинамид, хинидин) должно предшествовать внутривенное или пероральное назначение β -блокаторов или антагонистов кальция, они не только урежают частоту сердечного ритма, но и повышают эффективность препарата 1-го класса.

Новые препараты III классы – дофетилид (125-500 мкг 2 раза в день, доза зависит от клиренса креатинина), ибутилид (1,0 мг в/в введение за 10 мин, при необходимости повторное введение 1,0 мг), использование только в специализированных отделениях при постоянном мониторингировании ЭКГ, а также препарат 1 С класса –

флекаинид (в/в введение 1,5-3,0 мг/кг за 10-20 мин или внутрь 200-300 мг однократно).

Купирование пароксизма у больных с сердечной недостаточностью или фракцией выброса (ФВ) менее 40% целесообразно проводить в основном амиодароном. Флекаинид, ибутилид, хинидин и пропафенон у больных с ИБС, СН или ФВ менее 40% использовать с осторожностью или не применять.

Применение верапамила, дилтиазема и сердечных гликозидов противопоказано больным с ФП/ТП и синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта. При наличии синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта ФП/ТП и нормальной сократительной функции миокарда левого желудочка используют амиодарон, новокаинамид, пропафенон, флекаинид, соталол.

У больных с сердечной недостаточностью и ФВ менее 40% – амиодарон или электрическая кардиоверсия. Деструкция дополнительных путей АВ проведения показана при тяжелых, осложненных приступах ФП/ТП и особенно, если они не поддаются лечению антиаритмическими. В ряде стран более широкие показания к деструкции дополнительных путей предсердно-желудочкового проведения.

У больных с острым инфарктом миокарда ФП возникает в основном в первые сутки заболевания. Когда тахикардия сопровождается тяжелой СН, гипотензией, нарастанием болевого синдрома, показано немедлен-

ное проведение ЭИТ. Если частота желудочковых сокращений при ФП/ТП менее 100 ударов в мин и хорошо переносится, антиаритмическую терапию можно не проводить. При тахикардии с сердечной недостаточностью используют дигоксин или амиодарон, при отсутствии дисфункции левого желудочка, бронхобструктивных поражений легких или АВ блокады используют β -блокаторы. Для восстановления синусового ритма используют амиодарон. После спонтанного прекращения или купирования ФП/ТП в остром периоде инфаркта миокарда в большинстве случаев не требуется профилактическая антиаритмическая терапия [2,6,7].

2. Фармакологический контроль частоты сердечных сокращений

Если восстановление синусового ритма больному противопоказано или было безуспешным, необходим контроль частоты сердечных сокращений при ФП. Рекомендуется поддерживать частоту сокращений желудочков в диапазоне от 60-80 в мин в покое и до 90-120 в мин при умеренной физической нагрузке. Контроль за частотой сокращения желудочков осуществляется внутривенным введением или пероральным приемом верапамила, дилтиазема, бета-блокаторов, в/в введением сердечных гликозидов, амиодарона.

β -блокаторы: более предпочтительны у лиц со стенокардией, больных, перенесших инфаркт миокарда, или в ситуациях, где высока вероятность гиперсимпатикотонии.

Назначают с низких доз с последующим и титрованием, а при наличии клинических проявлений СН – после стабилизации состояния больного.

Дигоксин: целесообразно применять только у двух групп больных с ФП:

- пожилые, малоподвижные больные,
- больные со сниженной сократительной функцией ЛЖ (застойная сердечная недостаточность или ФВ менее 40%).

Антагонисты кальциевых каналов: верапамил и дилтиазем. Целесообразно использовать у больных с бронхообструктивными заболеваниями.

Другие антиаритмические препараты: Амиодарон, обычно как препарат резерва для контроля ЧСС, когда другие общепринятые меры неэффективны.

Новые антиаритмические препараты III класса (дофетилид, ибутилид) эффективны для острой конверсии ФП и ТП, но не эффективны для контроля ЧСС.

Комбинированная терапия антиаритмиками: требует особенно тщательного наблюдения за больным. Лечение начинают с половинных доз.

3. Профилактика рецидива фибрилляции и трепетаний предсердий

В случаях, когда ФП быстро рецидивирует после КВ, необходимо начинать лечение ААП. В случаях редких рецидивов рекомендуется повторять КВ без поддерживающей терапии.

Факторы риска рецидива:

- пожилой возраст,
- артериальная гипертензия,
- увеличение левого предсердия,
- дисфункция ЛЖ или СН,
- более 1 пароксизма в течение месяца,
- аритмия, сохраняющаяся более 3 мес.,
- наличие порока сердца.

В большинстве случаев больным с рецидивирующей пароксизмальной и персистирующей фибрилляцией предсердий **при отсутствии клинических симптомов** аритмии или незначительной их выраженности нет необходимости назначать антиаритмические препараты. Если выражены клинические симптомы, то требуется противорецидивная и купирующая терапия, сочетающаяся с контролем ЧСС и антитромботическим лечением.

Противорецидивную терапию у **больных без патологии сердца** или с его минимальными структурными изменениями следует начинать с препаратов (мг/сут.):

- пропафенон – 450,
- флекаинид – 200,
- аллапинин – 75,
- соталол – 160,
- этаизин – 150.

Они достаточно эффективны и лишены выраженных экстракардиальных побочных действий. Если перечисленные антиаритмики не предотвращают рецидивов ФП/ТП или их использование сопровождается побочными эффектами, нужно переходить к назначению амиодарона 100-400 мг/сут и дофетилида 500-1000 мг/сут.

У больных с так называемой «ад-ренергической» ФП целесообразно начинать терапию с препаратов, обладающих β-блокирующим действием, включая соталол и амиодарон. А при «вагусной» ФП целесообразно назначение дизопирамида. Лечение ФП и ТП у больных с застойной сердечной недостаточностью, как правило, ограничивается использованием амиодарона.

Для пациентов с ИБС рекомендуемая последовательность назначения антиаритмиков следующая:

- 1) соталол;
- 2) амиодарон, дофетилид;
- 3) дизопирамид, новокаиномид, хинидин.

Артериальная гипертензия, приводящая к гипертрофии миокарда ЛЖ, увеличивает риск развития полиморфной желудочковой тахикардии «torsades de pointes». В связи с этим для предупреждения рецидивов ФП/ТП у больных с повышенным артериальным давлением отдается предпочтение антиаритмическим препаратам, существенно не влияющим на продолжительность реполяризации и интервала QT (1С класс), а также амиодарону, хотя и удлиняющему его, но крайне редко вызывающему желудочковую тахикардию.

Таким образом, если при артериальной гипертензии:

- 1) гипертрофия миокарда ЛЖ 1,4 см и более – использовать только амиодарон;
- 2) гипертрофии миокарда ЛЖ нет или она менее 1,4 см – начинать лечение с пропафенона, флекаинида (иметь в виду возможность применения отечественных антиаритмиков 1С класса аллапинина и этаизина), а при их неэффективности использовать амиодарон, дофетилид, соталол. На следующем этапе лечения (неэффективность или появление побочных действий у вышеперечисленных препаратов) назначают дизопирамид, новокаиномид, хинидин.

У больных с синдромом слабости синусового узла, пароксизмами фибрилляции и трепетания предсердий (синдром брадикардии-тахикардии) имеются расширенные показания для имплантации электрокардиостимулятора. Постоянная электрокардиостимуляция показана таким пациентам как для лечения симптоматической брадиаритмии, так и для безопасного проведения профилактической и/или купирующей антиаритмической терапии. Если у больного с синдромом слабости синусового узла (СССУ) без ЭКС развивается пароксизм тахикардии с невысокой ЧСС, то при отсутствии нарушений гемодинамики целесообразно проводить наблюдение до спонтанного прекращения приступа. При высокой частоте желудочковых сокращений (более 120 в мин) ее урежают в/в введением сердечных гликозидов. Для предупреждения и купирования приступов ФП и ТП у больных без ЭКС можно использовать антиаритмики 1А

класса, обладающие холинолитическим действием (дизопирамид, новокаиномид, хинидин), целесообразно проводить под прикрытием временной ЭКС. Электроимпульсная терапия является более безопасным методом купирования, чем назначение антиаритмических средств у больных с СССУ.

4. Профилактика тромбозомболических осложнений

Метаанализ всех исследований по первичной и вторичной профилактике инсультов показал, что риск развития последних непрямыми антикоагулянтами (варфарин) уменьшают на 47-79% (в среднем на 61%), а аспирин – немногим более чем на 20%. При этом необходимо отметить, что при применении аспирина статистически значимое снижение частоты случаев ишемического инсульта и других системных эмболий возможно только при довольно высокой дозе препарата – 325 мг/сут.

Рекомендации по антитромботической терапии различных групп больных с ФП/ТП в зависимости от уровня риска тромбозомболических осложнений

- возраст менее 60 лет (нет заболеваний сердца) – аспирин 325 мг/сут или отсутствие лечения;
- возраст менее 60 лет (есть заболевание сердца, но нет таких факторов риска, как застойная сердечная недостаточность, ФВ 35% и менее, артериальная гипертензия) – аспирин 325 мг/сут.;
- возраст 60 лет и более (сахарный диабет или ИБС) – пероральные антикоагулянты (варфарин) (Международное нормализованное отношение – МНО 2,0-3,0);
- возраст 75 лет и более (особенно женщины) – пероральные антикоагулянты (МНО до 2,0);
- сердечная недостаточность – пероральные антикоагулянты (МНО 2,0-3,0);
- ФВ ЛЖ 35% или менее – пероральные антикоагулянты (МНО 2,0-3,0);
- тиреотоксикоз – пероральные антикоагулянты (МНО 2,0-3,0);
- артериальная гипертензия – пероральные антикоагулянты (МНО 2,0-3,0);
- ревматические пороки сердца (митральный стеноз) – пероральные антикоагулянты (МНО 2,5-3,5 или более);
- искусственные клапаны сердца – пероральные антикоагулянты (МНО 2,5-3,5 или более);

• тромбоэмболия в анамнезе – пероральные антикоагулянты (МНО 2,5-3,5 или более);

• наличие тромба в предсердии, по данным ТПЭхоКГ – пероральные антикоагулянты (МНО 2,5-3,5 или более).

$$\text{МНО} = \frac{\text{протромбиновое время больного}}{\text{протромбиновое время нормальной плазмы}} \cdot \text{мич}$$

где мич – международный индекс чувствительности.

Международное нормализованное отношение должно контролироваться в начале терапии непрямыми антикоагулянтами не реже 1 раза в неделю, а в последующем – ежемесячно [4,7].

5. Нефармакологические методы лечения ФП и ТП

Транспульсированная или эндокардиальная ЭКС предсердий

Трепетание предсердий (1 тип) может быть купировано или переведено в ФП частотой транспульсированной или эндокардиальной ЭКС предсердий, назначается стимуляция продолжительностью 10-30 сек с частотой импульсов, превышающей на 15-20% частоту предсердных сокращений, т.е. 300-350 (400) импульсов в минуту.

Электрокардиостимуляция и имплантируемые устройства профилактики ФП

У ряда больных с сопутствующей брадикардией, дисфункцией синусового узла частота рецидивов ФП значительно снижается при использовании нужных режимов электрокардиостимуляции. При использовании одноканальной стимуляции предпочтителен режим AA1, при котором, по данным проспективных рандомизированных исследований, частота ФП, смертель-

ных исходов и тромбоэмболических осложнений была существенно ниже, чем при VVI-стимуляции. Показания к имплантации ЭКС у данной категории больных с сопутствующими брадиаритмиями можно отнести к разряду «обычных».

Имплантируемые дефибрилляторы

С помощью имплантированного предсердного кардиовертера-дефибриллятора удается восстановить синусовый ритм у 93% больных. При этом установлено, что чем быстрее пароксизм купирован, тем продолжительнее межприступный период. Однако плохая переносимость электрических разрядов ограничивает применение этого метода в широкой практике.

Хирургические методы лечения

У больных с ФП, которым показано хирургическое лечение порока сердца или ИБС, одновременно может быть проведено хирургическое вмешательство на предсердиях с целью прерывания циркуляции эктопического волны возбуждения путем рассечения миокарда предсердий – операция «лабиринт».

Катетерная абляция

– Радиочастотная абляция (РЧА) АВ соединения – создание полной поперечной блокады приводит к необходимости имплантации ЭКС и поэтому является паллиативной операцией.

– Модификация АВ соединения – является методом выбора для нефармакологического контроля желудочковых сокращений у пациентов с ФП или ТП (модификация антеградного проведения через АВ узел). Отдаленный успех достигают в 70% случаев, в 30% случаев необходимы либо повторные процедуры, либо абляция АВ узла. РЧА эктопического очага, генерирующего

возникновение фибрилляции, предупреждает или уменьшает частоту возникновения приступов. Эффективность данного метода значительно выше у больных с трепетанием предсердий.

– Абляция эктопического очага. Большинство пациентов имеют фокус предсердной тахикардии, локализованный внутри устьев легочных вен. РЧА этого фокуса успешно предотвращает ФП. Эффективность данного метода значительно выше у больных с ТП 1 типа. Однако воздействие внутри и вблизи устьев легочных вен может привести к стенозу или окклюзии вен, тромбоэмболии [3,5,11].

Литература

1. Ардашев А.В. Трепетание предсердий. – М.: Экономика, 2001.
2. Ардашев В.Н., В.И. Стеклов. Лечение нарушений сердечного ритма // Медпрактика. – М., 2000.
3. Бокерия Л.А., Голухова Е.З. Трудные вопросы аритмологии // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – 2001. – Т. 2, №2.
4. Бунин Ю.А. Лечение тахикардий сердца // Практическая кардиология. – 2003.
5. Бокерия Л.А., Голуховой Е.З. Лекции по кардиологии. – М.: Изд-во НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2001.
6. Бокерия Л.А. Лекции по сердечно-сосудистой хирургии. – М.: Изд-во НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2001.
7. Голицын С.П. Лекции РКНПК МЗ РФ. – 2003.
8. Мазур Н.А. Пароксизмальные тахикардии // Медпрактика. – М., 2005.
9. Кушаковский М.С. Фибрилляция предсердий. – СПб., 1999.
10. Кушаковский М.С. Аритмии сердца. – СПб., 1999.
11. Ревизишвили А.Ш. Хирургическое лечение фибрилляции предсердий. Лекции. – 2003.
12. Чирейкин Л.В., Татарский Б.А. Тактика ведения больных с фибрилляцией предсердий // Вестник аритмологии. – 1999. – №12.

Н.Г. Павлов, Г.И. Алексеева, М.В. Черных

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА

Создание нового, в том числе и новых методов диагностики, возможно только на основе фундаментальных разработок. Становление и совершенствование генодиагностики яркий пример тому. Начиная с 1953г., когда Дж. Уотсон и Ф. Крик опубликовали работу,

посвященную структуре ДНК, стало ясно, что основной принцип, лежащий в основе всего живого – принцип комплиментарности [4].

Открытие Нобелевскими лауреатами Уотсоном и Криком (1953) принципа и механизма кодировки генетической информации в структуре нуклеиновых кислот было предпосылкой для исследований еще одного Нобелевского лауреата Кери Мюллиса, приведших к внедрению полимеразной цепной реакции (ПЦР) и других молекулярно-биологических методов (ДНК-

зонды, обратнo-транскриптазная ПЦР, лигазная цепная реакция и т.д.) в клиническую лабораторную аналитику. В результате внедрения различных вариантов молекулярно-биологических методов клиническая генетика обрела достаточно прочную лабораторную базу, что значительно расширяет перспективы использования в практической клинической медицине диагностических и прогностических сведений о нарушениях генов и их экспрессии при широком круге форм патологии. Эти методы поставили на новую основу

ПАВЛОВ Николай Герасимович – к.вет.н., с.н.с. ГУ НПЦ «Фтизиатрия» МЗ РС(Я); АЛЕКСЕЕВА Галина Ивановна – к.м.н., зав. лаб. ГУ НПЦ «Фтизиатрия»; ЧЕРНЫХ Марина Валерьевна – с.н.с. ГУ НПЦ «Фтизиатрия».

диагностику ряда инфекционных болезней как бактериальной так и вирусной природы, опухолевых поражений, идентификации личности [6].

Особенно большие успехи в этой области были достигнуты в последние несколько десятилетий. Быстрое развитие и углубление этого направления медицинской микробиологии было обеспечено в первую очередь фундаментальными исследованиями в области химии, иммунологии и генетики. В последнее время начинают разрабатывать методы, которые можно объединить понятием «генодиагностика».

Генодиагностика – это комплекс методов, которые позволяют обнаруживать гены или последовательности нуклеиновой кислоты, специфичные для определенного вида возбудителя инфекционного заболевания. Генодиагностика – относительно новый раздел диагностики, возникший гораздо позже методов, основанных на микробиологических и иммунологических принципах. Поэтому возможности и области применения этого метода еще не всегда хорошо известны микробиологам и эпидемиологам. В связи с этим целью данного обзора является рассмотрение современного состояния генодиагностики и областей ее применения. По нашему мнению, это позволит показать, что генодиагностика возникла не для того, чтобы потеснить имеющиеся микробиологические и иммунологические методы, а наоборот, для того, чтобы дополнить их, решая те задачи и работая в тех областях диагностики инфекционных заболеваний, которые ранее были недоступны классическими методами [2].

Рассматриваются следующие проблемы инфекционной патологии в решении которых генодиагностика заняла ведущие позиции:

1. Диагностика хронических инфекционных состояний, обусловленных персистенцией бактерий и вирусов.

2. Мониторинг объектов окружающей среды для выявления и изучения возбудителей сапронозов, которые, находясь во внешней среде в «некультивируемом» состоянии, способны сохраняться, переживая неблагоприятные внешние условия.

3. Использование генодиагностики для определения антибиотикорезистентности у медленно растущих и трудно культивируемых бактерий.

4. Методы генодиагностики коренным образом изменили способы маркирования штаммов для целей эпидемиологического анализа, тем самым принципиально расширив его возможности [3].

Следующим шагом фундаментальной науки – молекулярной биологии гена, было создание способа исследования – полимеразная цепная реакция, позволяющего преодолевать не только вышеперечисленные трудности, но и открывающего новые возможности для лечения и эпидемиологического анализа инфекционных заболеваний.

Принцип ПЦР был описан в 1986г. К. Мюллисом. В основе этого метода лежит многократное копирование с помощью фермента ДНК – полимеразы определенного фрагмента ДНК, который является маркерным для данного вида. Механизм копирования таков, что комплементарное достраивание нитей может начаться не в любой точке последовательности ДНК, а только в определенных стартовых блоках (коротких двунитевых участках). Для создания стартовых блоков в заданных участках ДНК используют затравки, представляющие собой олигонуклеотиды длиной около 20 н.п. (нуклеотидная последовательность), называемые также праймерами. Праймеры комплементарны последовательностям ДНК на левой и правой границах специфического фрагмента и ориентированы таким образом, что синтез ДНК, осуществляемый ДНК – полимеразой, протекает только между ними.

Метод ПЦР основан на ферментативной амплификации выбранных специфических участков генома бактерий рода *Mycobacterium* (*M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*, *M. microti*), их дальнейшей детекции и идентификации. Аналитическая чувствительность метода, определяемая при последовательных разведениях суспензии бактериальных клеток, очень высока и составляет от 1 до 5 фг микобактериальной ДНК, что эквивалентно выявлению 1-10 бактериальных клеток [9].

Совместное использование в ПЦР-анализе 2 или 3 систем амплификации позволило повысить чувствительность определения до 98%. В то же время при исследовании 3 образцов от каждого пациента чувствительность метода достигала 100%. ПЦР-анализ обладает высокой специфичностью и позволяет проводить избирательную амплификацию генетического материала только бактерий МБТ. Так, при исследовании штаммов 29 видов рода *Mycobacterium* и 57 видов других микроорганизмов положительные результаты были получены лишь со штаммами МБТ. Аналогичным образом проводили испытания клинических образцов. Положительные результаты были получены для вида *M. tuberculosis*.

Результаты ПЦР-анализа материалов, полученных от нетуберкулезных больных, были отрицательными. Для еще большей надежности результатов анализа некоторые исследователи используют системы для амплификации 3 участков генома *M. tuberculosis*. Как правило, все 3 системы работают одинаково только при детекции бактерий МБТ. В среднем уровень специфичности ПЦР-анализа *M. tuberculosis* составляет 99,8-100% [4].

Метод ПЦР может быть также полезен для идентификации микобактерий в эпидемиологических исследованиях. Так, выявление вариаций в последовательности гена, кодирующего белок 32кД, а также в последовательности, разделяющей гены 16S и 23S РНК, позволяет проводить идентификацию различных видов МБТ и штаммов одного вида.

Самым существенным фактором, обеспечивающим успешное лечение больных туберкулезом, является контроль над эффективностью действия лекарственных препаратов. Для оценки терапии метод ПЦР оказался одним из самых эффективных. Так, например, после проведенной терапии, в то время как результаты культурального и микроскопического методов были отрицательными, путем ПЦР удалось обнаружить МБТ в 27% образцов через 2 мес. после начала лечения, в 13% – через 3 мес. и в 7% – через 6 мес. лечения.

Особое значение в наши дни приобрела проблема широкого распространения вирулентных штаммов возбудителя, резистентных к двум и более основным противотуберкулезным препаратам. Метод ПЦР оказался полезным не только для детекции МБТ, но и для быстрого определения антибиотикоустойчивости клинических изолятов. С этой целью используют системы для амплификации генов, кодирующих устойчивость к лекарственным препаратам, наиболее часто применяемым для противотуберкулезной терапии: рифампицину, офлоксацину, изониазиду или флуорохинолину. В общей сложности, согласно данным некоторых исследователей, обнаружены 7 генов, ассоциированных с антибиотикорезистентностью у *M. tuberculosis*. Их идентификация позволяет определить устойчивость к лекарственным препаратам за 48 часов.

Все вышеизложенное свидетельствует о широчайших возможностях метода. Внедрение ПЦР-технологии в широкую медицинскую практику позволяет осуществлять диагностику на качественно новом уровне [4,9].

С внедрением этих методов повы-



Этапы бактериологической диагностики туберкулеза

силась доказательность результатов исследований, ускорился процесс получения лабораторной информации [6]. Прежде всего это касается бактериологической диагностики – обнаружения МБТ, новые этапы которой приведены на рисунке (традиционные методы диагностики здесь не упоминаем, т. к. они хорошо известны).

Как совершенно новое направление в диагностике туберкулеза следует назвать применение микрочипов, созданных на основе биологической ткани. Суть метода заключается в том, что на небольшой площади биологического микрочипа могут быть иммобилизованы тысячи индивидуальных веществ, служащих диагностическими пробами (эталоны) для обнаружения требуемого вещества в самых минимальных количествах. Таким образом, в качестве эталона могут быть использованы генетические признаки МБТ, определяющие их вид, штамм, резистентность к противотуберкулезным препаратам и др., при сравнении с которыми в автоматическом режиме могут быть оценены те же признаки каждого штамма МБТ, полученного от обследуемого на предмет выявления туберкулеза [7].

Переходя к возможностям генной терапии, полезно дать определение этого довольно широкого понятия. Концепция генной терапии существует уже на протяжении последних десятилетий. Она заключается в том, что наиболее радикальным способом борьбы с разного рода заболеваниями, вызываемыми изменениями генома клеток, должно быть непосредственное исправление или уничтожение самой генетической причины заболевания, а не ее следствий. Причиной может быть мутация в зародыше-

вой линии клеток, которая передается по наследству; соматическая мутация, которая вызывает, например, рак; или это может быть появление в клетке чужеродного генетического материала, например в результате инфекции. Способ борьбы с этими генетическими изменениями заключается в искусственном введении в пострадавшую клетку новой генетической информации, призванной поправить ту, с которой связана болезнь. Одним из подходов, основанных на введении в организм больного новой генетической информации, является создание генетических, точнее химических, конструкций на основе олигонуклеотидов. Роль таких конструкций заключается в образовании комплекса с ДНК или с иРНК, препятствующего прохождению нормальной транскрипции или трансляции и, следовательно, блокированию работы нежелательных генов. Применительно к инфекционной патологии понятие генотерапии можно конкретизировать, добавив, что олигонуклеотиды вводятся в клетку соответствующих органов с целью подавления жизненно важных для микробной клетки, а также вредных, с точки зрения организма хозяина, генов, а именно: 1) детерминирующих синтез факторов патогенности; 2) определяющих антибиотикорезистентность; 3) контролирующих переход в персистирующее состояние, то есть ответственных за хроническое течение инфекции.

В первую очередь, такие подходы могут быть реализованы для патогенных бактерий с множественной лекарственной устойчивостью. Использование этой технологии просматривается в борьбе с туберкулезной инфекцией. Весьма вероятно использование этой технологии для подавления циркуля-

ции персистирующих форм бактерий [5].

К сожалению, молекулярная эпидемиология инфекционных болезней, в частности туберкулеза, находится в России на самых начальных этапах становления. Отсутствуют нормативная и материально–техническая база для проведения подобных исследований. Несмотря на это, в отечественной литературе в последние годы появились публикации, посвященные генотипической характеристике МБТ в России. Опираясь на собственный и зарубежный опыт, сотрудники группы молекулярной биологии С.-Петербургского НИИЭМ им. Пастера и С.-Петербургского НИИФ при участии городского ПТД в 1997г. начали совместное исследование в целях изучения структуры популяции МБТ на территории Северо–Запада России, включая С.-Петербург, выявления заболевших контактов в очагах туберкулезной инфекции, причин и путей распространения MDR (multi drug resistance) – штаммов, оценки роли эндогенной реактивации и реинфекции в патогенезе современного туберкулеза. На сегодняшний день ими изучено около 300 штаммов МБТ. Результаты генотипирования впервые позволили судить о структуре популяции возбудителя туберкулеза в регионе. При исследовании 100 изолятов (62MDR), выделенных в 1996–1999гг. от больных впервые выявленным и хроническим туберкулезом легких, было обнаружено более 70 типов RFLP – паттернов. Из них большинство были индивидуальными, т.е. обнаружены только у одного больного, что характеризует генетическое разнообразие популяции МБТ. Данное исследование свидетельствует о широком распространении штаммов генотипа S1/Beijing, по меньшей мере, на северо–западе европейской части России, включая С.-Петербург. Выделение генетически близкородственных MDR-штаммов семейства Beijing от больных хроническим и вновь выявленным туберкулезом свидетельствует о быстром распространении лекарственно-устойчивого туберкулеза и может служить показателем эпидемиологического неблагополучия в регионе [8].

В настоящее время в мире для оценки эпидемиологической ситуации по различным заболеваниям широко используются методы геномной дактилоскопии. Согласно существующему мнению, генетический полиморфизм отражает различия во времени и месте инфицирования больных туберкулезом. Высокая степень генетического полиморфизма штаммов *M. tuberculosis* в определенном сообществе мо-

жет свидетельствовать о существенном вкладе эндогеннореактивированной туберкулезной инфекции в эпидемический процесс. Российскими учеными обоснована целенаправленность использования молекулярно-биологических методов для оценки клинических штаммов возбудителя туберкулеза по индивидуальной генетической паспортизации циркулирующих штаммов *M. tuberculosis*. Методом геномной дактилоскопии обнаружена значительная генетическая гетерогенность штаммов МБТ, выделенных от больных в разных регионах РФ, обусловленная наличием в клетках микобактерий различного числа копий IS6110 элемента (от 5 до 26) [13].

Изучен генетический полиморфизм клинических штаммов МБТ, выделенных в разных регионах РФ. В работе использовано 27 штаммов МБТ, полученных из лаборатории НИИФ в течение 1996-97гг. Штаммы выделены из мокроты больных с клиническим диагнозом туберкулез легких. Из 27 штаммов 24 обладали лекарственной устойчивостью. Для оценки степени генетического родства клинических штаммов МБТ был использован зонд, выявляющий собственный инсерционный элемент IS6110. Согласно полученным результатам, 100% клинических штаммов имеют уникальные профили рестрикции, что свидетельствует о высокой степени генетического полиморфизма штаммов *M. tuberculosis*, выделенных в разных регионах РФ. Таким образом, использование молекулярно-биологических методов исследования клинических штаммов возбудителя туберкулеза позволяет более объективно оценить состояние эпидемической ситуации путем индивидуальной генетической паспортизации циркулирующих штаммов *M. tuberculosis* [13].

Изложенное, на наш взгляд, является убедительным доказательством необходимости сочетанного использования генотипирования и традиционных методов исследования в целях оптимизации эпидемиологического надзора за туберкулезом и совершенствования противоэпидемических мероприятий [8].

Причины повышения заболеваемости туберкулезом в разных странах несколько различаются. Так, если в РФ основное значение имеет ухудшение социально-экономических условий жизни населения, то в Северной Америке и Западной Европе определенное значение имеет распространение СПИДа. Не вызовет сомнений, что для остановки наблюдаемого в настоящее

время эпидемиологического подъема заболеваемости туберкулезом и предотвращения таких эпизодов в будущем необходимо принятие реальных мер. Считается, что приблизительно 1/3 населения Земли инфицирована МБТ, однако клиническая картина развивается только у 10% инфицированных. Этот факт свидетельствует о наличии мощных механизмов резистентности человека к туберкулезной инфекции.

Ранние эксперименты на чистых линиях мышей выявили существенно различающихся по чувствительности к инфицированию лейшманиями, сальмонеллами и микобактериями. Устойчивый фенотип получил название *Beg r*, чувствительный – *Beg s*. В качестве наиболее вероятного кандидата, определяющего фенотип (устойчивый или чувствительный), рассматривается ген, кодирующий макрофагальный протеин 1, связанный с естественной устойчивостью (NRAMP1 – natural resistance – associated macrophage protein1). Гомологический ген, обнаруженный и у человека, обозначен как NRAMP1. Некоторые варианты этого гена достоверно связаны с высокой чувствительностью к туберкулезу, другие – с относительной устойчивостью. Наиболее вероятно, что ген NRAMP1 определяет неспецифическую устойчивость к туберкулезу в период непосредственно после первичного инфицирования, поскольку соответствующий белок функционирует в макрофагах. Неясно, однако, как влияет указанный ген на формирование бессимптомной персистенции возбудителя в организме человека и на реактивацию инфекции под влиянием факторов окружающей среды. Скорее всего ген NRAMP не является единственным, контролирующим устойчивость человека к туберкулезу, возможна также роль рецепторов к витамину Д. В целом у человека известно более 100 генов, участвующих в инфекционном процессе при туберкулезе [11].

Итак, исход взаимодействия человека и МБТ, вероятно, определяется комплексом генетических факторов и факторов окружающей среды, а также формированием специфического клеточного иммунитета. Можно представить, что в ходе инфекционного процесса происходит «диалог» между геномами человека и микроорганизма [11,19,21].

Но самым большим достижением молекулярной генетики последних лет является расшифровка биологии *M. tuberculosis* из полной геномной последовательности, которая послужит ключом к концепции разработки но-

вых вакцин и антибиотиков. В 1998 г. английскими учеными определена полная нуклеотидная последовательность генома МБТ H37Rv. Геном имеет длину 4411529 п.н., содержит около 4000 генов и имеет очень высокое содержание Г+Ц (65,6%). В геноме имеются 16 копий элемента IS6119 и 6 копий IS1081, а также 2 профага (*phiRv1* и *phiRv2*). МБТ радикально отличается от других бактерий тем, что очень большая часть кодирующей способности посвящена продукции ферментов, участвующих в липогенезе и липолизе. Два новых семейства, богатых остатками белков (PE и PPE) с повторяющейся структурой, могут являться источниками антигенной вариации [15]. Анализ 4000 генов показал существование двух новых семейств белков, не наблюдавшихся ранее. Предполагают, что они лежат в основе генетических вариаций, нарушающих иммунный ответ зараженных людей. Ясно, что бактериальный геном содержит, кроме генов, участвующих в метаболизме липидов, которые представляют собой барьер (клеточную оболочку), особенно эффективный против антибиотиков, многочисленные детерминанты потенциальной устойчивости к этим медикаментам (В-лактомазы, ацетилтрансферазы и т.д.). Полученные данные освещают вопросы разработки новых вакцин и антибиотиков [16,17].

Вакцинация является одним из наиболее эффективных средств профилактики инфекционных болезней, а вакцина БЦЖ – наиболее часто применяемым в мире средством. Ее эффективность можно считать доказанной, однако в ряде случаев, например при легочном туберкулезе у взрослых (наиболее уязвимый контингент в настоящее время), препарат не обеспечивает достаточный уровень защиты. К причинам недостаточной эффективности вакцины БЦЖ относят вариативность как самого живого штамма, так и чувствительной популяции людей, а также возбудителя. Новые подходы (разработка субъединичных вакцин, новых живых аттенуированных штаммов МБТ, ДНК-вакцин), возможно, обеспечат более высокую защитную эффективность будущих препаратов [11,20,21]. Например, исследователями лаборатории генетики микобактерий Института Пастера в 1998 г. идентифицирован первый ген вирулентности *M. tuberculosis* – *hcr*, кодирующий белок поверхности, необходимый для размножения бациллы в клетках хозяина. С помощью методики мутагенеза, разработанной группой под ру-

ководством В. Gicquel, были сконструированы мутантные штаммы МБТ и вакцинного шт. *M. bovis* BCG, у которых инактивирован ген *egr*. Инактивация этого гена, устраняя продукцию белка поверхности, значительно снижает размножение *M. tuberculosis* и *M. bovis* в культуре макрофагов и у мышей. Введение *egr* в мутантные штаммы восстанавливает способность к размножению. Ген *egr* может быть хорошим кандидатом для аттенуации вирулентности МБТ и разработки новых вакцин против туберкулеза, в частности живых аттенуированных вакцин [18].

Изучение фундаментальных основ устойчивости макроорганизма к туберкулезу и использование достижений в этой области для повышения резистентности популяции человека, а также разработка новых вакцин, без сомнения, имеют большое будущее.

К экстренным мерам, препятствующим распространению туберкулеза, относятся организация эффективной диагностики и лечения туберкулеза. Диагностика туберкулеза в настоящее время основана на выявлении в мокроте пациентов кислотоустойчивых бактерий, последующем выделении возбудителя в чистой культуре, его идентификации и оценке чувствительности к противотуберкулезным препаратам. Основным недостатком традиционных методов диагностики туберкулеза является их длительность. Необходимость внедрения методов ускоренного выделения и оценки антибиотикочувствительности микобактерий связана с широким распространением среди них устойчивости к основным противотуберкулезным препаратам. Существенное ускорение выделения микобактерий из клинического материала может быть достигнуто при использовании коммерческих систем с радиометрической или другой автоматизированной регистрацией роста культур. Особенностью механизмов развития антибиотикоустойчивости микобактерий является то, что они практически всегда связаны с мутациями в хромосомных генах, кодирующих мишени действия препаратов. Распространение резистентности с подвижными генетическими элементами имеет ограниченное значение. Такое своеобразие определяется особенностями биологии возбудителя, требующими проведения длительной терапии, что способствует селекции спон-

танных мутаций, обеспечивающих устойчивость микроорганизмов к отдельным антибиотикам. Основываясь на аналогии с другими микроорганизмами, высказываются предположения о наличии у микобактерий свойств гипермутабельности [11]. Доказательством этого является исследование английских ученых (1998). Исследовали 29 штаммов МБТ, резистентных к ряду противотуберкулезных препаратов (DR – TB). Показано, что 19 штаммов являются множественнорезистентными (MDR – TB). При IS6110 – анализе показано, что все изоляты являются уникальными и приобрели MDR независимо. У 79% штаммов резистентность к изониазиду связана с заменой Ser315 – Thr в молекуле KatG. У 95% рифампинрезистентных штаммов выявлены изменения в молекуле RpoB, а у 6 из 11 этамбутолрезистентных – в *EtbB*. У 11 пиразинамидрезистентных штаммов выявлены изолированные мутации в локусе *rpsA*. Подобные взаимосвязи MDR с изменениями в геноме возбудителя туберкулеза выявлены и в штаммах, выделенных в других регионах земного шара [14].

В целом такое заявление выглядит излишне оптимистичным, так как полностью ликвидировать заболеваемость туберкулезом только за счет улучшения диагностики и лечения вряд ли возможно. Речь, конечно, идет только о снижении заболеваемости до приемлемого уровня. Для полной глобальной ликвидации туберкулеза необходимо более глубокое понимание биологии возбудителя и резистентности человека, а также разработки новых вакцинных препаратов. Определенные перспективы разработки новых вакцинных и лечебных препаратов открываются в связи с определением полной нуклеотидной последовательности в нескольких штаммах МБТ. Полученная фундаментальная информация теоретически обнаружит ведущие факторы вирулентности микобактерий и мишени для действия как вакцинных, так и антимикробных препаратов [11].

Безусловно, все представленные направления требуют дальнейшей работы, но уже сейчас совершенно очевиден мощный потенциал данных технологий для решения фундаментальных, а затем и прикладных задач медицинской микробиологии и инфекционной патологии человека [5].

Литература

1. Воробьев А.А. // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. – 1999. – №5. – С. 16.
2. Гинцбург А.Л. // Клин. лаб. диагностика. – 1997. – №5. – С. 43.
3. 00.05-04Б5.52. Гинцбург А.Л. // Р.Ж. – Медицина. Туберкулез. – 2000. – №5. – Р. 7.
4. Гинцбург А.Л. // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. – 1998. – №3. – С. 86.
5. Гинцбург А.Л., Зигангиров Н.А., Романова Ю.М. // Там же. – 1999. – №5. – С. 22.
6. Меньшиков В.В. // Клин. диагностика. – 2000. – №3. – С. 25 – 42.
7. Морозов А.М., Литвинов В.И. // Там же. – 1999. – №11. – С. 43.
8. Нарвская О.В., Мокроусов И.В., Лимченко Е.В., и др. // Б.Ц.Ж. – 2000. – №7-8. – С. 4-6.
9. Радюк С.Н., Рыжов К.А., Мацевич Г.Р. // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. – 1998. – №3. – С. 95.
10. Степашина В.Н., Манзенюк О.Ю., Шемякин И.Г. и др. // Там же. – 2000. – №6. – С. 61 – 64.
11. Сидоренко С.В. // Р.Ж. Медицина. Туберкулез. – 2000. – №3. – С. 2 – 5.
12. Тимофеева А.В., Скрыпина Н.А., Савочкина Л.П. // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. – 2000. – №2. – С. 6 – 8.
13. Шемякин И.Г., Степашина В.Н., Манзенюк О.Ю. // Там же. – 2000. – №2. – С. 8-11.
14. 00.01-04Б5.83. Escalante P., Ramaswamy S., Sanabria H., Soini H., Pan X., Valiente-Castillo O., Musser J.M. // Р.Ж. Медицина. Туберкулез. – 2000. – №1. – Р. 12.
15. 00.03-04Б5.14. Cole S.T., Brosch R., Parkhill J. // Р.Ж. Медицина. Туберкулез. – 2000. – №3. – Р. 2.
16. 00.04-04Б5.10. Cole S., Barrell B. // Р.Ж. Медицина. Туберкулез. – 2000. – №4. – Р. 2.
17. 00.03-04Б5.15. Zumarraga Martin, Bigi Fabiana, Alito Alisia, Romano Maria I., Cataldi Angel. // Р.Ж. Медицина. Туберкулез. – 2000. – №3. – Р. 3.
18. 01.01-04Б5.12. Бацилла туберкулеза: идентификация гена вирулентности могла бы вывести на новые вакцины. Bacilli de la tuberculose: L'identification d'un gene de virulence pourrait deboucher sur de nouveaux vaccins. Lett. Inst. Pasteur. 1998. №24. С. 3. Фр. // Р.Ж. Медицина. Туберкулез. – 2001. – №1. – Р. 2.
19. 00.05-4Б5.20. North Robert J., Medina Eva. // Р.Ж. Медицина. Туберкулез. – 2000. – №5. – Р. 3.
20. 98.07-04Б5.45. Adam Mc. // Р.Ж. Медицина. Туберкулез. – 1998. – №7. – Р. 9.
21. 00.02-04Б5.6. Туберкулез, генетическая основа, окружающей среды и их взаимодействие. Tuberculose, terrain genetique, environnement: Quelles sont leurs interactions? M/S: Med. sci. 1998. 14, №8-9. С. 960-961. Фр. // Р.Ж. Медицина. Туберкулез. – 2000. – №2. – Р. 1.

РЕЦЕНЗИЯ

на книгу Ирины Пантелеевой и Нинель Гусевой «Времен связующая нить: 100 лет Якутскому базовому медицинскому колледжу» (М., 2006)

Книга посвящена 100-летию со дня основания первого в Якутии медицинского образовательного учреждения, открытие которого состоялось в Якутске 2 сентября 1906 г. Это одно из старейших учебных заведений России.

Авторы создали уникальную летопись прославленной кузницы средних медицинских работников республики, подробно описали исторические обстоятельства, при которых созревала необходимость открытия фельдшерской школы, роль инициатора создания и первого её директора доктора медицины, действительного статского советника, врачебного инспектора Якутской области В.А.Вонгородского.

Фельдшерская школа открылась прежде всего из-за острой нужды в кадрах сельского здравоохранения, которое тогда только что зарождалось. Иными словами можно сказать, что школа была изначально создана во имя охраны здоровья и спасения жизни коренного населения республики.

Развитие и деятельность данного медицинского учебного заведения освещены по известным историческим этапам. Подробно описан вклад в медицинское образование всех директоров и многих преподавателей фельдшерской школы от первых дней его открытия и до наших дней, когда она известна как Якутский базовый медицинский колледж.

Самое большое место в книге занимает рассказ о выпускниках данного учебного заведения: фельдшерах, медицинских сестрах, акушерках, клинических лаборантах и других. Возможно, за 100 лет очень точного учета численности выпускников может быть и

не было, но она составляет чуть меньше 2 десятков тысяч специалистов, о чем свидетельствует то, что только сегодня в здравоохранении Республики Саха (Якутия) трудятся более 12000 средних медицинских работников.

Выпускники фельдшерской школы в самые бедственные годы гражданской и отечественной войн, разрухи, голода, репрессий, коллективизации всегда были вместе со своим народом. Они первыми несли в самые отдаленные уголки республики медицину, культуру и надежду на жизнь без болезней и страданий. Они самоотверженно выполняли непосредственную работу по профилактике, диагностике и лечению самых опасных инфекционных заболеваний, в том числе: брюшного типа, трахомы, туберкулеза и др. Можно сказать, что средний медицинский работник всегда несколько ближе стоит к больному и населению, чем врач.

Через всю книгу красной нитью проходит мысль о том, что Якутская фельдшерская школа всегда прививала своим выпускникам непреходящую любовь к медицине, верность избранному пути, склонность к творческой деятельности, активную жизненную позицию. Авторы прослеживают жизненный путь многих выпускников, которые продолжили профессиональную учебу, стали высококвалифицированными врачами-специалистами, организаторами здравоохранения, учеными-медиками, среди которых есть 13 кандидатов и 5 докторов наук.

Итак, прошло 100 лет, но жизнь продолжается и всегда надо думать о будущем. Поэтому заключительная глава книги так и называется «ЯБМК: впе-

реди новые рубежи». В ней директор ЯБМК заслуженный учитель РФ, заслуженный врач РС (Я), кандидат педагогических наук Т.Н. Лебедева делится творческими планами педагогического коллектива, размышляет о дальнейших путях развития среднего медицинского образования, высказывает очень интересные мысли и взгляды. Это глубоко убеждает, что ЯБМК будет иметь не менее славное историческое продолжение.

Авторы проделали большой объем творческой и исследовательской работы, подняли много архивного материала, использовали подлинные исторические и фотодокументы, многие из которых впервые пущены в научный оборот. Одних фотодокументов насчитывается около 350, кроме того, имеется много факсимиле исторических документов. Книга написана настоящими профессионалами и мастерами своего дела. Она издана на высоком полиграфическом уровне.

Книга «Времен связующая нить: 100 лет Якутскому базовому медицинскому колледжу» (М., 2006) восторженно встречена медицинской общественностью и читающей публикой. Книга имеет большое познавательное и воспитательное значение, особенно для молодых людей, выбирающих свой жизненный путь, профессию. Она станет ведущим экспонатом Музея истории здравоохранения Республики Саха (Якутия).

Авторы данной книги И.Пантелеева и Н.Гусева заслуживают присвоения Государственной премии Республики Саха (Якутия) в области журналистики.

*М.А. Тырылгин, д.м.н., проф., засл. деятель науки РС(Я),
заместитель директора ГУ НГЦ «Фтизиатрия» МЗ РС(Я)*



ЮРИДИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

В.П.Шадрин, В.И. Гордеев, Г.П. Тимченко

СОВРЕМЕННЫЕ ЭТИЧЕСКИЕ И МЕДИКО-ЮРИДИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В РАБОТЕ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛогов

Введение. В условиях реформы здравоохранения появились новые проблемы, касающиеся как защиты прав пациентов, так и защиты прав работников здравоохранения [1- 4]. Проблемы этики в медицине в последние годы обсуждаются как в отечественной, так и зарубежной литературе [1-3, 6, 7]. Анестезиолог-реаниматолог, в отличие от врачей других специальностей, исходит из приоритета защиты не только здоровья, но, прежде всего, жизни больного, и на этом уровне уже трудно отделить этические регуляторы действий врача или медицинской сестры от правовых.

Цель исследования. Изучение этических и медико-юридических проблем, возникающих в педиатрической и акушерско-гинекологической практике врачей анестезиологов-реаниматологов.

Материалы и методы. Нами проведен анализ 70 историй болезни с летальным исходом и критических инцидентов, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи в условиях г. Санкт-Петербурга и Ленинградской области. Анализ дефектов оказания медицинской помощи проведен с использованием перечня дефектов лечебно-профилактических мероприятий и причин, их обуславливающих, разработанного И.В. Тимофеевым с соавт. (1999) с учетом имеющихся классификаций [5, 9].

Результаты и обсуждение. Анализ историй болезни за 1985-2005 гг. показал, что количество случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи в динамике увеличивается. За указанный период по обращаемости в ЛПУ г. Санкт-Петербурга и Ленинградской области увеличение их составило от 1 случая в год до 9 или 12,8% в 2000 г. Распределение неблагоприятных исходов следующее: педиатрических случаев – 57 (81%), акушерско-гинекологических – 13 (18%). Из них с

летальным исходом в педиатрической практике – 51, в акушерско-гинекологической службе – 9. Число летальных случаев, расцененных как несчастный, преобладает у пациентов до года (13 случаев), в целом у детей раннего возраста (22) и в подростковом возрасте (11). В случаях критических инцидентов преобладали женщины детородного возраста (4) и ненадлежащее оказание акушерско-гинекологической помощи. Чаще всего неблагоприятные исходы выявлены у анестезиологов-реаниматологов (42%), хирургов (38%), акушеров-гинекологов (17%). В 59 (84,2%) случаях на заключительном этапе в терминальной стадии пациенты получали лечение в реанимационном отделении, т.е. в конечном счете их можно рассматривать как реанимационные, 1 (1,4%) смерть в машине «скорой помощи», 10 (14,2%) критических инцидентов.

Структура дефектов оказания медицинской помощи. Любое действие или бездействие врача связано с риском для пациента. Особенно остро проблема риска в медицинской практике стоит в тех случаях, когда исход лечения оказывается неблагоприятным и становится поводом для судебного расследования, а действия врача должны получить судебно-медицинскую, а затем и юридическую оценку.

В стационаре большое значение имеют дефекты лечения (40%) по сравнению с дефектами диагностическими (25,7%). Наиболее часто дефекты оказания медицинской помощи допущены анестезиологами-реаниматологами (48,5%), акушерами-гинекологами (14,2%), хирургами (2,8%). У анестезиологов-реаниматологов в большинстве рецензируемых случаев отмечались дефекты лечения (31,4%), в 1,8 раз чаще, чем дефекты диагностики (17,1% случаев). Акушерами-гинекологами допущено дефектов лечения 8,5%, в 1,4 раза чаще дефектов диагностики – 5,7% случаев. Дефекты диагностики и лечения в практике хирургов и при лечении больных несколькими специалистами встречались примерно с одинаковой частотой.

Основными дефектами диагностической работы являются: нераспозна-

вание ведущего осложнения (44,2%), основного заболевания (37,1%), поздняя диагностика основного осложнения (28,5%), что в конечном итоге привело к неблагоприятному исходу в каждом конкретном случае. В группе дефектов лечения наиболее часто допущены следующие: недооценка тяжести состояния больного реаниматологом – 57,1%, специалистом – 38,5 и несвоевременное начало интенсивной терапии – 34,2%.

Основными дефектами, приведшими к летальному исходу у данного контингента пациентов, были:

1) отсутствие динамического наблюдения в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии – 24 случая (40,6%);

2) неадекватная инфузионная терапия – 23 (38,9). Синдром избыточной инфузии – 11 (18,6), в последующем приведший к осложнениям инфузионно-трансфузионной терапии и летальному исходу;

3) ошибочный выбор препарата – 18 (30,5);

4) малая доза препарата – 13 (22,0);

5) отсутствие контроля за выполнением назначений – 9 (15,3);

6) смерть во время анестезии – 7 (11,8);

7) передозировка препарата – 7 (11,8 %) случаев.

Нами выявлено следующее распределение дефектов оформления и ведения медицинских документов, имеющих медико-юридическое значение: стиль авторов сохранных в 53 (75,7%) медицинских документах, т.е. документ оформлен последовательно одним врачом, нечитаемость, неразборчивость записей врачей – в 28 (40,0%) случаях, нестандартное сокращение терминов – в 18 (25,7), незаполнение граф – в 18 (25,7), отсутствие фиксации динамических параметров – 17 (24,2), отсутствие дозы препаратов – 15 (21,4) исправления, дописка в историях болезни – 9 (12,8%) случаев. В 3 историях болезни отсутствовала подпись лечащего врача, имелись только подписи интернов, клинических ординаторов, аспирантов. По положению Основ законодательства РФ (ст. 58), лечащим врачом не может быть врач, обучающийся в высшем медицинском

ШАДРИН Виктор Павлович – аспирант Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии; **ГОРДЕЕВ Владимир Ильич** – д.м.н., проф., зав. кафедрой СПбГПМА; **ТИМЧЕНКО Галина Петровна** – к.м.н., доцент, зав. кафедрой СПбГПМА.

учебном заведении или образовательном учреждении послевузовского профессионального образования.

Распределение дефектов в информационно-деонтологической сфере. Согласно ст. 32 закона РФ «Об охране здоровья граждан» наличие письменного оформленного согласия (информированное согласие) на анестезию получено у 7 больных (25,9%) из 27 хирургических случаев, на операцию – у 7 пациентов (25,9%), на переливание крови и кровезаменителей – у 1 (3,7%) больного. Кроме того, в 1 случае (3,7%) отсутствовало информированное согласие и заявление родителя об отпуске ребенка домой на выходные дни. В 1 случае (3,7%) не получен письменный отказ от медицинского вмешательства (ст.33 Закона РФ об охране здоровья граждан). Отсутствие информированного согласия отмечено в 70,3% историй болезни. Судебная практика свидетельствует, что при наличии правильно оформленного информированного согласия на лечение суд чаще всего признает такие иски необоснованными.

Проведенный анализ показал, что в 91% случаев неблагоприятного исхо-

да претензии к медицинским работникам были необоснованны, то есть в ходе проведения комиссионных экспертиз дефекты оказания медицинской помощи не устанавливались, а выявлялся несчастный случай.

Выводы.

1. Наиболее часто комиссионные экспертизы проводятся по следующим профилям: анестезиология-реаниматология (42%), хирургия (38%), акушерство-гинекология (17%). Специалистами, имеющими высокий медико-юридический и страховой риск, являются анестезиологи-реаниматологи в связи с существующей этапностью оказания медицинской помощи, т.к. они являются последней инстанцией в иерархической системе жизнеиспечения.

2. 91% случаев неблагоприятного исхода претензии к медицинским работникам были необоснованны, выявлялся несчастный случай. Трагический исход предопределялся тяжелым течением как основного заболевания, так и основного осложнения, что расценивалось как несчастный случай, который невозможно было предвидеть и предотвратить.

Литература

1. Гордеев В.И., Александрович Ю.С. Педиатрическая анестезиология-реаниматология. СПб., 2004. – 408 с.
2. Гордеев В.И., Вахрушев А.Е., Воробьева Е.В. Этические и медико-юридические проблемы в анестезиологии и реаниматологии и понятие о страховом риске. – СПб., 1995. – 14 с.
3. Зильбер А.П. Этика и закон в медицине критических состояний // Этюды критической медицины. – Петрозаводск: Петр.ГУ, 1998. – Т. 4. – 560 с.
4. Новоселов В.П., Канунникова Л.В. Правовое регулирование профессиональной деятельности работников здравоохранения. – Новосибирск, 2000. – 256 с.
5. Купов И.Я., Молчанов В.И., Денисов И.Н., Герман В.Я. Судебно-медицинское и юридическое значение медицинских документов. – Рязань, 1986. – 88 с.
6. Суворова Р.В., Микиртичан Г.Л. Деонтологические проблемы стационарной помощи детям (психологические и этические проблемы детства). – СПб., 1993. – С.145-157.
7. Суворова Р.В., Микиртичан Г.Л. Медицинская этика врача-педиатра // Веселова Н.Г. Социальная педиатрия: Актуальные проблемы. – Уфа, 1992. – С. 157-171.
8. Тимофеев И.В. Патология лечения: Руководство для врачей. – СПб., 1999.
9. Сергеев Ю.Д. Профессия врача: Юридические основы. – Киев, 1988. – С. 6-18.

СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ

Г.И. Алексеева

ПРОШЛОЕ И НАСТОЯЩЕЕ ФТИЗИОБАКТЕРИОЛОГИИ В ЯКУТИИ

Принадлежность к определенной профессии определяет знание и анализ ее истории. Образно говоря, история профессии – это космодром, с которого мы стартовали в нашу действительность, а люди, делавшие эту историю, – главные ее теоретики и конструкторы. Это относится и к фтизиобактериологии.

Сто двадцать четыре года отделяют нас от 24 марта 1882 г., когда Роберт Кох на заседании Берлинского физиологического общества сделал доклад «Об этиологии туберкулеза». После многолетних трудов Р.Коху удалось покрасить и увидеть туберкулезные микобактерии (МБТ) – это был знаменитый «271-й препарат». Первой питательной средой для выращивания возбудителя туберкулеза была предложенная Р. Кохом свернутая сыrovоротка крови. Он же изучил и экспериментальный туберкулез, заражая животных инфицированным патоло-

гическим материалом или чистой культурой МБТ. Таким образом, основные методы бактериологической диагностики туберкулеза – бактериоскопия, культуральное исследование и биологическая проба были разработаны Робертом Кохом. Не случайно поэтому по предложению ВОЗ Всемирный день борьбы с туберкулезом отмечается 24 марта.

К сожалению, времена иллюзорной победы над туберкулезом в 70-80-е гг. 20 в. сменились его тотальным наступлением в 90-е гг., и роль бактериологических исследований при туберкулезе становится актуальной. Действительно, все разделы фтизиатрии тесно связаны с выявлением и исследованием возбудителя туберкулеза. К ним относятся раннее выявление и диагностика, видовая идентификация микобактерий, прогноз течения заболевания, выбор рациональной химиотерапии и контроль качества лечения, поиск новых противотуберкулезных препаратов и эпидемиологический мониторинг.

Становление фтизиобактериологии в Якутии имеет свои исторические корни.

Проводя экскурс в прошлое бактериологии, приведу некоторые исторические факты. В 1925 г. в г. Якутске был организован первый противотуберкулезный диспансер. Он занимал небольшое помещение в амбулатории Красного Креста и не имел никакого оснащения. Новый диспансер был открыт 7 ноября 1929 г. В том же году была организована лаборатория при диспансере, что позволило выявлять больных с открытой формой туберкулеза.

Первые данные о бактериовыделении в Якутии были получены по результатам работы медицинской экспедиции Наркомздрава РСФСР под руководством лепролога Н.Ф.Павлова, в составе которой были врачи: Н.А. Иванова, Н.И. Коротков и фтизиатр, научный сотрудник Центрального института туберкулеза Ф.А. Лучинская работавшая в Намском и Мегино-Кангаласском районах с целью изучения распространения туберкулеза среди на-

селения в 1933-1934 гг. Исследование мокроты на МБТ проводилось взятием мазка на месте и последующим просмотром его в г.Якутске. Пораженность туберкулезом составила 13,4%, процент выделяющих туберкулезные бактерии – 4,1. Бациллярность в других национальных республиках (Бурятия-Монголия, Башкирия, Удмуртская АССР, Челябинский район) была ниже, чем в Якутской автономной республике. Ф.А. Лучинская первая указала на связь между жилищной скученностью и распространенностью туберкулеза.

В 1945 г. в Якутии работала комиссия Наркомздрава РСФСР под руководством профессора Ю.К. Вейсфeyлера. Она обследовала два района: Сунтарский и Верхоянский. Изучение туберкулезных микобактерий, выделяемых больными, живущими в различных районах Якутии, впервые проведено Ю.К. Вейсфeyлером в 1945 г. Он изучил 16 штаммов, выделенных из мокроты и пунктатов лимфатических узлов. 9 штаммов, выделенных из мокроты, изучены на типовую принадлежность. Все штаммы были отнесены автором к человеческому типу.

В 1947 г. в Усть-Алданском и Нюрбинском районах Якутии работала еще одна экспедиция Института туберкулеза Академии медицинских наук СССР и Центрального института рентгенологии под руководством профессора М.А. Клебанова. Были установлены более высокая пораженность туберкулезом и более высокий процент бацилловыделителей среди населения этих районов по сравнению с центральными областями РСФСР. Итоги этих экспедиций имели большое практическое значение. В результате перед органами здравоохранения СССР был поставлен ряд задач, в т.ч. по улучшению работы рентгеновской и лабораторной службы [1].

С открытием в г. Якутске в 1950 г. Якутского филиала Института туберкулеза (ЯФИТ) Академии медицинских наук СССР и организацией микробиологической лаборатории была создана возможность подробно изучать особенности возбудителя туберкулеза, как с фундаментальных и теоретических, так и прикладных позиций.

В сообщении проводится анализ научных работ, выполненных в микробиологической лаборатории института с момента ее создания до настоящего времени, результаты которых вносят определенный вклад в практическую фтизиатрическую медицину.

При организации бактериологических исследований для выявления ми-

кобактерий туберкулеза диагностический материал доставлялся в микробиологическую лабораторию ЯФИТ из районов Якутии, поэтому сразу же появились трудности по транспортировке, в частности мокроты, и возникла необходимость разработки способов её доставки как в зимнее, так и летнее время, с учетом длительного срока транспортировки. При этом должны сохраняться жизнеспособность туберкулезных бактерий и задерживаться размножение и рост других микробов. И такие методы были разработаны Афанасьевой Ю.П. [4]. Было предложено в зимнее время замораживание мокроты длительностью до 1 месяца, что не влияло на жизнеспособность туберкулезных палочек и не отражалось на их высеваемости. Надо подчеркнуть, что данный метод описан во многих современных изданиях по фтизиобактериологии, а также упоминается в приказе МЗ РФ № 109 от 21 марта 2003 г. «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации» и применяется в настоящее время повсеместно на территории Якутии. В летнее время в качестве консерванта мокроты был предложен хинозол в разведении 1:10000.

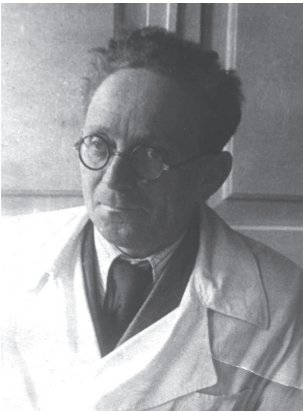
Краевая эпидемиология и профилактика туберкулеза явились ведущей проблемой в научно-исследовательской работе ЯФИТ АМН СССР. Эта проблема разрабатывалась коллективно при участии клиницистов, эпидемиологов, бактериологов. Частью этой работы явилось изучение Белогуровой В.П. вирулентности и типовой принадлежности микобактерий туберкулеза, выделенных из патологического материала периферических лимфатических узлов больных туберкулезным лимфаденитом, распространенным в те годы заболеванием [6]. Было доказано, что эти больные в фазе расплавления лимфоузлов с образованием свищей выделяли МБТ с сильной и средней вирулентностью. Эти данные послужили рекомендациями для установления диспансерного наблюдения за лицами, страдающими свищевыми формами туберкулезного лимфаденита, по такому же принципу, как это принято для бациллярных больных с различными формами туберкулеза легких. Это позволило, наряду со своеобразным лечением данных больных, уменьшить распространение туберкулеза среди населения Якутии. Обнаружение у людей МБТ бычьего вида в 22,2% случаев свидетельствовало о существовании взаимосвязи туберкуле-



Белогурова Валерия Петровна

за человека и животных, в частности крупного рогатого скота. Белогуровой В.И. впервые было сформулировано, что в плане мероприятий по борьбе с туберкулезом важны комплексные усилия медицинских и ветеринарных работников. Результаты этих исследований послужили основанием для принятия ряда правительственных постановлений и решений при организации и проведении противотуберкулезных мероприятий в республике.

В первые годы существования микробиологической лаборатории, в 1952 г., на её базе было выполнено диссертационное исследование Перцовского А.И. на актуальную и по сей день тему по разработке состава питательных сред для выращивания микобактерий туберкулеза: «Выращивание туберкулезных бактерий и БЦЖ на синтетических питательных средах без аминокислот» [8]. Совокупностью опытов проведенных в рамках этого исследования было установлено что: а) наличие ди- и трикарбоновых кислот в синтетической питательной среде является необходимым условием интенсивного использования туберкулезными бактериями аммонийного иона для синтеза аминокислот и белков бактериальной клетки; б) добавление определенного количества глюкозы имеет значение для оптимального роста свежесделанных штаммов бактерий туберкулеза. В результате проведенной научной работы автором была предложена видоизмененная среда Моделя. Модифицированная среда была рекомендована для выращивания культуры БЦЖ, последняя на этой среде давала более пышный рост, что имело значение для получения вакцины БЦЖ, т.к. в эмульсии культуры, выращенной на этой среде, содержалось большее количество жизнеспособных бактерий, чем в среде Сотона, на которой выращивали штаммы БЦЖ.



Перцовский Абрам Изральевич

В 1958 г. Перцовский А.И. [9] в эксперименте предложил новый метод прерывистого лечения антибактериальными препаратами, в частности стрептомицином. Суть этого метода заключалась в том, что антибактериальный препарат вводится 3-4 дня подряд, затем делается перерыв на 3-4 дня. Данный метод был успешно апробирован в условиях клиники и применен для лечения больных с различными формами туберкулеза легких Хмельницкой Р.П. и Поповой Р.В. [10]. Установлено, что при применении данного метода макроорганизм значительно разгружается от антибактериальных препаратов, при этом побочные действия последних наблюдаются реже: эффективность лечения при предложенном методе не снижается в сравнении с непрерывным методом.

В эти же годы Абрамсон Ф.Л. и Перцовский А.И. [2] получили экспериментальную модель туберкулезного лимфаденита у лабораторных животных. Для этого был предложен накожный метод заражения морских свинок небольшими дозами слабовирулентной культуры микобактерий туберкулеза. Благодаря полученной авторами экспериментальной модели стало возможным вскрыть ряд особенностей патогенеза, эпидемиологии и лечения такого распространенного заболевания среди коренного населения Якутии, как туберкулезный лимфаденит. Было доказано, что суперинфекция способна вызвать обострение хронического туберкулезного лимфаденита, а также, что степень распространения процесса и характер морфологических изменений (казеозный, продуктивно-фиброзный) при обострении зависит от иммунобиологического состояния макроорганизма.

Высокий показатель летальности от туберкулезного менингита в 50-е гг. среди детей в ЯАССР (по данным от-

четов МЗ ЯАССР, 11-32% в структуре общей смертности детей раннего возраста) заставил обратить серьезное внимание на изучение её причин. В связи с этим Афанасьевой Ю.П. [4] была выполнена кандидатская диссертация на тему «Эпидемиология, микробиология, клиника и лечение туберкулезного менингита в Якутской АССР». Изучение микробиологического аспекта этой работы показало, что на частоту менингитов среди детей влияет массивный длительный контакт с больными активным туберкулезом, в 85% при исследовании ликвора обнаруживались микобактерии туберкулеза, в том числе бычьего типа. Автором высказывается мысль, что не исключается заражение и стрептомицино-устойчивыми штаммами [3].

В 1963 г. Афанасьева Ю.П. [5], подводя итоги изучения культуральных и биохимических свойств различных штаммов микобактерий туберкулеза, выделенных из патологического материала больных туберкулезом, делает вывод, что в эпидемиологии туберкулеза в Якутской республике несомненную роль играют сельскохозяйственные животные. Рекомендовано начать научные исследования по изучению связи между туберкулезом у людей и рогатого скота, объединить усилия медиков и ветеринарных работников. В данном направлении очень большой вклад был внесен Захаровым В.Т.

С 70-х гг. начинается разработка новых направлений в научно-исследовательских работах, направленных на совершенствование системы мероприятий по выявлению и профилактике туберкулеза в Якутской АССР.

По инициативе Черноградского И.П. и при его непосредственном руководстве начинаются разработки по вопросам организации бактериологической службы в Якутии. При этом учитывались природно-географические факторы, обширность территории, рассредоточенность населенных пунктов, трудности транспортных связей, ограниченность базового и кадрового обеспечения при маломощности районных медицинских учреждений. В начале организации бактериологической службы предполагалось создание одной крупной централизованной бактериологической лаборатории в г. Якутске, которая могла бы обеспечить всю бактериологическую диагностику туберкулеза в республике. Но трудности доставки материала из районов, особенно в летнее время, значительно удлиняли время проведения исследования материала, так как нарушалась



Афанасьева Юлия Петровна

кратность и регулярность исследования, в значительной мере снижалась достоверность полученных данных, т.к. материал подвергался воздействию различных физических факторов и в первую очередь естественных колебаний температуры внешней среды.

В лаборатории экспериментальными исследованиями доказано, что колебания температуры внешней среды неблагоприятно отражаются на жизнеспособности и МБТ. Трудности транспортировки, обусловленные указанными причинами, значительно удлинляли проведение исследований с момента взятия материала до получения результатов исследования. В весеннее, летнее и осеннее время года в связи с распутицей и бездорожьем централизованная доставка диагностического материала полностью прекращалась.

Таким образом, при осуществлении централизации бактериологической службы в пределах одной лаборатории в г. Якутске было невозможно проведение широкого охвата бактериологическими анализами больных туберкулезом на местах: нарушалась кратность, регулярность исследования, в значительной мере снижалась достоверность результатов [11].

Все перечисленные моменты обусловили особенность централизации бактериологической службы в условиях Крайнего Севера и требовали от нас разработки методики рационального подхода в разработке бактериологической диагностики туберкулеза. Надо подчеркнуть, что в Якутии мероприятия по совершенствованию фтизиобактериологической службы проводились по двум направлениям: создание системы организации фтизиобактериологии применительно к имеющимся в республике условиям; обеспечение необходимого объема исследований и улучшение их качества для повышения эффективности бактериологичес-



Черноградский Иван Петрович

кого исследования как больных туберкулезом, так и групп риска по заболеванию туберкулезом. В результате в республике внедрена и в течение ряда лет действует система организации бактериологической диагностики туберкулеза, которая включает рациональную инфраструктуру: центральную лабораторию (базовую) и бактериологические лаборатории и посевные пункты при районных (улусных) противотуберкулезных диспансерах. Практически в каждом районе республики имеется фтизиобактериологическая служба. Созданы и работают бактериологические лаборатории и пункты практически во всех противотуберкулезных диспансерах. Такая модель фтизиобактериологической службы создана только на территории Якутии. Черноградским И.П. и соавторами [12] были разработаны и внедрены в практику методические рекомендации «Методика приготовления и использования полуфабрикатов яичных питательных сред для снабжения бактериологических пунктов и лабораторий». Благодаря этим разработкам, с 1991 г. осуществляется централизованное снабжение всех бактериологических лабораторий и пунктов полуфабрикатами нативных яичных сред с последующим свертыванием их на местах, что позволяет использовать в работе на местах одновременно комплекс различных питательных сред. Кроме того, предложены полуфабрикаты яичных сред для определения лекарственной чувствительности выделенных культур МБТ. Внедренные научные разработки НИР позволили повысить результативность бактериологических исследований и прежде всего у больных с впервые в жизни установленным диагнозом туберкулеза. Удельный вес впервые выявленных бактериовыделителей туберкулезом органов дыхания с 8,7% в 1970 г. возрос до 26,7% в 1991 г. и до 48,6–47,8% в 2002–2005 гг.

соответственно. В настоящее время отмечается, что число взятых на учет бактериовыделителей среди впервые выявленных туберкулезом легких в 1,4 раза превышает число больных с деструкцией легочной ткани. Данное обстоятельство является результатом полноценного бактериологического обследования и повышения его качества. Общий объем бактериологических исследований в республике возрос. Увеличение количества производимых посевов связано не только с улучшением бактериологического обследования больных туберкулезом, но и с более широким привлечением к обследованию групп населения, имеющих повышенный риск заболевания туберкулезом: больные хроническими неспецифическими заболеваниями легких и мочеполовой системы, нетранспортабельные больные, лица, состоящие в VII группе диспансерного учета. Охват бакисследованиями указанных контингентов больных стал возможен во всех районных противотуберкулезных диспансерах.

При обследовании лиц с хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания бактериовыделение обнаруживается в 0,2-0,6% случаев в разные годы. Увеличивается число пациентов, обследуемых с целью исключения туберкулезной инфекции методом посева. Эти данные свидетельствуют, с одной стороны, о неблагополучии в отношении туберкулезной инфекции среди контингентов общелечебной сети, а с другой – о важности проводимой работы бактериологическими лабораториями и пунктами противотуберкулезных диспансеров. Улучшению эффективности бактериологического обследования лиц из группы риска в республике способствовала проведенная под руководством И.П.Черноградского научная работа, доказавшая необходимость ежегодного обследования указанных контингентов, а также возможность его практического осуществления. Разработаны и внедрены методические рекомендации «Бактериологическое обследование на туберкулез лиц из групп риска» [11]. Научные выводы о целесообразности бактериологического обследования указанных контингентов на современном этапе состояния борьбы с туберкулезом подтверждается практикой. Достигнутые результаты подтвердили эффективность бактериологического исследования, которое позволило выявить больных активным туберкулезом, не распознанных другими методами.

Функционирование бактериологических лабораторий и пунктов в противотуберкулезных диспансерах улучшает проведение бакобследования больных, состоящих на туберкулезном учете. Так, с 1975 г. количество посевов увеличивается и в настоящее время в расчете на 1 больного с активной формой туберкулеза легких составляет около 9.

С целью управления бактериологической диагностикой туберкулеза в республике в базовой лаборатории внедрена централизованная картотека бактериологических исследований [7]. В основу картотеки заложен принцип районирования, что облегчает нахождение больных по районам и отражает количество посевов в каждом конкретном районе.

Исследования последних лет показывают, что основной проблемой фтизиатрии является распространение штаммов МБТ, устойчивых к лекарственным препаратам. Туберкулез, вызванный лекарственно-резистентными микобактериями туберкулеза, трудно поддается лечению, возникает необходимость ранней, своевременной коррекции схем химиотерапии, для чего врач должен иметь информацию о чувствительности микобактерий данного больного к противотуберкулезным препаратам (ПТП). Используемые в практических лабораториях методы определения чувствительности МБТ к ПТП длительны и рассчитаны (с учетом выхода культур) на срок 49-60 дней. Методы определения чувствительности к ПТП с применением современных технологий используются в силу своей дороговизны далеко не во всех лабораториях. Таким образом, поиск достаточно быстрого определения лекарственной чувствительности МБТ к ПТП в условиях практических лабораторий сохраняет свою актуальность и имеет предпосылки для его усовершенствования. В лаборатории разработан и применяется способ модифицированной методики прямого определения лекарственной чувствительности с предварительным подрачиванием микобактерий на жидкой питательной среде, что позволяет получить ответ в значительно более короткий срок (более чем в 2 раза) по сравнению с непрямой методом. На данный способ определения лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза получен патент РФ на изобретение № 2244927 от 22 января 2003 г.

Для повышения информативности бактериологических методов исследо-

вания для обнаружения МБТ разрабатываются методы, повышающие чувствительность данных методов. Для увеличения выхода биомассы культур МБТ предложен способ предварительной обработки биоматериала сорбентом, способствующим концентрации микобактерий в образцах диагностического материала. Установлено, что при применении сорбента отмечается увеличение высеваемости на 5%, выход культур регистрируется на 5-6 дней раньше, и что самое главное – отмечается накопление бактериальной массы. На этот метод получен патент РФ на изобретение № 2272285 от 4 декабря 2003 г.

Конечно, жизнь идет вперед, и перед фтизиобактериологией встанут новые, достаточно сложные и тесно взаимосвязанные аналитические, диагностические и экономические проблемы, обусловленные научно-техническим прогрессом и новыми социально-экономическими условиями в республике.

Планы дальнейшей работы лаборатории связаны с использованием молекулярно-генетических методов в целях диагностики туберкулеза, изучения эпидемиологии и патогенеза туберкулеза, бактериовыделения, дальнейшего совершенствования методов бактериологической диагностики туберкулеза.

Литература

1. **Андреев Е.Н.** Вопросы эпидемиологии туберкулеза в Якутии // Вопросы краевой эпидемиологии туберкулеза. – Якутск, 1953. – С.12-36.
2. **Абрамсон Ф.Л., Перцовский А.И.** Хронический туберкулезный лимфаденит в эксперименте // Эпидемиологические, клинические и экспериментальные исследования туберкулеза в Якутской АССР. – Якутск, 1958. – Вып. VI. – С.115-121.
3. **Афанасьева Ю.П.** Бактериологическая диагностика туберкулеза в условиях ЯАССР // Вопросы краевой эпидемиологии туберкулеза. – Якутск, 1953. – С.104-114.
4. **Афанасьева Ю.П.** Эпидемиология, микробиология, клиника и лечение туберкулезного менингита: Дис. ... канд. мед. наук. – Якутск, 1960. – 255 с.
5. **Афанасьева Ю.П.** Об эпидемиологической роли рогагого скота в распространении туберкулеза среди населения ЯАССР // Материалы межобл. совещ. по обмену опытом организации противотуб. помощи в районах Крайнего Севера. – Якутск, 1963. – С.82-84.
6. **Белокурова В.П.** Вирулентность и типовая принадлежность микобактерий туберкулеза, выделенных из патологического материала больных в Якутской АССР: Дис. ... канд. мед. наук. – Якутск, 1955. – 115 с.
7. **Горохова Т.В., Алексеева Г.И., Черноградский И.П.** Централизованная картотека бактериологических исследований при туберкулезе // Вопросы организации борьбы с туберкулезом в районах Крайнего Севера, Сибири и Дальнего Востока: Тез. докл. науч. сессии ЯНИИТ (17-19 июня 1980 г.). – Якутск, 1980. – С.44-46.
8. **Перцовский А.И.** Выращивание микобактерий туберкулеза и БЦЖ на синтетических питательных средах без аминокислот: Дис. ... канд. мед. наук. – Якутск, 1952. – 120 с.
9. **Перцовский А.И.** О новом методе прерывистого лечения туберкулеза антибактериальными препаратами (Экспериментальное исследование) // Эпидемиологические, клинические и экспериментальные исследования туберкулеза в Якутской АССР. – Якутск, 1958. – Вып. VI. – С.54-60.
10. **Хмельницкая Р.П., Попова Р.В.** Ближайшие результаты лечения туберкулеза при новом прерывистом методе введения антибактериальных препаратов (По материалам ЯФИТ) // Там же. – С.60-66.
11. **Черноградский И.П.** Организация бактериологической службы в противотуберкулезных учреждениях Якутской АССР // Пробл. туберкулеза. – 1982. – №12. – С.5-7.
12. **Бактериологическое** обследование на туберкулез лиц из групп риска: Метод. рекомендации / Сост.: Черноградский И.П., Шанов Ч.Д. и др. – Якутск, 1989. – 8 с.
13. **Методика** приготовления и использования полуфабрикатов яичных питательных сред для снабжения бактериологических пунктов и лабораторий: Метод. рекомендации / Якутск. МЗ РСФСР, ЯФ НПО «Фтизиопульмонология» / Сост.: Черноградский И.П., Алексеева Г.И., Захаров В.Т. – Якутск, 1991. – 8 с.

3.В. Павлова

СИФИЛИС В РОССИЙСКОЙ ИМПЕРИИ: ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И БОРЬБА С СИФИЛИСОМ В ЯКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Сифилис (франц. Syphilis, lues venerea, morbus gallicus, variola magna, mentagra, pudendagra; grosse Vйrole, mal franз ais и пр.) – венерическая болезнь, хроническое инфекционное заболевание, приобретенное или наследственное, с типичным течением и специфическими симптомами, проявляющимися в известной последовательности. Поражая весь организм человека, болезнь эта уменьшает деторождение и влияет на вырождение потомства.

Заболеваемость сифилисом из года в год остается высокой.

Изучение и анализ исторических сведений, освещающих появление и

распространение сифилиса на территории Российской империи, в Якутской области, может способствовать разработке новых комплексных медико-профилактических подходов, способствующих снижению заболеваемости.

Из истории распространения сифилиса

Первая эпидемия сифилиса была зафиксирована в исторических документах конца XV столетия. Вспыхнувшая на юге Европы, в 1495 г. под Неаполем, она распространилась по Италии и Франции, Швейцарии и Германии, затем в Австрии, Венгрии и Польше. Около 1500 г. эпидемия захватила всю Европу и продвинулась за ее пределы в Северную Африку, Египет, Турцию. К 1500 г. пораженным ока-

залось население Южной и Юго-Восточной Азии, Китая, Индии, а затем и Японии (эпидемия сифилиса 1512 г. в Киото).

Первое письменное упоминание о сифилисе на Руси относится к 1499г., однако археологические раскопки в Забайкалье свидетельствуют, что сифилис на нынешней территории Российской Федерации существовал и раньше: в захоронениях II тыс. до н.э., I, X-XII вв. н.э. были обнаружены фрагменты длинных трубчатых костей и костей черепа, пораженных гуммозным оститом и периоститом, окостеневшие гуммы [7, 8].

Попав на территорию России, сифилис стал быстро распространяться, чему способствовали патриархальная невежественность наших предков XV

столетия, отсутствие гигиены, лечение у знахарей и колдунов и религиозный фанатизм, относивший сифилитические изъязвления к каре небесной [6].

По указу царя во 2-й половине XVII в. Аптекарскому приказу предписывалось проводить осмотры лиц, подозреваемых в заболевании "прилипчивыми" болезнями. При выявлении болезни у "государевых слуг" последние отстранялись от несения службы вплоть до выздоровления.

Первые меры по профилактике распространения сифилиса были предприняты в царствование Петра I: женщин, ведущих распутный образ жизни, помещали в прядильные дома; под страхом жестоких штрафов и наказаний запрещалось открытие публичных домов; военнослужащие с венерическими заболеваниями лишались таких льгот, как бесплатное лечение, награждение чином при увольнении по возрасту, болезни или ранению.

С 1763 г. по указу Екатерины II в целях предупреждения дальнейшего распространения сифилиса в России предписывалось бесплатное лечение больных "французской болезнью" в специальных домах для лечения "заразительных и прилипчивых болезней" и затем высылка этих больных в Нерчинск.

Изданным в том же году указом Правительственного Сената "О лечении распутных женщин, одержимых франц-венерией и о ссылке оных на поселение" предписывалось выявлять венерические болезни у всех чинов во всех воинских командах, проводить допросы - от кого получено заболевание, подозрительных женщин разыскивать, осматривать и лечить, а после лечения "особо отличившихся в непотребстве женщин" отсылать на поселение в Нерчинск.

В 1800 г. мероприятия по борьбе с сифилисом дополнились указом Павла I, предписывающим "...развратных женщин, какие есть и впредь оказываться будут в обеих столицах, батогами бить и отсылать прямо на Иркутские фабрики" [4].

Сведения о частоте заболеваемости сифилисом в XIX в. были приблизительно: заболеваемость венерическими болезнями в армии в 1835 г. составляла 58 на 1000 [1], а в гражданских больницах России к 1857 г. больные сифилисом составляли 10% от общего числа госпитализированных. Основываясь на отчетах госпиталей и больниц за 1869 г., численность населения Российской империи, зара-

женного сифилисом, составляла 0,12-0,13 % [5].

К 1890 г. во всей России имелось 11 сифилитических больниц [3]. Согласно отчету за 1892 г., в Российской империи на 26741036 зарегистрированных больных приходилось 715288 сифилитиков, в том числе в Сибири на 491223 - 8747.

Принимаемые меры против распространения сифилиса не приносили желаемого результата. Так, Н.И. Пирогов в статье "Сифилитические язвы", напечатанной в 1837 г. в "Анналах хирургического отделения университета Дерпта", писал, что в России почти совершенно не рассматриваются вопросы предупреждения и распространения сифилиса, а В.М. Тарновский в 1850 г. указывал, что "между киргизами, башкирами, мещеряками Оренбургской губернии сифилис до такой степени распространился, что, по донесению местных властей, многие роды повально были заражены, причем болезнь носила характер крайне тяжелый".

К началу XVIII столетия сифилис широко распространился в Сибири, как среди коренного населения, так и среди русских служивых людей, купцов, офицеров и солдат воинских гарнизонов. Распространению сифилиса среди коренного населения способствовали местные обычаи: "трубка дружбы", общая баня, обычай предоставлять гостю женщину на ночлег. Мнение о сифилисе как о бытовой болезни, тесно связанной с культурным уровнем народа, подтверждалось всеми земскими врачами и другими исследователями распространения сифилиса в России.

Однако вопрос о пути проникновения сифилиса в Сибирь остается спорным. По мнению С.Е. Гальперина, сифилис в Сибирь был завезен пленными военными служащими армии шведского короля Карла XII, интернированными в г. Тобольск после поражения в 1709 г. под Полтавой [2].

Э.Ф. Шперк в диссертации "Медикотопографические замечания о сифилисе в Северо-Восточной Сибири" (1863 г.) указывал, что на Камчатку, в Якутский и Иркутский округа, а также в Забайкалье и Приамурье сифилис был завезен морским путем - моряками китобойных флотилий. Из Охотска через Якутск купцы с товарами направлялись по реке Лене на юго-запад Восточной Сибири и вместе с ними распространялся сифилис.

Среди якутов сифилис впервые был выявлен в первом десятилетии XIX в.,

но вероятнее всего, что он появился там гораздо раньше: старинным очагом сифилиса служила Нерчинская каторга, куда, начиная с 1763 г., ссылались больные проститутки.

Состояние медико-санитарной службы Якутской области в XIX в.

Согласно данным Л.Я. Скороходова [9], до 1861г. в Сибири, кроме Иркутска, нигде больниц не было, однако с этим мнением нельзя согласиться.

Первая гражданская больница Якутской области была открыта в 1810 г. и находилась в ведомстве Департамента общественного призрения канцелярии Иркутского губернатора. В последующие годы были открыты окружные больницы в каждом из округов Якутской области: Олекминском, Якутском, Вилюйском, Верхоянском и Колымском. В штат каждой из этих больниц входил 1 окружной врач с двумя (старшим и младшим) лекарскими учениками (фельдшер).

Однако необходимого числа лекарственных учеников не было, т.к. в Якутской области не было своей фельдшерской школы, а среди фельдшеров Европейской России было мало желающих работать в Сибири. Таким образом, на всю Якутскую область приходилось 7 врачей и не более 8-10 лекарственных учеников, состоящих на государственной службе.

В Якутском округе кроме окружного врача на службе состоял 1 городской врач и два лекарственных ученика, в чьем ведении находились гражданская и тюремная больницы.

С течением времени округа были разделены на врачебные участки (как правило, от двух до пяти), в каждом из которых работал участковый врач и 1-2 лекарственных ученика.

Общее руководство медицинской службой Якутской области осуществлял областной медицинский инспектор [13].

Таким образом, состояние медицинской службы Якутской области составляло желать лучшего и не могло препятствовать распространению сифилиса.

Заболеваемость сифилисом в Якутской области в XIX в.

По свидетельству одного из окружных врачей, "сведения о венерических больных не могут быть точными, т.к. неизвестная значительная часть больных вовсе не обращается за советом к врачу, а другая часть умышленно скрывает свою болезнь тайной. Из этого следует предположить, что в

области есть застарелый и наследственный сифилис. И все леченные от застарелого сифилиса были исключительно инородцы" [14].

Каждые 4 месяца (с января по апрель - январская треть, май-август - майская треть и сентябрь-декабрь - сентябрьская треть года) окружные врачи отчитывались перед медицинским инспектором Якутской области о количестве больных, пользовавшихся от венерической болезни в городских и окружных больницах (относившихся к Медицинскому Департаменту Министерства внутренних дел) и у частных врачей. Кроме этого, окружной врач был обязан уведомлять о вновь поступивших на излечение пациентах окружное полицейское управление, в чьем ведении было определение содержания пациентам.

Содержание (лечение, питание, а в некоторых случаях и одежда) больных в лечебнице производилось либо за счет казны, либо за счет средств насележного общества, откуда был родом пациент. Всех вновь поступивших зачисляли на "казенную порцию", в дальнейшем же их переводили на "наслежную порцию".

Для лечения сифилиса врачи Якутской области применяли сулему, соединения ртути (в меньшей степени - серебро, порошок, купорос), но основная масса больных прибегала к помощи шаманов и знахарей, пользовавшихся пациентов свежей кровью оленя, волчьей и медвежьей желчью.

Распространенность сифилиса, по свидетельствам окружных врачей, часто командировавшихся для ликвидации эпидемий сифилиса в том или ином наслеге, была весьма сильной, особенно это касалось инородцев северных окраин - Верхоянского и Колымского округов.

Характерной была передача заболевания - почти исключительно внеполовым путем. Этому способствовало несколько обстоятельств.

1. Практически полное отсутствие проституции - на территории Якутской области в середине XIX - начале XX в.

не было больших городов, в которых проституция могла бы быть источником постоянных доходов. Проституция как промысел, средство получения дополнительного заработка и источник распространения венерических заболеваний имела место только в городах Якутск и Олекминск (преимущественно на золотых приисках Олекминского округа) и в основном носила "сезонный" характер, так как приурочивалась к ярмаркам.

Жители Вилуйского, Верхоянского и Колымского округов - якуты, русские и сектанты (скопцы) жили отдельными небольшими поселениями, хозяйствами, что исключало появление в них проституции. Однако всеми окружными врачами отмечалось, что сифилиса очень много в северных округах, большинство больных "одержимо застарелыми, вторичными и третичными формами сифилиса, сопровождающимися органическим расстройством или истощением организма" [10].

Из отчетов врачей, командированных для ликвидации эпидемий сифилиса в разных улусах: "Болезнь известна давно, передается из поколения в поколение. Супружеское целомудрие не в обычае у этих народов" [10]. "Не редок сифилис у несовершеннолетних девочек 12-13 лет, рано познакомившихся с половым сношением" [12]. "Мужчины берут себе жен по языческому обычаю (т.е. не венчаются) в возрасте 12-13 лет на время, пока они им нравятся физически. Раннее соитие надсаждает их здоровье и вскоре они теряют красоту, а затем и сожителя. Родившиеся у них дети остаются с матерями и подвергаются их болезням" [15].

2. Невежество населения: инородцы Якутской области очень сильно боялись заболеть "французом", т.е. сифилисом, в то же время "перелой" - гонорея не считалась у них важным, серьезным заболеванием и обращение к врачу не требовало.

3. Отсутствие соблюдения правил личной, санитарной гигиены.

Одежда из оленьих шкур, а большинство инородцев всю свою одежду (смены белья просто не было) носили на себе, не приспособленная к стирке и мытью, одевалась прямо на голое тело и носилась, пока совсем не изнасилась. И поэтому вполне справедливо считалась окружными врачами как один из основных источников инфицирования и реинфицирования. "Иногородцы после лечения и выздоровления одевают ту же самую одежду и заболевают вновь. Или же вообще берут одежду другого человека, без разбора кому она принадлежала - больному или здоровому" [10, 12].

4. Недостаток (нехватка) врачебной помощи. Возможности окружных врачей были чрезвычайно ограничены - площади их округов достигали сотен квадратных верст, на которых были разбросаны поселения. Поэтому к окружным врачам, располагавшимся в столицах административных округов, могли обращаться только жители близлежащих поселений [12]. Медицинскую помощь жители отдаленных наслегов могли получить только в случае, если врач или фельдшер проездом навещал тот или иной населенный пункт.

Меры, принимавшиеся для борьбы с распространением сифилиса в Якутской области

Вслед за открывшейся в 1810 г. якутской гражданской больницей (на 40 мест) были открыты окружные больницы в Олекминске, Среднеколымске и Вилуйске - на 8 и в Верхоянске - на 7 мест и больничные юрты в отдаленных селениях.

В 1859 г. для привлечения медиков из центральных районов России по предложению Генерал-губернатора Восточной Сибири Н.Н. Муравьева-Амурского был установлен ряд льгот для медицинских чинов, приезжающих и служащих в Якутской области, но тем не менее вакантные места не заполнялись.

В 1861-1872 гг. на основании постановления Общего присутствия Якутского Областного Управления для борьбы с сифилисом были учреждены 4 постоянные окружные сифилитические лечебницы. А во время больших эпидемий сифилиса, как это было в улусах северных округов в 1873-1876 гг., дополнительно открывались временные сифилитические лечебницы.

Свой вклад в борьбу с распространением сифилиса вносили ссыльные, сосланные на проживание в Якутскую область. Ссылопоселенцы с выс-

Таблица 1

Заболеваемость сифилисом в Якутской области в 1881-1883 гг.

Город с его округом	Больницы МВД			Частная практика			Всего			Количество жителей в округе
	муж.	жен.	дети	муж.	жен.	дети	муж.	жен.	дети	
Якутск	150	127	4	12	2	1	162	129	5	143589
Олекминск	30	30	20	182	10	6	212	40	26	13225
Вилуйск	173	214	0	0	1	2	173	215	2	66421
Верхоянск	69	89	28	24	7	4	93	96	32	13909
Среднеколымск	94	57	8	5	1	2	99	58	10	6443
Всего	516	517	60	223	21	15	739	538	75	243587

шим и средним медицинским образованием работали в лечебницах помощниками лекарьских учеников, фельдшерами, в редких случаях - врачами, и оказывали местному населению поильную медицинскую помощь абсолютно бесплатно, не получая жалования, т.к. принимать ссыльных на государственную службу воспрещалось. В Среднеколымске усилиями ссыльно-поселенца была открыта первая в Якутской области частная сифилитическая лечебница на 12 человек, лечение в которой было бесплатным, а средства на содержание лечебницы предоставлялись местными крестьянскими и мещанскими обществами. Впоследствии по распоряжению Якутского Областного Правления больница была закрыта, т.к. ссыльнопоселенцам было запрещено быть представителями государственной службы [10].

Лечение сифилиса было как стационарным, так и амбулаторным, и проводилось ртутно-йодистыми средствами внутрь и снаружи. При поступлении в лечебницу отбиралась и сжигалась старая одежда, взамен которой выдавалась новая [14].

Расходы на содержание одного больного в сутки составляли не более 10-15 рублей. Денежные средства на содержание лечебниц поступали из общих сумм налогов и сборов наследов. В конце каждого финансового года, в случае если наслег не мог оплатить лечение своих жителей, недоимки за лечение больных покрывались из средств Департамента общественного призрения канцелярии Иркутского губернатора. Основными статьями расходов сифилитических лечебниц были расходы на жалование служащим (надзирателю, сторожу, прачке), средства гигиены, продукты и перевязочный материал [17].

Указом Иркутского военного генерал-губернатора, изданным в 1866 г., предписывалось усилить меры по борьбе с распространением сифилиса среди солдат военных гарнизонов Восточно-Сибирского округа. С этой целью предлагалось, в частности, проведение медицинских освидетельствований всех холостых военнослужащих, а также "развратных девок" [11]. Для участия в освидетельствованиях проституток привлекались военные врачи, и не иначе как "в заранее назначенные определенные дни и часы, свободные от исполнения своих основных обязанностей" [16].

Во исполнение данного указа Якутским городским полицейским управлением в 1889г. было учтено 40 жен-

щин "вольного" поведения, 2 тайных дома терпимости и 43 женщины-одиночки, занимающиеся проституцией.

Меры, предпринятые для выполнения этого указа, дали свои результаты. По отчетам Якутского городского полицейского управления к 1900г. на территории Якутской области не существовало ни одного дома терпимости, а все женщины "вольного" поведения были сочтены и подвергались регулярному медицинскому освидетельствованию.

В борьбу с распространением сифилиса постепенно включались и сами местные жители. Так, во время случившейся в 1899 г. в одном из населгов 5-го врачебного участка Якутского округа эпидемии сифилиса, врач участка отсутствовал - временно заведовал Якутской гражданской больницей, а вновь назначенный фельдшер еще не прибыл к месту службы. Глава улуса распорядился переписать больных поименно, дознать, как и от кого заболели, поместить отдельно от здоровых в чистом и опрятном помещении, дал знать о случившемся инородной управе, принимал меры против самолечения и просил медицинской помощи [18].

По бедности многие больные скрывали болезнь и не шли в лечебницы. Однако раннее выявление и полное излечение больных было экономически выгодным, т.к. содержание за лечение производилось улусными властями, через инородные управы из средств того наслага, откуда был родом больной. В то же время некоторые родовые старосты намеренно скрывали имеющих в их родах больных, рапортуя перед очередными выборами, что во время их службы не было никаких трат на больницу.

Серьёзные изменения в организации врачебного дела в области произошли в 90-х гг. XIX в. В законе "О преобразовании врачебной части в округах губерний Иркутской, Енисейской и области Якутской", утверждённом 29 мая 1897 г., предусматривались коренные организационные меры. Округа Якутской области были разделены на

10 врачебных участков: пять в Якутском округе, два - в Вилюйском, по одному в Олёкминском, Верхоянском и Колымском округах. Каждый из этих участков имел стационар на 5-10 кроватей, амбулаторию и аптеку.

Закон о преобразовании врачебной части облегчил борьбу с сифилисом, но коснулся лишь Якутского и отчасти Вилюйского округов, поэтому была расширена фельдшерская помощь - были открыты фельдшерские пункты в селе Булун и Нижнеколымске. Фельдшерские пункты способствовали улучшению борьбы с сифилисом, но не могли заменить врачебную помощь [19].

На состоявшемся с 1 по 14 декабря 1897г. съезде врачей Якутской области среди прочих вопросов обсуждались меры по борьбе с распространением сифилиса. Медицинским инспектором Якутской области был сделан доклад, посвященный циркуляру Медицинского Департамента о постановлении съезда сифилидологов. Был обсужден широкий спектр вопросов: от необходимости открытия в Якутске фельдшерской школы и учреждения дополнительных врачебных пунктов до вопросов отпуска медикаментов гражданскому населению.

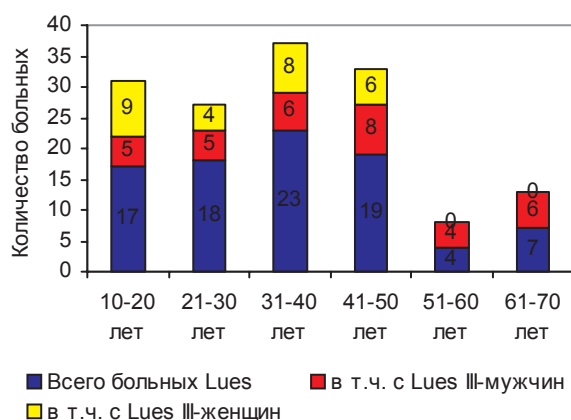
В результате дискуссии съезд пришел к следующему заключению: необходимо улучшение существующей организации врачебной помощи сообразно с местными условиями, до размеров, необходимых для усиления борьбы с сифилисом. Наиболее остро стояли следующие вопросы организации медицинской помощи:

- 1) выделение врачебных участков с устройством лечебницы для общих больных и палатами для сифилитиков;
- 2) увеличение содержания для штатных сотрудников;
- 3) наблюдение и освидетельствование проституток;
- 4) наблюдение и освидетельствование здоровья учащихся;
- 5) организация благотворительно-го общества по борьбе с сифилисом невозможна - по бедности населения.

Таблица 2

Венерические заболевания в Якутской области в 1897–1899 гг. (абс. ч.)

Город с его округом	Больницы и амбулатории						Всего за 3 года	
	1897		1898		1899			
	Lues	Вен.заб.	Lues	Вен.заб.	Lues	Вен.заб.	Lues	Вен.заб.
Якутск	96	49	301	99	239	52	636	200
Олекминск	14	24	37	85	18	66	69	175
Вилюйск	95	11	25	39	95	12	231	62
Верхоянск	43	0	84	17	79	5	206	22
Среднеколымск	88	8	21	1	137	1	253	10
Всего	336	92	468	241	568	136	1395	469



Заболеваемость сифилисом в Верхоянском округе в 1902-1909 гг.

Съезд врачей постановил:

1. Учредить 4 новых врачебных участка с устройством лечебницы для общих больных и палатами для сифилитиков.
2. Увеличить содержание для штатных сотрудников (до 3 тыс.руб. - врачам и 900 руб. - фельдшерам).
3. Учредить якутскую городскую санитарную комиссию по надзору за проститутками.
4. Построить барак при якутской гражданской больнице для лечения больных сифилисом.
5. Увеличить средства на содержание сифилитиков до 200 руб. на койку [10].

В начале XX в., в годы первой мировой и гражданской войн, заболеваемость сифилисом возросла еще больше. Этому способствовал экономический упадок, разрушение сети лечебных учреждений и отъезд из области медицинских работников. Для этого периода времени было характерно снижение числа пациентов с вторичным ("свежим") и увеличение числа пациентов с третичным ("застарелым") сифилисом.

Борьба с сифилисом в XX в.

В 20-х гг. XX в. стратегию и тактику борьбы с сифилисом определили все-

союзные съезды дерматовенерологов. Наркоматом здравоохранения, а позднее Минздравом СССР, организовывались экспедиции для выявления и лечения больных, а также для создания служб постоянной противовенерической помощи. Была построена широкая сеть лечебно-профилактических учреждений, создавались специальные сельские врачебные участки, а также специализированные лечебно-профилактические учреждения - вендиспансеры.

Была создана своя фармацевтическая промышленность, вооружившая врачей противосифилитическими препаратами.

Большое внимание было уделено подготовке специалистов по дерматовенерологии и проведению научных исследований по проблемам венерических болезней.

Результаты научно-исследовательских работ обогатили отечественную научную сифилидологию: были разработаны и внедрены в практику новые методы диагностики, лечения и профилактики сифилиса и других венерических болезней.

Созданная в СССР дерматовенерологическая служба с налаженной системой диспансерных мероприятий и бесплатной общедоступной специализированной помощью сыграла важнейшую роль в предотвращении широкого распространения сифилиса и позволила резко снизить заболеваемость послевоенные годы и последующие десятилетия.

Катастрофический рост заболеваемости сифилисом в целом по России, и в частности в Якутии, начался после распада Советского Союза.

Вместе с тем, как свидетельствует история, эпидемиологическая цепь

распространения сифилитической инфекции вполне управляема и может прерываться при проведении соответствующих медико-профилактических мероприятий.

Литература

1. Афанасьев М.И. Реальная энциклопедия медицинской науки // Медико-хирургический словарь. - СПб, 1892. - 204 с. 11.
2. Гальперин С.Е. Сифилис окраин // Бюллетень Наркомздрава РСФСР. - 1926. - №3. - 61 с.
3. Гребенчиков В.И. Статистические данные о распространении сифилиса и венерических болезней в России // Труды съезда по обсуждению мер против сифилиса в России. - СПб, 1897. - Т.1. - 1 с.
4. Забелин А. Начало и распространение сифилитической болезни и надлежащие меры для охранения от нее народного здоровья // Медицинская газета. - М, 1859. - №50. - 405 с.
5. Кузнецов М.Г. Проституция и сифилис в России. - СПб, 1871. - 319 с.
6. Родзевич Г.И. Исследование о чепучинных лекарствах // Русская медицина. - 1887. - №14. - 251 с.
7. Рохлин Д.Г., Рубашева А.Е. Рентгенопалеопатологическое исследование костных материалов Забайкалья // Известия АН СССР. - 1934. - №7. - С. 2-3.
8. Рохлин Д.Г., Рубашева А.Е. Новые данные о древности сифилиса // Вестник дерматологии и венерологии. - 1938. - №3. - 175 с.
9. Скороходов Л.Я. История русской медицины. - Л., 1926. - 406 с.
10. Нац. Архив, Фонд 306, Опись 2, Дело 131.
11. Нац. Архив, Фонд 306, Опись 1, Дело 148.
12. Нац. Архив, Фонд 306, Опись 1, Дело 453.
13. Нац. Архив, Фонд 306, Опись 1, Дело 625.
14. Нац. Архив, Фонд 306, Опись 1, Дело 787.
15. Нац. Архив, Фонд 306, Опись 1, Дело 694.
16. Нац. Архив, Фонд 306, Опись 1, Дело 824.
17. Нац. Архив, Фонд 306, Опись 2, Дело 148.
18. Нац. Архив, Фонд 306, Опись 2, Дело 150.
19. Нац. Архив, Фонд 306, Опись 2, Дело 179.

А.Н. Стручкова

ЯКУТСКОЕ ГОРОДСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ (1975-1995 гг.)

В этом году Комитет здравоохранения г. Якутска отмечает свой юбилей – 80 лет со дня образования. Для нескольких поколений врачей эта дата не простая – это часть жизни, а порой и вся жизнь, отданная охране здоровья населения нашей республики, ее столицы – г. Якутска. Мне выпала честь возглавлять отдел городского здравоохранения в далекие сейчас 70-е, 80-е до 1995 г.

Вспоминая эти годы, прежде всего вспоминаешь о людях, прекрасных врачах, их каждодневный труд, упорство в достижении поставленной цели. Каждое поколение вносило что-то новое, но при этом никогда не забывало старых, испытанных временем традиций и истин. При горздраве в 70-х годах действовал Совет ветеранов здравоохранения, членами которого состояли уважаемые заслуженные врачи – Любимов Павел Васильевич, Раиса Ипатьевна Вепрева, Виталий Иннокентьевич Попов, Сергей Осипович Мигалкин, Мария Ивановна Дуглас, Михаил Флегонтович Щепетов, Галина Федоровна Рабатович, Клавдия Афанасьевна Токарева, Надежда Ивановна Ковалевская, Мария Павловна Строчкова и другие. Их советы, поддержка оказали большое значение для моих первых действий в роли руководителя городского здравоохранения – это Н.И. Ковалевская, Г.В. Жук, В.Н. Трофимов, С.О. Мигалкин, Р.А. Бергазов, И.Ф. Андреева, Л.Г. Ануфриева, С.М. Минина.

В середине 70-х в системе городского здравоохранения работали 46 самостоятельных медицинских учреждений, в том числе 21 лечебно-профилактического профиля, 8 врачебных и 17 фельдшерских здравпунктов, размещенные на промышленных предприятиях, 18 детских яслей. Все эти учреждения размещались в более 100 зданиях, большинство которых представляли собой деревянные дома барачного типа. В системе горздрава

работали 3,5 тыс. человек, в том числе 700-800 врачей.

Приоритетными направлениями деятельности горздрава в тот период были – защита детства, материнства, профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, травматизма, стоматологии, предупреждение инфекционных заболеваний и укрепление материально-технической базы больниц. Выполнение поставленных задач обеспечивалось реализацией ряда специальных программ по охране здоровья населения города.

Начиная с 70-х годов городским отделом здравоохранения были разработаны и утверждены следующие комплексные программы по охране здоровья населения г. Якутска: “Мероприятия по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания и охраны здоровья населения г. Якутска и его пригородов на 1979 -1985гг.”, “Здоровье населения г. Якутска и его пригородов на 1987-1995 гг.” и “Концепция охраны здоровья населения г. Якутска на период с 1995-2000 гг.”. Кроме этого, управление здравоохранения разработало специальные программы по охране материнства и детства, профилактике туберкулеза, острых кишечных инфекций, гепатита, гриппа, особо опасных инфекций, против курения, предупреждения травматизма и профилактических прививок и другие.

Выполнение поставленных задач перед городским здравоохранением требовало серьезного системного подхода. Требовалось развивать и внедрять новые подходы в работе городского здравоохранения, а также разработать ряд специальных программ по отдельным аспектам охраны здоровья населения. Успешная реализация принятых программ по охране здоровья населения зависела не только от активной работы врачей медицинских учреждений города, а также от понимания и поддержки вышестоящего административного руководства. Высокий уровень и качество здоровья населения обеспечивались при условии хорошо спланированной и скоординированной деятельности органов здравоохранения, партийных, советских, хозяйственных, профсоюзных и других общественных организаций. Деятельность горздрава была тесно связана с работой Министерства здравоохра-

нения Якутии. На протяжении многих лет в должности начальника управления здравоохранения г. Якутска, а впоследствии работая в страховой медицине, мне довелось работать с целым рядом высококвалифицированных, энергичных специалистов-профессионалов, организаторов здравоохранения.

1960-е и 80-е гг. – это время господства социалистической плановой системы во всех отраслях экономики и социального развития, в том числе и в деле оказания медицинской помощи населению. Медицинские учреждения полностью находились на бюджетном финансировании. Такое положение сохранялось до 90-х гг. В этих условиях все нововведения были ограничены и носили внутритраслевой характер. Так, в 70-х гг. в качестве одного из важнейших инструментов повышения качества оказания медицинской помощи стала идея реорганизации работы стационаров. Из-за большой потребности больничного лечения предлагалось произвести увеличение больничных коек, а для повышения качества лечения перевести ряд обычных стационарных медицинских учреждений в разряд специализированных стационаров. В 70-80-е гг. впервые в истории городского медицинского обслуживания были открыты специализированные отделения – нейрохирургическое, анестезиологии и реанимации, урологическое и др. В это же время открыты новые направления в работе здравоохранения города – кардиология, ожоговый центр, генетическая лаборатория, школьная и дошкольная медицина, детские реабилитационные службы.

В конце 70-х гг. в качестве новации произошло внедрение научной организации труда в медучреждениях, была создана новая научно обоснованная система труда медперсонала. Эта работа шла в ногу с реализацией новых программ в системе здравоохранения в масштабе всего Советского Союза.

В начале 80-х гг. становится популярной идея проведения в широком масштабе профилактических мероприятий, которые призваны распознавать болезни и предупреждать их развитие в самом начале. Таким образом, на первый план вышла работа поликлиник и оказываемых ими поликли-

СТРУЧКОВА Александра Николаевна – начальник Управления здравоохранения г. Якутска (1975-95 гг.), засл. врач РСФСР, ЯАССР, отличник здравоохранения СССР, почетный гражданин г.Якутска.

нических услуг. Управление занималось расширением специализированной помощи в поликлиниках города – впервые была введена работа по приему больных к “узким” специалистам с расширенным приемом (по 26 специальностям). Также одним из направлений работы стало внедрение системы всеобщей диспансеризации. Тогда впервые в истории здравоохранения Якутии в 80-е гг. были открыты при поликлиниках кабинеты профилактики заболеваний.

По инициативе педиатрической службы было образовано Детское медицинское объединение, что существенно повысило уровень оказания специализированной помощи детям и усилило кадровые ресурсы.

В рамках реализации вышеуказанных мероприятий устанавливался новый уровень качества оказываемых медицинских услуг, что в свою очередь повышало требование к самим работникам медицинских учреждений. Не случайно, что в конце 80-х гг. в целях повышения профессионального уровня специалистов лечебно-профилактических учреждений городской отдел здравоохранения впервые в общегородском масштабе организовал проведение профессиональных конкурсов: “Лучший участковый терапевт”, “Лучший участковый педиатр” и “Лучшая медицинская сестра”. Практиковалось проведение аттестаций главных врачей и тематической учебы на местной базе.

В силу возрастания в начале 90-х гг. кризисных моментов в социально-экономическом и политическом положении страны здравоохранение нашей республики также находилось в глубоком кризисном состоянии. В 1990 г. Управление городского здравоохранения предложило к обсуждению программу своей дальнейшей работы в условиях рыночных отношений. Одним из приоритетных направлений становится внедрение новых форм организации труда врачей и оказания медицинской помощи населению. Появились хозрасчетная, кооперативная, индивидуальная формы деятельности. Было разрешено вводить внутреннюю аренду, а также создавались условия для организации страховой медицины. В связи с переводом экономики города на рыночную систему были реализованы новые формы работы (платные услуги) в медицинских учреждениях: впервые открыты медицинский кооператив “Рефлекс”, хозрасчетная поликлиника профосмотров, Центр народной медицины, вне-

дрены бригадный метод работы в больницах. Городские аптеки и медучреждения приняли уставы для самостоятельной работы в новых условиях внедрения обязательного медицинского страхования. В 90-х гг. функции республиканских больниц стали выполнять городские медучреждения – отделение экстренной хирургической помощи городской больницы и отделение инфекционной службы.

В результате проведенных городских отделом здравоохранения мероприятий к 1995 г. было достигнуто значительное укрепление материально-технической базы городских медучреждений и повысилось оснащение их современной медицинской аппаратурой.

В этот период успешно работали главными врачами лечебно-профилактических учреждений, внесшие большую лепту в развитие городского здравоохранения и Якутии, заслуженные врачи России Дмитриева Т.П., Очередица В.Г., Попова З.П., Попов А.Г., Николаева Г.А., Алексеев Д.А., Алферьев В.А.; заслуженные врачи Якутии Пресс С.З., Гаврильева Л.И., Александрова Л.П., Шомоева Р.Д., Трикопенко Б.Т., Горнакова Ю.И., Ерина О.В., Сивокозова З.Я., Семина Л.И., Матвеева Л.И., Борисова В.У., Шарина В.М., Погодаев В.И., Токарчук И.Н., Наумова А.А., Гусев П.Г., Демехина М.С.; отличники здравоохранения Еременко А.П., Васильев Н.Н., Сташкова Г.А., Васильева А.Г., Малоземова Г.П., Ягольницер Ю.М., Иванько Т.П., Куклина Л.А. и др.

К началу 1995 г. в г.Якутске и его пригородах действовали 15 амбулаторно-поликлинических учреждений, 9 стационаров на 1265 коек, построено 23 новых городских объекта здравоохранения, 1 каменное общежитие на 400 мест, обеспечена передача 16 помещений под размещение медучреждений и выделено более 100 квартир. Больницы оснастили ультразвуковыми и эндоскопическими аппаратами одноразовыми шприцами, установили современное оборудование в 2 стоматологических поликлиниках, обеспечили компьютерами бухгалтерии и службы медицинской статистики, внедрили хозрасчет, платные медицинские услуги, открыли дневные стационары, детские реабилитационные центры и другие.

Так, объем работы только в 1994 г. показал, что поликлиники пропустили 1,6 млн. посещений в год, в стационарах пролечено более 26 тыс. больных, в дневных стационарах около 1,5 тыс.

чел., профосмотрами охвачено 94 тыс.чел., по скорой и неотложной помощи обслужено 91 тысяча вызовов.

Опыт и профессионализм специалистов помогли выдержать и решить многие острые проблемы перестроечного периода. Отлаженная и четкая работа организаторского звена и главных врачей городских больниц и поликлиник позволила городскому здравоохранению не только справиться с задачами своего обновления, но и перестроиться за достаточно короткий срок, что, безусловно, отразилось на своевременном обеспечении населения доступной квалифицированной медицинской помощью. В разные годы успешно ликвидировали вспышки инфекционных заболеваний в городе – сифилиса, гриппа, гепатита, дифтерии, а также не допускали среди населения заболеваемости холерой, сибирской язвой и бешенством.

Все высокие достижения работы горздрава – результат плодотворной практической деятельности каждого сотрудника управления, работавших со мной в разные годы. Это – заслуженные врачи Республики Саха (Якутия) М.К. Фарафонова, Г.А. Круглова, О.И. Васильева, К.Н. Саморцева, отличники здравоохранения Республики Саха (Якутия) – В.Я.Баишев, А.И.Андреева, А.В. Гутина, Р.М. Белолюбская, Н.Ф. Слепцова, Е.Ю. Алексеева, Н.Н. Слепцова, А.Е. Постников, Е.Н. Лыткина, В.И. Белоусова, заслуженный работник здравоохранения Л.Ф. Бельчусова, М.А. Белых, Н.К. Емельянова, Р.А. Пахомова, Т.Ф. Петрова, Е.Н. Корякина, Г.Н. Тертычная, Т.Г. Макарова, Р.А. Парникова, Н.Д. Козловская, Т.В. Ларионова, В.Н. Цапанова, Л.Н. Буслаева, Г.М. Мельчанова и др.

В настоящее время Комитет здравоохранения г. Якутска возглавляет к.м.н. Е.Е.Борисов, его заместителем работает Н.И.Николаева. Современное руководство, безусловно, отличается от предыдущих большей самостоятельностью, более глубокими знаниями юридических и экономических аспектов развития общества в целом. В новых условиях рыночной экономики именно это становится важным и необходимым условием для успешного развития новой модели муниципальной системы здравоохранения.

Дорогие коллеги, друзья! Сердечно поздравляю всех с 80-летием городского здравоохранения г. Якутска! Желаю вам крепкого здоровья, долгих лет жизни и самое главное – успехов в вашей нелегкой, но такой благородной, нужной работе во имя сохранения и укрепления здоровья людей!



Е.Я. Гостхоржевич

Врач-эпидемиолог, ветеран труда Е.Я. Гостхоржевич была авторитетным наставником молодых специалистов, свой богатый опыт и знания она передала не одному поколению специалистов санитарно-эпидемиологической службы и работников других лечебно-профилактических учреждений республики.

В настоящее время Е.Я. Гостхоржевич находится на заслуженном отдыхе, живет в г. Калуге, однако связи с Якутией не прерывает.

Исполнив пожелание коллег, Елизавета Яковлевна написала цикл воспоминаний под названием «Записки эпидемиолога (моя жизнь)». Министерство здравоохранения РС (Я) сочло нужным опубликовать их, и с данного номера редакция «Якутского медицинского журнала» начинает печатать воспоминания Е.Я. Гостхоржевич.

Вступление

Минуло свыше 40 лет с тех пор, как я ступила на Якутскую землю, чтобы воздать людям долг за данную мне возможность жить и получить знания в детские, школьные и студенческие годы. Сорок лет для трудовой жизни – срок значительный, особенно долгим и тревожным он кажется в начале пути, в конце же этого пути удивительно и необъяснимо сокращается и невольно восклицаешь: «Как быстро пролетело время!». И в самом деле, как быстро оно пролетело!

За эти годы я встречалась, общалась и трудилась со многими людьми. Были среди них яркие личности и необыкновенные люди, способные и менее способные, мудрые и наивные, робкие и настырные, добрые и злые, открытые и коварные, веселые и мрачные, и все они оказывали огромное влияние на формирование моей личности, моего образа жизни.

Общение с коллегами и друзьями, выполнение профессиональных служебных обязанностей, общественная работа многому научили. Жизненный опыт подсказывал, как отличить ложь от правды, распознать, где показное рвение, а где бескорыстное выполнение долга.

Моя трудовая жизнь прошла в основном в аппарате Министерства здра-

воохранения Якутии, где я работала непосредственно под руководством семи министров, шестнадцати заместителей министров, бок о бок трудилась с двадцатью двумя главными специалистами, многими другими работниками министерства. А сколько передо мной прошло руководителей здравоохранения, медицинских работников республиканского, городского и районного звеньев, с которыми непосредственно решались вопросы эпидемиологического благополучия населения.

За эти годы побывала практически во всех населенных пунктах республики. Летать в командировки стало неотъемлемой частью моей жизни. Я совершенно не тяготилась таким образом бытия и очень довольна тем, что жизнь и работа позволили мне многое увидеть, встретиться с разными людьми. Каждая командировка – это новые впечатления, новые ситуации и проблемы, которые нужно было решать. Получение положительных результатов от работы приносило огромную радость и удовольствие, неудачи долго терзали душу, рождали чувство вины и стремление исправить допущенные ошибки. Командировки мои как врача эпидемиолога больше были связаны с осложнениями эпидемической обстановки в связи с возник-

новением инфекционных заболеваний среди населения, также много поездок было и с выполнением плановых заданий.

В труде, буднях и праздниках пролетело свыше 40 лет. За эти годы всё изменилось: и люди, и города, и мода, и политика, и всё остальное. Стал совсем неузнаваем по сравнению с тем далеким 1957 годом город Якутск. Выросли, выучились и определились в жизни мои дети. Поэтому хочется вспомнить наше поколение. Наше время принадлежит нам, для нас оно дорого, и память о прожитых годах всегда будет с нами.

В своих воспоминаниях я не хочу останавливаться только на производственных вопросах, так как значительные вехи задокументированы в справках, актах, постановлениях. Мне же больше хочется рассказать о людях, с которыми я общалась, работала и отдыхала, которых я считаю своими учителями, соратниками и друзьями, оказавшими огромное влияние на меня, на становление меня как специалиста, а может даже личности.

1. Моя жизнь и работа в Якутии

Итак, поздним вечером 15 сентября 1957 г. я и еще трое молодых врачей – Л. Прютц, Р. Семенова, Г. Ковыгин сошли с теплохода «Клавдий Крас-

Е.Я. Гостхоржевич

ЗАПИСКИ ЭПИДЕМИОЛОГА (МОЯ ЖИЗНЬ)

нояров» в речном порту г. Якутска. Все мы были выпускники Ленинградского санитарно-гигиенического медицинского института, направленные по распределению государственной комиссии на работу в Якутскую АССР.

В те годы, хотя и формально, спрашивали о желании выпускника, где он хочет работать, но все решала комиссия согласно плановой разнарядке потребности специалистов на местах.

Выпуск наш был большой, около 600 человек, распределяли по всему Советскому Союзу. Помню, мне было как-то все равно, куда ехать на работу. Когда я вошла в кабинет, где заседала государственная комиссия, я заметила за столом смуглого человека с восточными слегка выпуклыми глазами. Меня представили как хорошую способную выпускницу, активистку, комсомолку. И сразу же я услышала голос смуглого незнакомца: «Поедемте к нам в Якутию работать. Дел у нас много, край наш хотя и холодный, но прекрасный». Я тут же выпалила: «Хорошо, поеду». Так и решилось мое распределение, никто уже не спрашивал о моем желании, все заулыбались и я тоже почему-то улыбалась. Может быть, в это время в глубине моей души, где-то в подсознании на мгновение возникло чувство какой-то своей значимости: меня приглашают работать, куда – это не имело значения, главное приглашают, а не сторонятся. Все сокурсники тоже были рады, но больше потому, что не они попали в далекий край. Только мама, когда узнала о моем назначении, задумалась и грустно сказала: «Нам судьбу исковеркали, детям тоже не дадут жить». На это была причина. Мой отец в 1937 г. был репрессирован с конфискацией всего имущества, а я, мои братья и сестры росли детьми «врага народа», которым нельзя было то, что можно другим. Это мы очень хорошо понимали и даже считали, что так и должно быть.

Якутск нас встретил вечерней прохладой и каким-то розово-малиновым небом. Я очень удивилась, что небо бывает таким. Но встречающий нас инспектор Минздрава ЯАССР Добронравов В.А. (кстати, его фамилия соответствовала его нраву: добрый был человек) нам объяснил, что это северное сияние. Так я впервые увидела это природное явление.

В Минздраве нас пригласил к себе в кабинет министр П.В. Любимов. Конечно, мы были польщены, что с нами говорил сам министр. Мы увидели высокого солидного человека, который улыбался, голос у него был громкий и властный. Он нам рассказал о республике, говорил, как это было принято в

те советские годы, о наших задачах, самоотверженности, патриотизме, любви к людям, профессии, о бескорыстном исполнении своего долга. Впоследствии министра мы таким и воспринимали, каким он в первый раз предстал. Мнение о нем у нас никогда не изменялось, он был большим руководителем, трибуном.

В этот же день в отделе кадров я увидела человека, присутствовавшего на распределении нашего выпуска. Это был начальник отдела кадров Никифоров Федор Петрович. Очень интересный человек, но о нем немного позже. И в тот же день 16 сентября 1957 г. я получила свой первый трудовой приказ за №1174 о назначении меня врачом методистом в Республиканский Дом санитарного просвещения.

Всего я проработала в республике 43 года до ухода на пенсию, в том числе около двух лет в Республиканском Доме санитарного просвещения, почти 10 лет в Республиканской санэпидстанции, 32 года в аппарате Министерства здравоохранения Якутии, из них 26 лет главным эпидемиологом.

В республике меня окружали хорошие люди. Ни со стороны коллег, ни со стороны населения никогда не испытывала неприязнь к себе. Хотя, нет, одна из главных специалистов однажды «бросила» мне в лицо: «Приспособленка». Я долго думала над этим, потом успокоилась: единственная моя приспособляемость – это стремление хорошо работать. Естественно, не всегда хорошо получалось; доделывала, переделывала, исправляла.

Я не могу сказать, что меня преследовал страх, но действительно, я боялась нареканий, потому старалась их избегать, так как любой упрек вызывал в душе такую обиду, такую бурю эмоций, с которой трудно было справиться. Видимо, это чувство записано в подсознании, а истоки её – мое тяжелое детство.

Поэтому стараюсь трудиться с отдачей. Где бы ни была занята, работа мне нравилась, и никогда не посещала мысль, что жизнь сложилась неудачно. Наоборот, я благодарна судьбе, республике и всем людям, с которыми приходилось быть рядом и трудиться.

Конечно, за такой большой жизненный и трудовой срок были и успехи, и огрехи, получала и награды и серьезные порицания. Я никогда не стремилась сделать карьеру, абсолютно лишена чувства зависти, но я очень переживала и страдала, если была не права в служебных выводах, не могла допустить мысли, что я могу быть не права. А для этого нужно было много учиться, непосредственно самой рабо-

тать в очагах инфекции, накапливать опыт, знания.

По роду своей деятельности я очень много ездила, летала по республике, буквально побывала во всех населенных пунктах, во многих оленьих хозяйствах и рыболовческих артелях. Любила заходить в дома жителей, беседовать. Опыт к нам приходит не сразу, а постепенно, и не сам по себе, а в результате огромного труда, и чем чаще лично оказываешься в гуще событий, тем опыт значительнее, а знания прочнее, жаль, что когда приходят знания и этот самый опыт, нужно уходить на покой, то есть на пенсию.

Главным врачом Республиканского Дома просвещения работала Корзинникова Александра Ивановна, о ней как об организаторе можно сказать только лестное. Сколько мы организовали конференций, уроков здоровья, выезжали в командировки с просветительскими кинофильмами, оформляли наглядные пособия, развешивали их по городу, проводили семинары; когда появилось телевидение, организовали постоянную передачу тележурнала «Здоровья». Кстати, первой телеведущей журнала была я, меня сменила Новодворская В.И., её – Шаврова К.В.

В то время регистрировалось много массовых инфекционных и паразитарных заболеваний: трахома, туляремия, полиомиелит, малярия, туберкулез и др. И санитарное просвещение населения, наряду с лечебными мероприятиями, вносило свою весомую лепту в ликвидацию многих заболеваний.

Помню, в сентябре 1959 г. я была направлена в Намский район для организации конференции «За здоровый быт», в процессе подготовки решила посетить все медицинские учреждения от п. Графский Берег до Хомустаха. Все шло хорошо, но были трудности с транспортом, приходилось долго ждать попутных машин. И я по своей наивности решила от с. Хамагатта до Хомустаха пройти пешком, останавливаясь в каждом населенном пункте. Был чудесный осенний день, светило солнце, деревья уже пожелтели. Я шла в одиночестве и мечтала о чем-то прекрасном. Спустя некоторое время погода испортилась, подул ветер и стал накрапывать мелкий нудный дождь. Я стала зябнуть, настроение тоже испортилось. Когда подошла к Никольцам, очень замерзла и мечтала отогреться, выпить чаю на фельдшерском пункте. Оказалось, фельдшер уехал на какой-то остров еще три дня назад оказывать помощь больному и вернется неизвестно когда. Фельдшерский пункт был открыт, но в нем было

очень холодно, печь не топлена, что-то надо было делать. Выбрала я один, как мне показалось, красивый дом, зашла в него. Вход был через пристрой в виде юрты, а сам дом был добротный, бревенчатый. Я зашла, поздоровалась и села на лавку. Никого в этой части дома не было, но было уютно и тепло. Я решила остаться здесь пока не отогреюсь. В это время зашевелилась ситцевая занавеска на двери в основную часть дома и появилась пожилая женщина. Я сказала только одно слово: «Чаю». Женщина ничего не сказала и исчезла. Она долго не появлялась, я подумала, что не собирается меня поить чаем, немного стало обидно, но так как я уже согрелась, решила уйти, чтобы продолжить свой путь. И вот тут-то появилась эта самая женщина с огромным кипящим самоваром, поставила его передо мной на стол. Не трудно было догадаться, что она его разжигала, поэтому долго не появлялась. Следом она вынесла чай, сахар, сметану, лепешки и какое-то

варенье. Сама улыбнулась, ничего не говоря, ушла. Настроение мое круто изменилось. Я хорошо поела, напилась чаю, стало тепло и весело. Нужно сказать спасибо, а женщины опять нет. Конечно, она появилась, стоило мне встать из-за стола. Я ее поблагодарила и ушла. Так я познавала людей. Это было в начале трудового пути и хорошо, что встретился мне добрый человек, а впереди было много лет и много лиц, с которыми мне приходилось встречаться и работать.

Хочется довести до конца рассказ об этом необдуманном моем поступке – идти пешком. Дальше было комично. Дождь перестал идти, но дорога еще длинная, и день перешагнул во вторую свою половину. Появилось огромное желание встретить попутную машину. Машины не было. Но меня догнал трактор, который тащил огромные волокуши, сделанные из толстых бревен. Видимо, это приспособление предназначалось для перевозки сена. Я стала «голосовать», тракторист ос-

таивался, им оказался молодой привлекательный парень. В кабину к нему он посоветовал не садиться, так как там было очень грязно, везде мазут, а на мне были светлое пальто и голубая кокетливая шляпка, украшенная букетиком сирени. Предложил сесть лучше на волокуши. Так я и сделала. Дальнейший путь был сущим адом, я хорошо осознала, что значит ехать по проселочной дороге на таком виде транспорта без амортизационного приспособления. К тому же волокуши бросало то вправо, то влево, из-за этого положение было крайне неустойчивым. Сколько раз я пыталась дать сигнал трактористу, чтобы он остановил трактор, ничего не получалось: крик он не слышал, а руки, чтобы помахать, я не могла оторвать от бревен, опасаясь оказаться под волокушами. Так и въехала я на них в Хомустан, и прокатил меня тракторист под смех и крики ребятишек по всему селу.

(Продолжение следует.)

НАШИ ЮБИЛЯРЫ

Осенью 2006 г. исполнилось 80 лет народному врачу СССР Лидии Ивановне Бабенко. Л. И. Бабенко родилась 19 октября 1926 г. в с. Соломинка Ставропольского края. По окончании в 1944 г. средней школы в г.Грозном Чечено-Ингушской АССР поступила в Дагестанский медицинский институт, а затем по направлению приехала в Якутию. Свою трудовую деятельность Л.И.Бабенко начала заведующей райздравотделом Намского района (1949-53 гг.). С 1962 по 1964 г. возглавляла здравоохранение Кобяйского района. С 1958 по 1962 г., а затем с 1966 по 1968 г. работала врачом-ординатором неврологического отделения ЯРКБ. С 1968 по 1988 г. заведовала 60-коечным неврологическим отделением ЯРКБ. В настоящее время Л.И.Бабенко является врачом-консультантом неврологом РБ №2- Центра экстренной медицинской помощи.



Л.И. Бабенко (справа)

НАРОДНЫЙ ВРАЧ СССР Л.И. БАБЕНКО

Бабенко Л.И. много лет была внештатным неврологом Министерства здравоохранения республики, проводила большую организационную работу по расширению неврологических коек в районах, укреплению и повышению квалификации врачей-неврологов. По её инициативе в 1973 г. для оказания экстренной неврологической помощи в г.Якутске в структуре Станции скорой медицинской помощи была организована специализированная психоневрологическая бригада, а в 1983 г. в числе первых по Дальневосточному региону было открыто нейрососудистое отделение. Совместно с П.А. Петровым и А.И. Владимирцевым Бабенко Л.И. принимала активное участие в изучении краевой патологии виллозного энцефаломиелимита.

За годы заведования Л.И. Бабенко неврологическое отделение в течение ряда лет являлось победителем социалистического соревнования среди подразделений ЯРКБ. В практику отделения были внедрены новые методы обследования и лечения неврологических больных (ПЭГ, миелография, ангиография и т.п.)

Л.И.Бабенко была участником многих общесоюзных и общероссийских съездов врачей-неврологов, делегатом общесоюзного съезда врачей, в течение многих лет возглавляла первичную партийную организацию ЯРКБ,

неоднократно избиралась членом ревизионной комиссии Якутского обкома КПСС. С 2003 г. Л.И.Бабенко член Высшего Совета старейшин Республики Саха (Якутия), она ветеран ВОВ. За свой самоотверженный труд Бабенко Л.И. награждена орденами Октябрьской революции, «Знак Почета», медалью «За доблестный труд», знаком «Отличник здравоохранения», ей присвоено звание «Заслуженный врач ЯАССР».

В 1983 г. за выдающиеся заслуги перед Отечеством в деле охраны населения СССР Лидии Ивановне Бабенко, первой из врачей республики и всего региона Дальнего Востока и Сибири, присвоено почетное звание «Народный врач СССР», она является почетным гражданином Кобяйского улуса и г.Якутска.



Презентация книги «Цветы на вечной мерзлоте»

Зав. неврологическим отделением РБ №2-ЦЭМП Л.Т. Оконешникова

ЗИНАИДА ЕФРЕМОВНА ЛИНЕВА



31 мая 2006 г. исполнилось 60 лет со дня рождения и 36 лет врачебной и научной деятельности заведующей кафедрой фтизиатрии Медицинского института Якутского государственного университета, доктору медицинских наук, профессору, старшему научному сотруднику Якутского НИИ туберкулеза Линевой Зинаиде Ефремовне.

Зинаида Ефремовна родилась 31 мая 1946 г. в г. Якутске в семье служащих. Отец – Андреев Ефрем Николаевич, заслуженный врач РСФСР и ЯАССР, кандидат медицинских наук, один из крупных организаторов фтизиатрической службы в Якутии, основатель и первый директор Якутского филиала Центрального института туберкулеза АМН СССР. Мать – Попова Екатерина Ильинична, заслуженный учитель ЯАССР. С детства Зинаида Ефремовна общалась с корифеями фтизиатрии республики, впитывая их опыт, компетентность. Наверное, тогда и определилась судьба будущего врача и ученого.

После окончания в 1970 г. медико-лечебного факультета Якутского государственного университета свою трудовую деятельность Зинаида Ефремовна начала в Якутском НИИ туберкулеза в должности младшего научного сотрудника терапевтического отделения клиники, работая над проблемой ускорения репаративных процессов в легочной ткани у больных туберкулезом легких (ультразвуковое воздействие в сочетании с антиоксидантами, биогенными стимуляторами и др.).

В 1982 г. Зинаида Ефремовна поступила в заочную аспирантуру Московского НИИ туберкулеза МЗ РСФСР, на

базе которого в 1985 г. была защищена кандидатская диссертация на тему «Этиопатогенетическое лечение деструктивного туберкулеза легких в условиях Крайнего Севера». После этого Линева З.Е. заняла должность старшего научного сотрудника, а с 1994 г. – заведующей терапевтическим отделением клиники Якутского НИИ туберкулеза. В течение многих лет является наставником молодых специалистов и научных сотрудников.

За годы работы в Якутском НИИ туберкулеза Зинаидой Ефремовной были разработаны эффективные методы патогенетической терапии деструктивного туберкулеза легких, научно обоснованы корригирующие мероприятия для устранения дисбиотических нарушений кишечника, формирующихся в ходе длительной противотуберкулезной химиотерапии. Результаты этих исследований легли в основу докторской диссертации на тему «Дисбактериоз кишечника и методы его коррекции у больных туберкулезом легких», успешно защищенной на специализированном диссертационном совете при Центральном НИИ туберкулеза РАМН в 1995 г.

С 1998 г. Зинаида Ефремовна врачебную и научную работу стала сочетать с преподавательской деятельностью в Медицинском институте ЯГУ на курсе фтизиатрии. Организация кафедры фтизиатрии была инициирована первым Президентом РС (Я) М.Е. Николаевым. Так, в 2001 г. при непосредственном участии Линевой З.Е. в Медицинском институте была организована кафедра фтизиатрии, которую она и возглавляет по настоящее время. На базе кафедры существуют клиническая интернатура и ординатура, а с 2005 г. – аспирантура, с 2000 г. – сертификационные циклы по фтизиатрии для врачей-фтизиатров практического звена. Неоднократно кафедра занимала первые места в рейтингах Медицинского института и Якутского государственного университета.

Линева З.Е. имеет более 110 научных трудов, является автором патента РФ, ряда методических рекомендаций, четырех врачебных пособий по лечению туберкулеза легких и двух

учебных пособий. В 2003 г. стала обладателем Гранта РГНФ РФ для исследования «Течение туберкулеза легких у детей раннего и дошкольного возраста в экологически неблагоприятной территории Вилюйского бассейна». Под руководством Зинаиды Ефремовны защищены 2 кандидатские диссертации, осуществлялись 5 научно-исследовательских программ по актуальным вопросам фтизиатрии. Подготовлена к печати монография «Дисбактериоз кишечника и методы его коррекции у больных туберкулезом легких», где сфокусированы результаты многолетнего научного труда.

Основные научные интересы деятельности Линевой З.Е. – разработка новых технологий химиотерапии, изучение механизмов излечения, применение нетрадиционных неспецифических патогенетических средств, реабилитация больных туберкулезом. С результатами этих исследований Зинаида Ефремовна принимает участие в научно-практических конференциях фтизиатров, терапевтов.

В качестве врача-фтизиатра З.Е. Линева посетила многие районы Якутии с целью практической помощи, как старший научный сотрудник принимала участие в работе региональных и республиканских семинаров, совещаний, российских съездов и конгрессов.

Линева З.Е. – врач высшей квалификационной категории, отличник здравоохранения РС (Я), член ученых советов МИ ЯГУ, ГУ ЯНИИТ МЗ РС (Я), специализированного совета по защите кандидатских диссертаций, научно-методического, административного и научно-технического советов МИ ЯГУ, вице-президент общественной организации «Народная академия здоровья». В мае 2006 г. Зинаиде Ефремовне решением ВАК было присуждено звание «профессор фтизиатрии».

Зинаида Ефремовна – заботливая и любящая мама двух замечательных дочерей, экономистов по образованию.

Коллеги и ученики, сотрудники противотуберкулезной службы Якутии сердечно поздравляют Зинаиду Ефремовну с юбилеем и желают счастья, здоровья, дальнейших успехов в научной и преподавательской деятельности.

ПАМЯТЬ

АЛКИВИАД ИСИДОРОВИЧ ИВАНОВ

25 декабря 2006 г. организатору и первому директору ЯНЦ РАМН и Правительства Республики Саха (Якутия), талантливому хирургу, заслуженному врачу РС (Я), заведующему кафедрой госпитальной хирургии Медицинского института ЯГУ им. М.К. Аммосова, доктору медицинских наук, профессору, известному спортсмену, мастеру спорта СССР по вольной борьбе, двукратному чемпиону России по вольной борьбе Алкивиаду Исидоровичу Иванову исполнилось бы 65 лет.

А.И. Иванов родился 25 декабря 1941 г. в селе Кюндэйэ Сунтарского района. Детские и школьные годы А.И. Иванова прошли в якутском селе в трудные, но полные радости, вдохновения и энтузиазма послевоенные годы. Как сельчанин Алкивиад вырос и возмужал, занимаясь физическим трудом на сельскохозяйственных работах.

После окончания Сунтарской средней школы А. Иванов закончил Криво-рожское авиационное училище и три года работал в аэропорту г. Якутска авиатехником. В те годы он в свободное время усиленно занимался спортом, где выбрал вольную борьбу, обращал внимание на повышение физической подготовки и борцовской техники.

В то же время, укрепившись в сознании, что иметь самому крепкое здоровье – это одно, а помочь тем, у кого оно слабое – это важнее, принял решение стать врачом. И в 1965 г. А. Ива-

нов стал студентом медико-лечебного факультета Якутского госуниверситета. Будучи студентом МЛФ ЯГУ, он участвовал и побеждал во всесоюзных соревнованиях по вольной борьбе, стал членом сборной команды СССР.

Алкивиад Иванов в 70-х гг. XX в. был кумиром мальчиков и юношей республики, мечтавших стать борцами, пользовался непререкаемым авторитетом среди любителей и специалистов вольной борьбы. Многие поколения борцов выросли, подражая ему, следуя за ним. Ибо он был ярким примером борца с классически отточенной техникой, силой и выносливостью, волей к победе, примером спортсмена и человека, через всю свою жизнь пронесшего любовь и верность физической культуре и спорту.

Высокие спортивные достижения молодого борца в 1964 г. были отмечены Почетной грамотой Верховного Совета и Совета Министров Якутской АССР. В 1970 г. имя Алкивиада Иванова было занесено в Книгу Почета Якутского государственного университета.

С 1971 г., после успешного окончания медико-лечебного факультета ЯГУ, А.И. Иванов свою жизнь до конца прочно связал с медициной. Выбрав одно из трудных и интересных направлений медицины – хирургию, А.И. Иванов стал известным в республике хирургом, пытливым ученым, талантливым педагогом, авторитетным и мудрым наставником студентов, молодых врачей и ученых.

С 1971 по 1975 г. он работал врачом-ординатором, затем заведующим хирургическим кабинетом Якутской городской больницы. После окончания очной аспирантуры на кафедре общей хирургии 2-го Московского государственного медицинского института им. Н.И.Пирогова в 1979 г. одним из первых в Якутии успешно защитил кандидатскую диссертацию в области сосудистой хирургии.

Работал ассистентом кафедры хирургии медико-лечебного факультета ЯГУ по курсу общей хирургии, а в 1987 г. был утвержден в звании доцента. С 1991 до 2005 г. был заведующим кафедрой госпитальной хирургии. Научные интересы А.И. Иванова относятся к разным разделам хирургии, но основное внимание Алкивиад Исидорович уделял проктологии. Им создана в Якутии школа хирургов - проктологов и гастроэнтерологов, он имеет много



последователей и учеников, под его руководством защищались кандидатские диссертации, подготавливались высококвалифицированные кадры практических врачей-хирургов. Работая в Мединституте ЯГУ, Алкивиад Исидорович возглавлял проктологическое отделение Республиканской больницы и проводил научные исследования в области проктологии. До 1987 г. в Якутии пластические операции на толстой кишке практически не проводились. А.И. Иванов начал успешно проводить такие операции, усовершенствовал их методику, разработал ряд новых методик, защищенных патентами РФ, собрал богатый научный материал и в 1996 г. успешно защитил докторскую диссертацию.

Профессор А.И. Иванов выполнял сложные операции на желудке, печени, ободочной кишке. Сегодня во всех уголках республики трудятся много людей, заново познавших радость жизни благодаря спасительному





скальпелю искусного хирурга А.И. Иванова, его коллег и учеников.

Алкивиад Исидорович как один из ведущих специалистов по проблемам абдоминальной хирургической патологии пользовался заслуженным уважением и признанием в научных кругах Российской академии медицинских наук. Заслуженные успехи А.И. Иванова как врача, ученого, педагога и его авторитет как руководителя в образовательном и научном сообществе страны нашли свое отражение в назначении его в 2001 г. директором Якутского научного центра РАМН и Правительства РС (Я).

А.И. Иванов за короткое время создал сплоченный коллектив единомышленников, где проявились его большой опыт врача, ученого и талант умелого организатора. В 2002-2005 гг. успешно пройдя этап становления, ЯНЦ РАМН и Правительства РС (Я) стал головной научной организацией республики. Кроме научно-организационной и научно-методической деятельности, основными направлениями научно-исследовательской работы центра стали: экология и здоровье населения - разработка методов профи-

лактики, диагностики, мониторинга и лечения наиболее распространенных неинфекционных заболеваний; состояние здоровья работающего населения и профилактика профессиональных заболеваний; генетико-эпидемиологические и молекулярно-генетические исследования врожденной патологии, наследственных и мультифакториальных болезней среди населения РС (Я); биохимические и иммунологические исследования молекулярных и клеточных механизмов гомеостаза в условиях арктического региона; изучение биохимических и морфофункциональных адаптационных изменений у лиц, занимающихся спортом; клинико-патогенетическое изучение особенностей холдовой травмы в условиях Якутии; научное обоснование внедрения новых и информационных технологий в лечебно-профилактических учреждениях РС(Я).

Была налажена тесная связь с такими научными центрами, исследовательскими институтами, научными учреждениями, как Институт биохимии и генетики Уфимского научного центра РАН, Томский научный центр медицинской генетики, НЦ сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН (Москва), НИИ медицины труда РАМН (Москва), НИИ терапии СО РАМН (Новосибирск), Российский государственный медицинский университет (Москва), а также с зарубежными центрами, в том числе с НИИ мозга (Ниигата, Япония), Эстонским Биоцентром (Тарту).

В 2002-2005 гг. ЯНЦ РАМН и Правительства РС (Я) были проведены региональные и международные научно-практические конференции по различным научным направлениям.

В 2003 г. ЯНЦ РАМН и Правительства РС (Я) был учрежден «Якутский медицинский журнал», в становлении которого А.И. Иванов как главный редактор внес большую лепту. По направлению своей деятельности, ее масштабам и характеру, журнал стал научно-организационным печатным органом медицинской общности республики.



Алкивиад Исидорович является автором более 80 научных трудов, в том числе 2 монографий и ряда методических и учебных пособий. Под руководством и консультацией профессора А.И. Иванова выполнены и защищены 3 докторских и более 10 кандидатских диссертаций по актуальным проблемам абдоминальной хирургии. Из его учеников д.м.н. А.В. Тобохов в настоящее время, переняв эстафету от учителя, заведует кафедрой госпитальной хирургии Медицинского института ЯГУ им. М.К. Аммосова, к.м.н. Н.П. Степанов работает главным хирургом Министерства здравоохранения РС (Я).

Дружная счастливая семья Алкивиада Исидоровича была для него крепкой опорой, вдохновляющей к новым достижениям. С супругой Клавдией Алексеевной, заслуженной артисткой ЯАССР и РСФСР, одной из первых профессиональных балерин республики они прожили вместе 39 полных любви и взаимопонимания, благополучия и счастья лет. Вместе вырастили дочь Ньургяну и стали счастливыми дедушкой и бабушкой для внуков Дархана и Далана.

Алкивиад Исидорович любил родную природу, был заядлым охотником, Но трудно сказать, чего он больше получал во время охоты – удовлетворение от добытого трофея или радость и умиротворение от встречи с красотой и прелестями якутской тайги и тундры, озер и рек, речных долин и заснеженных горных хребтов.

А.И. Иванову за плодотворную деятельность в практическом здравоохранении было присвоено звание «Заслуженный врач Республики Саха (Якутия)», он был награжден знаками «Отличник здравоохранения», «Отличник физической культуры», «Лауреат спорта XX века» Республики Саха (Якутия). Неоднократно был отмечен гра-



мотами ЯГУ, в 1996 г. награжден Почетной грамотой Госкомвуза РФ за заслуги по подготовке медицинских кадров.

А.И. Иванов являлся Почетным гражданином родного Сунтарского

улуса, постоянно поддерживал тесную связь со своими земляками.

Алкивиад Исидорович любил жизнь во всех ее проявлениях. К сожалению, он ушел из жизни неожиданно рано и в расцвете творческих сил. Он оставал-

ся активным и энергичным человеком до конца своей жизни, которая является ярким примером беззаветного служения своему любимому делу – врачеванию, педагогической и научной работе.

Коллектив сотрудников ЯНЦ РАМН и Правительства РС (Я).

ОБЪЯВЛЕНИЯ. ИНФОРМАЦИЯ

УКАЗАТЕЛЬ МАТЕРИАЛОВ, ОПУБЛИКОВАННЫХ В «ЯКУТСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ЖУРНАЛЕ» В 2006 г.

Передовая статья

Иванов П.М., Томский М.И., Иванова Ф.Г., Каратаев П.Д. Проблемы и перспективы специализированной помощи больным раком легкого в Республике Саха (Якутия) - 4 (16)' 05 – 4.

Назаров А.Н., Неустроева Л.Д., Грязнухина Н.Н. Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» в Республике Саха (Якутия) - 3 (15)' 06 – 4.

Попов В.С., Захаров П.И. Организационные аспекты становления кардиохирургической службы РС (Я) - 1 (13)' 06 – 4.

Томский М.И. Якутский научный центр РАМН и Правительства РС (Я) – модель эффективной интеграции медико-биологических наук и практического здравоохранения - 2 (14)' 06 – 4.

Оригинальные статьи

Барашков Н.А., Терютин Ф.М., Сухомясова А.Л., Максимова Н.Р., Джемилева Л.У., Гуринова Е.Е., Федотова Э.Е., Тапыев Е.В., Валиев Р.Р., Кононова С.К., Федорова С.А., Хуснутдинова Э.К., Ноговицына А.Н. Анализ локуса *CX26AU* гена *GJB2* у больных наследственной нейросенсорной тугоухостью и глухотой из РС (Я) - 2 (14)' 06 – 11.

Бурцева Т.Е., Баишева Г.М., Часнык В.Г., Баишев М.А., Авксентьев В.И., Аргунов В.А. Новая автоматизированная технология диспансеризации детского населения в Республике Саха (Якутия) - 4 (16)' 06 – 14.

Вахнин М.В., Гузь В.Н. Особенности эпидемиологии холодовой травмы (на примере Алданского района РС (Я)) - 1 (13)' 06 – 7.

Григорьева Л.В., Романова А.Н., Кылбанова Е.С., Махарова Н.В., Тарабукина Л.В. Распределение частот генотипов и аллелей полиморфных локусов генов-кандидатов сердечно-со-

судистых заболеваний в якутской популяции и анализ ассоциаций с инфарктом миокарда - 2 (14)' 06 – 16.

Голокова В.С., Алексеев С.Н., Ефремова С.Д., Захарова Ф.А. Иммуногематологический статус больных с отморозжениями - 1 (13)' 06 – 11.

Дуглас Н.И., Борисова Е.А. Перinataльные исходы у женщин с урогенитальной инфекцией (на примере хламидий и вирусов) - 2 (14)' 06 – 29.

Егорова А.Г., Уварова Т.Е., Софронова С.И., Саввина М.С. О состоянии здоровья работающего населения в различных регионах Республики Саха (Якутия) - 4 (16)' 06 – 7.

Иванов П.М., Макарова Н.Н., Афанасьева Л.Н., Наумова А.И., Мыреева С.А., Сметанина В.Д. Цитологический метод исследования и его диагностическая значимость в уточнении очерченности группы повышенного риска и профилактике - 2 (14)' 06 – 32.

Иванов Ю.С., Кравченко А.Ф. Метод временной экстраплевральной пломбировки при торакопластике в клинике легочного туберкулеза - 2 (14)' 06 – 23.

Кравченко А.Ф., Алексеева Г.И., Винокурова М.К., Чуркин А.А. Место хирургии в оздоровлении больных с множественно-лекарственно-устойчивым туберкулезом легких - 2 (14)' 06 – 26.

Курганова В.А., Молоков В.Д., Васильева Л.С. Клиническая оценка эффективности применения трансмембранного диализа композиционного раствора янтарной кислоты и витаминов В₁, РР, С при лечении пародонтита - 3 (15)' 06 – 10.

Кылбанова Е.С., Малютин С.К., Щербакова Л.В., Симонова Г.И. Липиды крови и частота дислипидемий среди пришлого населения Якутии - 1 (13)' 06 – 26.

Лоскутова К.С., Аргунов В.А. Рак желудка на фоне НР-ассоциированно-

го гастрита: вопросы канцерогенеза – 1 (13)' 06 – 22.

Макимова С.С., Протопопова Р.Н., Кривошапкин В.Г., Эрдес Ш.Ф. Распространенность ревматоидного артрита среди сельских жителей Республики Саха (Якутия) - 4 (16)' 06 – 19.

Николаев В.М., Гольдерова А.С. Особенности адаптационной реакции у экспериментальных животных при воздействии низких температур - 4 (16)' 06 – 21.

Олесова Л.Д., Охлопкова Е.Д. Оценка обеспеченности организма спортсменом макроэлементами - 4 (16)' 06 – 16.

Павлова З.В., Тобохов А.В. Морфофункциональные характеристики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пациентов с висцероптозом - 1 (13)' 06 – 19.

Павлова Т.Ю., Филиппова Р.Д., Сидорова Л.А., Буторина А.Н., Аргунов В.А. Абдоминальное родоразрешение в стационаре высокого риска - 4 (16)' 06 – 23.

Посельская Л.П., Матвеева Н.П. Влияние неблагоприятных медико-социальных факторов на психическое здоровье детей и подростков – 1 (13)' 06 – 13.

Романова А.Н. Атеросклероз коронарных артерий и частота основных факторов риска у мужчин якутской национальности с ишемической болезнью сердца - 3 (15)' 06 – 6.

Слепцова Л.А., Аверко Н.Н., Горбатов Ю.Н. Сравнительная оценка течения вторичного инфекционного эндокардита при дефекте межпредсердной перегородки у жителей Крайнего Севера и средней полосы России - 4 (16)' 06 – 12.

Тарабукина Л.В., Петрова С.Р., Константинова В.М., Анучина Е.И. Значение скорректированного интервала QT

у больных постинфарктным кардиосклерозом - 4 (16)' 06 - 10.

Томило И.В., Молоков В.Д. Эффективность лечения хронического генерализованного пародонтита методом внутриротового трансмембранного диализа лекарственной композицией - 1 (13)' 06 - 15.

Третьякова Н.Н., Фарафонова Е.Н. Клинико-компьютерно-томографическое исследование инсульта - 3 (15)' 06 - 11.

Эверстова А.В., Петрова П.Г., Егорова Г.А. Физическое развитие детей - якутов дошкольного возраста, проживающих в сельской местности РС (Я) - 2 (14)' 06 - 20.

Организация здравоохранения и медицинской науки

Адамова Д.В. Эпидемиологическая служба в РС(Я) - 4 (16)' 06 - 30.

Васильева С.Г. Практическое обучение в Якутском базовом медицинском колледже - 3 (15)' 06 - 19.

Вербицкая Л.И. Принципы формирования концепции охраны здоровья матери и ребенка в Республике Саха (Якутия) на современном этапе - 4 (16)' 06 - 26.

Гостхоржевич Е.Я. Записки эпидемиолога (моя жизнь). Часть 1. - 4 (16)' 06 - 80.

Егоров Б.А. Об учителе - 4 (16)' 06 - 31.

Егоров И.Я. О деятельности Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия) на стыке XX и XXI веков - 4 (16)' 06 - 28.

Иванова М.Н. Образовательный процесс в Якутском базовом медицинском колледже - 3 (15)' 06 - 17.

Лебедева Т.Н. Якутский базовый медицинский колледж - инновационное учебное заведение - 3 (15)' 06 - 16.

Лебедева Х.Н., Николаев В.П. Среднее медицинское образование в Якутии: истоки, развитие и перспективы - 1 (13)' 06 - 30.

Семенова Л.В. Совершенствование непрерывного последипломного образования специалистов со средним медицинским образованием - 3 (15)' 06 - 23.

Тарабукина С.М. Система лекарственного обеспечения РС (Я) в условиях реформирования здравоохранения - 2 (14)' 06 - 39.

Тимофеев Л.Ф. Анализ некоторых показателей здравоохранения в зависимости от удаленности улусов (районов) от центра республики - 2 (14)' 06 - 38.

Тихонов Д.Г. Государства постсоветского пространства - упущенные возможности или несбывшиеся надежды

в области охраны здоровья - 1 (13)' 06 - 34.

Тырылгин М.А. Обоснование необходимости сохранения противотуберкулезной службы в муниципальных образованиях РС (Я) - 1 (13)' 06 - 42.

Ядреева Н.И. Научно-методическая работа в Якутском базовом медицинском колледже - 3 (15)' 06 - 21.

Ядреева Н.И. Педагогические кадры среднего медицинского образования в РС (Я) - 1 (13)' 06 - 39.

Ядреева Н.И., Семенова Л.В. Повышение квалификации, сертификация и аттестация среднего медицинского персонала в РС (Я) - 2 (14)' 06 - 35.

Методы исследования

Томило И.В., Молоков В.Д. Применение ЛДФ в оценке эффективности лечения больных с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени тяжести - 1 (13)' 06 - 43.

Здоровый образ жизни. Профилактика

Миронова Г.Е., Васильев Е.П. Курение как фактор риска развития хронических обструктивных заболеваний легких - 4 (16)' 06 - 32.

Иванова М.Н., Поляков И.В., Зеленская Т.М. Некоторые аспекты социально-гигиенической характеристики состояния здоровья учащихся ССУЗ Республики Саха (Якутия) - 3 (15)' 06 - 25.

Тимофеев Л.Ф., Кривошапкин В.Г., Протопопова Р.Н. Заболеваемость хроническим алкоголизмом и алкогольным психозом в арктической группе улусов - 1 (13)' 06 - 46.

Актуальная тема

Егорова Г.А. Демографические показатели основных медико-географических зон Республики Саха (Якутия) - 4 (16)' 06 - 40.

Тихонов Д.Г. Арктика - настоящее и будущее - 3 (15)' 06 - 27.

Тихонов Д.Г. Коренное население Арктики. Прошлое, настоящее и будущее. - 4 (16)' 06 - 36.

Тихонов Д.Г. Медико-географическое районирование территории РС (Я) и проблемы профилактики злокачественных новообразований - 1 (13)' 06 - 48.

Неустроева Т.С., Скосырева Г.А. Особенности воспроизводительной функции и проблемы соматического здоровья сельских женщин РС (Я) - 2 (14)' 06 - 43.

Петрова Л.И., Алферьев В.А. Заболеваемость сифилисом населения РС (Я) за период 2003-2005 гг. - 2 (14)' 06 - 46.

Слепцова С.Д. От эксперимента - к реальным делам (создание службы медико-психологической помощи в РБ № 2 - ЦЭМП) - 1 (13)' 06 - 52.

Часнык В.Г., Аврусин С.Л., Бурцева Т.Е., Томский М.И., Аргунов В.А., Николаева Л.А., Яковлева С.А., Никифорова М.Е. Международная программа по изучению медико-социальных аспектов жизни детей коренных народов Крайнего Севера: некоторые итоги экспедиции 2006 года и перспективы дальнейшей работы - 3 (15)' 06 - 31.

Экономика здравоохранения

Борисов Е.Е., Сивцева В.Е. Проблемы эффективности оценки качества лечения - 1 (13)' 06 - 71.

Егоров В.Я. Источники, формы и методы финансирования медицинских учреждений Республики Саха (Якутия) в условиях рыночной экономики - 1 (13)' 06 - 74.

Егоров В.Я. Формирование стратегии укрепления здоровья населения - 2 (14)' 06 - 74.

Обмен опытом

Андреев Б.В., Игнатьев В.Г., Бобий Б.В. Алгоритм действий ГУ «Республиканский центр медицины катастроф» МЗ РС (Я) при выполнении санитарного задания - 1 (13)' 06 - 57.

Аргунова В.М., Мухаметова, Алексеева Е.И. Опыт применения инфликсимаба при ювенильном спондилоартрите в РС (Я) - 2 (14)' 06 - 48.

Борисова Е.А., Дуглас Н.И. Профилактика невынашивания беременности у женщин с воспалительными заболеваниями урогенитального тракта - 4 (16)' 06 - 47.

Курбатова Т.Н. Клиническая эффективность антихеликобактерной терапии у работников угольной промышленности в условиях Крайнего Севера (на примере предприятий объединения «Якутуголь») - 3 (15)' 06 - 34.

Махарова Н.В., Пинигина И.А., Захарова А.А., Кузьмина Н.Г. Физическое перенапряжение сердечно-сосудистой системы у спортсменов - 4 (16)' 06 - 44.

Павлова З.В., Тобохов А.В. Хирургическое лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных с висцероптозом - 1 (13)' 06 - 56.

Петрова М.Н., Маркова О.Г., Саввина Г.Р., Трофимова Н.И. Эффективность имплантируемого кардиовертера-дефибриллятора при остановке сердца у больных, перенесших инфаркт миокарда и внезапную смерть - 3 (15)' 06 - 33.

Попов В.С., Васильев А.И., Павлов И.А., Николаев А.В., Петров И.И. Пятилетний опыт трансплантации родственной почки в РБ № 1 - НЦМ - 1 (13) " 06 - 53.

Точка зрения

Андреева А.К. Пути улучшения качества жизни детей с эпилепсией - 2 (14) " 06 - 56.

Баишева Г.М., Гузева В.И. Оптимизация терапии эпилепсии в Якутии - 2 (14) " 06 - 49.

Егоров Б.А. Первоочередные задачи по совершенствованию организации медицинского обеспечения охраны здоровья населения РС (Я) в новых условиях (тезисы) - 2 (14) " 06 - 53.

Петрова Э.Г. Роль психолога в лечебных учреждениях - 1 (13) " 06 - 59.

Платонов Ф.А. Состояние и перспективы развития медицинской науки в Якутии - 1 (13) " 06 - 61.

Собачевский А.А., Пуляева Е.Л. Особенности расчета показателя распространенности ВИЧ на территории РС (Я) - 2 (14) " 06 - 54.

Официальная информация

Итоговая коллегия Министерства здравоохранения РС (Я) - 2 (14) " 06 - 57.

Постановление Правительства Российской Федерации от 20 апреля 2006 г. № 227 «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 30 января 2002 г. № 74 «Об утверждении Единого реестра ученых степеней и ученых званий и Положения о порядке присуждения ученых степеней» - 3 (15) " 06 - 38.

Рекомендации Межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные проблемы охраны труда в Республике Саха (Якутия)» - 3 (15) " 06 - 36.

Указ Президента Республики Саха (Якутия) «О мерах по увековечению памяти Алкивиада Исидоровича Иванова - 3 (15) " 06 - 41.

Трибуна главного специалиста

Аргунов В.А. Состояние и перспективы развития патологоанатомической службы в Республике Саха (Якутия) - 4 (16) " 06 - 55.

Из хроники событий года - 1 (13) " 06 - 62; 2 (14) " 06 - 62; 3 (15) " 06 - 42; 4 (16) " 06 - 51.

Научные обзоры и лекции

Вахнин М.В., Гузь В.Н. Современные взгляды на методы лечения отморожений конечностей в дореактивном периоде - 1 (13) " 06 - 67.

Величковский Б.Т. Социальный стресс, трудовая мотивация и здоровье - 3 (15) " 06 - 44.

Дуглас Н.И., Борисова Е.А. Современные представления о проблеме репродуктивных потерь - 2 (14) " 06 - 66.

Павлов Н.Г., Алексеева Г.И., Черных М.В. Новые технологии в лабораторной диагностике туберкулеза - 4 (16) " 06 - 62.

Томило И.В., Молоков В.Д., Ушницкий И.Д. Клинические аспекты болезней пародонта на современном этапе - 2 (14) " 06 - 71.

Федорова А.А., Томская Т.Ю., Махорова Н.В. Современные подходы в лечении фибрилляции и трепетания предсердий - 4 (16) " 06 - 56.

Случай из практики

Васильева Н.А., Прокопьева И.И. Случай лейкоэмической опухоли головного мозга с успешным лечением - 4 (16) " 06 - 53.

Габышев А.Н., Грызлов А.Ю., Сивцев В.В. Гипернефрома у больного с подковообразной почкой - 4 (16) " 06 - 53.

Габышев А.Н., Грызлов А.Ю., Трофимов Ю.А., Николаев Г.Н., Сивцев В.В., Павлов И.А. Карбункул почки при остром лейкозе - 1 (13) " 06 - 80.

Семенов П.Н., Контогоров И.И., Матвеева С.П., Аргунов В.А., Труфанов А.С. Гигантская менигиома сосудистого сплетения бокового желудочка головного мозга - 1 (13) " 06 - 78.

Комментарий юриста

Шадрин В.П., Гордеев В.И., Тимченко Г.П. Современные этические и медико-юридические проблемы в работе анестезиологов-реаниматологов - 4 (16) " 06 - 68.

Страницы истории

Алексеева Г.И. Прошлое и настоящее фтизиобактериологии Якутии - 4 (16) " 06 - 69.

Егоров В.Я. Введение системы обязательного медицинского страхования - инвестиции в здравоохранение РС (Я) - 1 (13) " 06 - 86.

Маркова О.Г. Ревматологическому отделению 15 лет - 1 (13) " 06 - 84.

Николаев В.П., Иванов В.И., Габышева Л.В.

Врач Кокшарский - 1 (13) " 06 - 82.

Павлова З.В. Сифилис в Российской империи: заболеваемость и борьба с сифилисом в Якутской области - 4 (16) " 06 - 73.

Стручкова А.Н. Якутское городское здравоохранение (1975-1995 гг.) - 4 (16) " 06 - 78.

Наши юбиляры

З.Е. Линева - 4 (16) " 06 - 83.

К 10-летию Института здоровья академии РС (Я) - 2 (14) " 06 - 81. Медицинскому отделению Жатайского лицея 15 лет - 2 (14) " 06 - 85.

К 30-летию выпуска студентов МЛФ-70 - 2 (14) " 06 - 86.

Народный врач СССР Л.И. Бабенко - 4 (16) " 06 - 82.

Николаев В.П., Семенов П.А. Этапы большого пути (Министерству здравоохранения Республики Саха (Якутия) - 60 лет) - 3 (15) " 06 - 54.

П.Д. Каратаев - спортсмен, врач, организатор здравоохранения - 3 (15) " 06 - 60.

Память

Памяти Д.М. Крылова - 2 (14) " 06 - 90.

П.А. Петров - врач, ученый, организатор здравоохранения - 2 (14) " 06 - 92.

Первоклассный доктор и удивительный человек - 2 (14) " 06 - 88.

Николаев В.П. Врач Гурьев - 3 (15) " 06 - 61.

Протопопов М.Ф. Из воспоминаний о прошлом и пройденном с благодарностью Якутской фельдшерско-акушерской школе - 3 (15) " 06 - 65.

Объявления. Информация

Информация о научно-практических конференциях - 1 (13) " 06 - 87.

Указатель материалов, опубликованных в «Якутском медицинском журнале» в 2006 г. - 4 (16) " 06 - 86.

