
ВРАЧ- АСПИРАНТ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Основан в 2004 г.

**2006
№ 4(13)**

Научная книга



2006

Издательство "Научная книга"

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия

ПИ N ФС 6-0237 от 19 сентября 2005 г.

ISSN 1816-5214

Журнал выходит шесть раз в год

ВРАЧ-АСПИРАНТ

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Буткевич А.Ц., д-р мед. наук, профессор (Москва)

Клейн К.В., д-р мед. наук (Липецк)

Кравец Б.Б., д-р мед. наук, профессор (Воронеж)

Луцевич О.Э., д-р мед. наук, профессор (Москва)

Синюкова Г.Т., д-р мед. наук, профессор (Москва)

Шайн А.А., д-р мед. наук, профессор (Тюмень)

Координатор проекта **Кравец О.Я.**, д-р техн. наук, профессор (Воронеж)

Ответственный секретарь **Логвин Е.В.** (Саратов)

Статьи, поступающие в редакцию, рецензируются. За достоверность сведений, изложенных в статьях, ответственность несут авторы публикаций. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов материалов. При перепечатке ссылка на журнал обязательна.

Правила для авторов доступны на сайте журнала <http://www.sbook.ru/vrasp>

Материалы публикуются в авторской редакции.

Адрес редакции:

394077 Воронеж, ул. Маршала Жукова, дом
3, комн. 244

Телефон: (4732)137653

Факс: (4732)417791 авт

E-mail: vr-asp@yandex.ru

<http://www.sbook.ru/vrasp>

Учредитель и издатель: ООО Издательство "Научная книга"

<http://www.sbook.ru>

Свободная цена

Подписано в печать 20.07.2006. Заказ 79. Тираж 1000. Усл. печ. л. 6,0. Уч.-изд.л. 5,9.

© Врач-аспирант, 2006

Содержание

1. Онкология. Иммунология

Вашакмадзе Н.Д., Подчерняева Н.С., Меграбян М.Ф. Роль гипергомоцистеинемии при системных заболеваниях соединительной ткани у детей	292
Кузнецова И.А., Кравец Б.Б. Структура и сроки возникновения полинеплазий у пациенток с первичной локализацией рака в яичниках	300
Чевардов Н.И., Кузнецова И.А., Кравец Б.Б. Полинеоплазии с первичной локализацией в теле матки	303
Шудин В.В. Триггерная роль никеля в этиологии возросших аутоиммунных заболеваний	306

2. Специальные вопросы клинической медицины

Абсатаров Р.А., Бондарев А.А., Фирсов О.В. Клинические исследования эндохирургического лечения больных	320
Кароматов И.Д. Учение о натуре лекарственных средств в греческо-персидско-узбекской медицине и его современное толкование	325
Крылова Е.Н. Сочетанное применение высокоэнергетического и низкоинтенсивного лазерного излучения для лечения больных с дистрофическими заболеваниями вульвы	329
Папина И.Н., Брусова Л.А. Опыт применения и пути дальнейшего развития использования силиконовых имплантатов в восстановительной хирургии челюстно-лицевой области	335
Суворова Н.Б. Изменения микрофлоры кишечника у врачей ультразвуковой диагностики	340

3. Информационные технологии в медицине. Управление

Абдулхаков И.У. Социально-гигиеническая характеристика семьи на участке врача общей практики	345
Захарова М.А. Оптимизация организации медицинского, социального, психолого-педагогического обеспечения населения в рамках целевой программы «Здоровый город»	349
Кравец О.Я., Солдатов Е.А. Интегрированная информационно-вычислительная система медико-санитарной части: концептуальный проект	357
Чеганова Ю.В., Чеганов А.В. Условия повышения эффективности функционирования медицинских систем локального уровня	362
Шарипова Н.Д., Кароматов И.Д., Рузиев О.А., Таиров М.Ш., Мавлонов Н.Х., Бадриддинова М.Н. Уровни обработки информации, концепция «лиц» и вопросы применения их в практике семейного врача	367
Шахнович Д.К., Преображенский А.П. Разработка и построение автоматизированного рабочего места врача-невролога	372

4. Официальная информация

Изменения в «Положение о порядке присуждения ученых степеней»	377
Правила для авторов	384

1. Онкология. Иммунология

Вашакмадзе Н.Д., Подчерняева Н.С., Меграбян М.Ф. РОЛЬ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ ПРИ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ

Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова

Системная красная волчанка (СКВ) и ювенильный дерматомиозит (ЮДМ) являются наиболее тяжелыми и часто встречающимися заболеваниями из группы диффузных заболеваний соединительной ткани. Новые терапевтические подходы существенно изменили прогноз при этих заболеваниях, но и сейчас он остается серьезным [2, 3, 5]. Одной из причин развития тяжелых осложнений и летальных исходов при СКВ и ЮДМ является тромбоз. Развитие тромботических осложнений при этих заболеваниях, как предполагают, в первую очередь связано с наличием антифосфолипидных антител (аФЛ), т.е. формируется в рамках антифосфолипидного синдрома (АФС). Частота АФС у детей с СКВ аналогична таковой у взрослых и составляет 35% [4,8]. Данные о частоте АФС у детей с ЮДМ отсутствуют.

Одной из причин, обуславливающих развитие тромбофилии, является гипергомоцистеинемия [7]. Гипергомоцистеинемия (ГГЦ), характеризующаяся повышенным уровнем серусодержащей аминокислоты гомоцистеина (ГЦ) в плазме крови, является фактором, который, как показали результаты различных исследований, существенно повышает риск раннего развития атеросклероза и тромбоза коронарных, церебральных и периферических артерий, независимо от других известных факторов риска [6, 17, 27, 30, 35]. Высокое содержание ГЦ в плазме крови положительно коррелирует с уровнем заболеваемости, вероятностью развития осложнений и смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний, в связи с чем рассматривается в качестве прогностического маркера неблагоприятного исхода [6]. Имеются данные о том, что ГГЦ также определяет повышенный риск развития венозного и смешанного тромбоза [12, 14, 18] и ее наличие сопряжено с высоким риском повторного тромбообразования [7]. Объяснением этих закономерностей являются данные о механизмах воздействия ГГЦ на стенку сосудов, тромбоциты и факторы свертывания крови.

Повышенное тромбообразование при ГГЦ является следствием активации всех компонентов гемостаза: сосудистой стенки, тромбоцитарного и плазменно-коагуляционного звеньев [23].

ГГЦ развивается вследствие нарушения метаболизма гомоцистеина, который является промежуточным продуктом обмена метионина в организме и в нормальных условиях метаболизируется в ходе двух основных реакций: реметилирования с участием ферментов метилентетрагидрофолатредуктазы (МТГФР) и метионинсинтетазы, витамина В₁₂ как кофактора и 5-метилтетрагидрофолата как донора метильной группы; а также сульфирова-

ния при участии фермента цистатионин- β -синтетазы (Ц β С) в присутствии витамина В₆ [7, 34].

Основными причинами ГГЦ являются генетические дефекты, определяющие низкие концентрацию и активность указанных ферментов, дефицит витаминов-кофакторов и нарушение функции почек, обеспечивающих выведение ГЦ из организма [33].

При одной из мутаций гена МТГФР происходит замена цитозина на тимин в 677 нуклеотиде (мутация С677Т). В результате фермент МТГФР оказывается термолабильным и его функциональная активность снижается до 30% от нормального уровня при гомозиготном и до 65% при гетерозиготном носительстве [7]. При этом наблюдается стойкая умеренная ГГЦ, повышается риск сердечно-сосудистых заболеваний, отмечается склонность к тромбообразованию, нередко возникают дисфункции нервной системы и психические расстройства [11, 13, 21, 25].

Витаминодефицитные состояния, заболевания желудочно-кишечного тракта, почек, курение, алкоголизм, чрезмерное употребление кофе, психоэмоциональные нагрузки, прием некоторых лекарственных препаратов (метотрексата, метилпреднизолона, эстроген содержащих контрацептивов и др.) способствует развитию ГГЦ [1, 6, 16, 20, 22, 25].

В общем, идентифицировано 135 генов, прямо или косвенно, посредством сложных механизмов, модулирующих уровень ГЦ в плазме крови [15].

Установление связи ГГЦ с развитием тромбоза и значительная частота распространения ее в популяции, определяют существенное значение указанной патологии для клиницистов различного профиля, в том числе ревматологов [10, 11].

Целью настоящего исследования явилось определение распространенности мутации С677Т в гене МТГФР у детей с СКВ и ЮДМ, установление частоты гипергомоцистеинемии у этих больных и ее ассоциации с развитием тромбоза.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 113 детей, из них 70 больных СКВ и 43 больных ЮДМ, в возрасте от 4 до 18 лет, находившихся на лечении в специализированном отделении Клиники детских болезней ММА им. И.М. Сеченова за период с марта 2004 года по ноябрь 2005года. Среди больных СКВ было 59 девочек и 11 мальчиков (Д : М = 5,36 : 1), а среди больных ЮДМ - 26 девочек и 17 мальчиков (Д : М = 1,5 : 1).

СКВ диагностировали в соответствии с критериями Американской ревматологической ассоциации (1997 г.). Диагноз ЮДМ устанавливали в соответствии с критериями Tanimoto et al. (1995г.).

Наличие мутации С677Т в гене МТГФР определяли в Институте биорганической химии им. М.М. Шемякина и Ю.А. Овчинникова РАН путем полимеразной цепной реакции. Аллельное (гомо- или гетерогенное) состояние выявленной мутации подтверждали с помощью аллельспецифических праймеров.

Уровень гомоцистеина в плазме крови определяли в научном центре ЭФИС путем колориметрического варианта иммуноферментного анализа. Заключение о соответствии уровня ГЦ в крови нормальным показателям составляли с учетом возраста ребенка, поскольку показано, что до периода полового созревания уровень ГЦ у мальчиков и девочек примерно одинаков и составляет около 5 мкмоль/л, а в периоде полового созревания повышается до 6-7 мкмоль/л. Таким образом, повышенным считали уровень ГЦ выше 5 мкмоль/л у детей до 10 лет, и выше 7 мкмоль/л старше 10 лет.

Результаты исследования и их обсуждение. Изучение полиморфизма гена МТГФР на наличие мутации С677Т среди обследованных пациентов СКВ показало, что эта мутация была выявлена у 32 больных (45,7%), из них гомозиготная форма мутации обнаружена у 7 пациентов (10,0%) (табл. 1).

Таблица 1

Частота мутации С677Т в гене МТГФР у больных СКВ и ЮДМ

Мутация С677Т в гене МТГФР	Частота у больных СКВ абс. число (%) (n=70)	Частота у больных ЮДМ абс. число (%) (n=43)
Наличие мутации	32 (45,7%)	22 (51,2%)
Гетерозиготная мутация	25 (35,7%)	20 (46,5%)
Гомозиготная мутация	7 (10,0%)	2 (4,7%)

Результаты обследования подтвердили высокую распространенность у больных СКВ и ЮДМ мутации С677Т в гене МТГФР в гетерозиготном состоянии. Гомозиготная мутация была обнаружена у 10,0% больных, и при анализе клинико-лабораторных данных этих пациентов было установлено, что основное заболевание имело у них более тяжелое течение.

Данные литературы свидетельствуют о том, что носительство Т аллеля гена МТГФР увеличивает у взрослых риск венозного тромбоза в 1,7 раза, артериального – в 1,9 раза, а сочетанного – в 2,5 раза [7]. Опубликованы сходные данные, касающиеся детского контингента больных [26]. При наличии Т аллеля у 7 наших пациентов с СКВ отмечались различные тромботические осложнения: у 4 пациентов – стойкое сетчатое ливедо, у 3-х детей – проявления ладонного и подошвенного тромбоваскулита. У 2-х пациентов были выявлены признаки ишемической энцефалопатии в виде нарушения когнитивных функций (памяти, внимания, мышления) и эмоционально-личностных расстройств (эмоциональная лабильность, раздражительность, апатия, депрессия).

Среди детей с ЮДМ мутация С677Т в гене МТГФР была обнаружена у 22 больных (51,2%), из них у 2-х - в гомозиготной форме (4,7%). У одной девочки из этих двух пациентов с ЮДМ и наличием Т аллеля отмечалось стойкое яркое распространенное ливедо и ладонный и подошвенный тромбоваскулит.

Таким образом, результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что мутация С677Т в гене МТГФР имеет относительно высокую частоту распространения и гетерозиготная мутация С677Т в гене МТГФР отмечается 45,7% у больных СКВ и у 51,2% больных ЮДМ, а гомозиготная форма

встречается у 10,0% детей с СКВ и у 4,7% детей с ЮДМ. Сходная частота распространенности мутации С677Т в гене МТГРФ установлена при популяционных исследованиях [4, 9, 19, 29, 31].

Уровень гомоцистеина определяли у 56 больных СКВ (средний возраст $11,9 \pm 6,1$ г.) и 40 больных ЮДМ (средний возраст $10,9 \pm 5,1$ г.) в различные периоды заболеваний, к сожалению, у некоторых детей после приема витаминных препаратов. Результаты обследования приведены в табл. 2

Таблица 2.

Частота ГГЦ при СКВ в зависимости от наличия гетеро- и гомозиготной форм мутации С677Т в гене МТГРФ

Генетические особенности	Частота выявления мутации С677Т в гене МТГРФ у больных СКВ	
	Повышенный уровень ГЦ абс. число (%) (n = 40)	Нормальный уровень ГЦ абс. число (%) (n=16)
Наличие гомозиготной мутации	6 (15,0%)	-
Наличие гетерозиготной мутации	15 (37,5%)	6 (37,5%)
Отсутствие мутации	19 (47,5%)	10 (62,5%)

Как следует из табл. 2, повышение уровня ГЦ в плазме крови, т.е. ГГЦ, были обнаружены при СКВ у 40 (71,4%) из 56 детей, у остальных 16 пациентов показатели ГЦ были в пределах возрастной нормы. При этом генетические дефекты в виде мутации С677Т в гене МТГРФ были выявлены при СКВ у 21 (52,5%) из 40 больных с ГГЦ, и лишь у 6 (37,5%) из 16 больных с нормальным уровнем ГЦ. Наличие гомозиготной мутации С677Т в гене МТГРФ, т.е. Т аллеля, всегда сопровождалась ГГЦ.

Сходные данные о частоте ГГЦ у больных СКВ приводят Onetti L. и соавт. [32], обнаружившие повышенные уровни ГЦ в плазме крови пациентов в 61,4% случаев, при этом концентрация ГЦ у больных с АФС была выше, чем у больных без АФС.

Анализ характера течения СКВ у обследованных пациентов свидетельствует о том, что ГГЦ выявлялась у больных при наличии активности основного заболевания. Можно предположить, что среди возможных причин ГГЦ у этой когорты пациентов кроме генетических, были и другие факторы, связанные с нарушением функции различных органов, вовлеченных в патологический процесс, лечением различными лекарственными препаратами и др.

Тромботические осложнения наблюдались у 25 (62,5%) больных СКВ с ГГЦ и лишь у 7 (43,7%) с нормальными показателями ГЦ в плазме крови. Результаты анализа частоты и характера тромботических осложнений у больных СКВ приведены в табл. 3.

Как следует из табл. 3, у большинства больных СКВ с ГГЦ отмечались различные тромботические изменения, при этом у некоторых больных одновременно или последовательно наблюдались различные их виды. У наших пациентов были проявления артериального, венозного и смешанного тромбо-

за, в основном, мелких сосудов. Наиболее часто у детей имели место проявления тромбоза мелких сосудов кожи: ладонный и подошвенный тромбواسкулит у некоторых с очагами поверхностного некроза, трофические язвы, сетчатое ливедо. У 5 детей (12.5%) была диагностирована почечная тромботическая микроангиопатия, проявляющаяся кроме гематурии и протеинурии различной степени выраженности, почечной недостаточностью острого периода и злокачественной артериальной гипертензией. Поражение ЦНС было выявлено у 5 детей, из них у одного ребенка течение основного заболевания осложнилось инсультом, а у остальных были стойкие проявления ишемической энцефалопатии, в виде нарушения когнитивных функций (памяти, внимания, мышления) и неустойчивого настроения. У одного ребенка наблюдался судорожный синдром.

Таблица 3

Частота и характер тромботических осложнений у больных СКВ

Тромботические осложнения	Частота тромботических осложнений абс.число (%)	
	ГГЦ (n=40)	Нормальный ГЦ (n=16)
Тромбоз мелких сосудов кожи	12 (30,0 %)	1 (6,3 %)
Язва голени		1 (6,3%)
Сетчатое ливедо	11(27.5%)	1 (6.3%)
Почечная тромботическая микроангиопатия	4 (10,0%)	1 (6,3%)
Поражение ЦНС	5 (12.5%)	2 (13.5%)
• Инсульт	1 (2,5%)	1 (6,3%)
• Ишемическая энцефалопатия	4 (10,0%)	1 (6,3%)
Тромбоз глубоких вен голени	1(2.5%)	-
Инфаркт селезенки	1(2.5%)	-
Инфаркт почки	1(2.5 %)	-
Поражение клапанного аппарата сердца	2 (5,0%)	1 (6,3%)

В группе из 16 больных СКВ с нормальным значением ГЦ тромботические осложнения наблюдались лишь у 7 детей: у одного ребенка отмечались проявления ладонного тромбواسкулита и трофическая язва, у одного ребенка яркое стойкое ливедо, у 2-х детей отмечалось поражение ЦНС, у одного поражение клапанного аппарата сердца и у одного – проявления почечной тромботической микроангиопатии.

Таким образом, частота тромботических осложнений у больных СКВ с ГГЦ была выше, чем у больных СКВ с нормальным уровнем ГЦ в плазме крови.

Результаты исследования уровня ГЦ в плазме крови детей с ЮДМ представлены в табл. 4.

Как следует из табл. 4 среди 43 детей с ЮДМ у 20 (46.5%) отмечено увеличение уровня ГЦ в плазме крови, из них у 9 (45,0%) пациентов обнаружена гетерозиготная форма мутации C677T в гене МТГФР, у 2 (10,0%) пациентов гомозиготная.

В целом, тромботические осложнения у больных ЮДМ наблюдались реже, чем у больных СКВ, и отмечались у 5 (25,0%) с ГГЦ и у 4 (17,4%) больных с нормальными значениями ГЦ и нередко имели сочетанный характер. Их спектр представлен в табл. 5.

Таблица 4

Частота ГГЦ при ЮДМ в зависимости от наличия у больных мутаций С677Т в гене МТГФР

	Частота выявления мутаций при ЮДМ (абс. число и %)	
	ГГЦ (n = 20)	Нормальный уровень ГЦ (n=23)
Наличие гомозиготной мутации МТГФР	2 (10,0%)	-
Наличие гетерозиготной мутации МТГФР	9 (45,0%)	10 (43,5%)
Отсутствие мутаций	9 (45,0%)	13 (56,5%)

Таблица 5

Частота и характер тромботических осложнений у больных ЮДМ с различными уровнями ГЦ в плазме крови

Характер тромботических осложнений	Больные с ГГЦ абс. ч. (%) (n=20)	Больные с нормальным значением (n=23)
Тромбоз мелких сосудов кожи	3 (15,0%)	1(4%)
Сетчатое ливедо	4 (20,0%)	4 (17,1%)
Тромбофлебит	-	1 (4,3%)
Тромбоз печеночных вен	-	1 (4,3%)
Эпилептиформный синдром	-	1 (4,3%)
Ишемическая энцефалопатия	1 (5,0%)	-
Транзиторные нарушения коронарного кровообращения	2 (10,0%)	-

При сравнительном анализе 2 групп детей ЮДМ с нормальными и повышенными показателями ГЦ очевидно, что в отличие от больных СКВ различные тромботические осложнения встречались почти с одинаковой частотой в обеих группах, но нужно отметить, что уровень ГЦ у большинства больных определяли не в периоде развития у них тромботических осложнений. В некоторых случаях обследование проводилось спустя год и более после эпизода тромбоза.

Таким образом, проведенное нами исследование свидетельствует о том, что ГГЦ следует рассматривать как один из факторов, повышающих риск развития тромбоза в первую очередь у детей с СКВ. Вероятно, воздействие ГГЦ более значимо при наличии у больных других традиционных факторов риска - артериальной гипертензии, гиперхолестеринемии и др., отмечающихся у наших пациентов. Судя по литературным данным, наличие ГГЦ определяет большую тяжесть тромботических осложнений у больных СКВ при наличии аФЛ и первичном АФС [28]. Результаты нашего исследования определяют необходимость проведения более глубокого изучения роли ГГЦ в

развитии тромбоза у больных ЮДМ детского возраста, как одного из дополнительных факторов риска возникновения этих тяжелых осложнений.

Выводы

1. Частота выявления мутаций С677Т в гене МТГФР у детей больных СКВ составляет 45,7 %, а у больных ЮДМ – 51,2%, из них гомозиготная форма мутации при СКВ встречается у 10,0% детей, а при ЮДМ - у 4,7% детей, что соответствует популяционной частоте встречаемости этих мутации в США и Западной Европе.

2. Повышение уровня ГЦ обнаружено у 71,4% детей с СКВ, при этом мутация С677Т в гене МТГФР была выявлена у 52,5% больных.

У детей с ЮДМ ГГЦ была обнаружена в 46,5 % случаев, из них у 55,5% больных имели место мутации в гене МТГФР.

ГГЦ была выявлена у всех больных с гомозиготными формами мутации С677Т в гене МТГФР.

3. В периоде высокой активности СКВ уровень ГЦ был повышен у всех обследованных больных вне зависимости от наличия мутации С677Т в гене МТГФР.

4. Частота тромботических осложнений у больных СКВ с ГГЦ выше, чем у больных СКВ с нормальными показателями ГЦ в плазме крови.

Список использованных источников

1. Ефимов В.С., Цекалоф А.К. Гомоцистеинемия в патогенезе тромбоваскулярной болезни и атеросклероза// Лаборатория медицины. – 1999. – № 2. – с. 44-48.
 2. Карташова В.И. Волчаночный нефрит у детей. - М.: Медицина, 1999. – 189 с.
 3. Подчерняева Н.С. Системная красная волчанка у детей: клинические варианты, особенности эндокринного статуса, лечение и прогноз. - Автореф. дис. ... докт. мед. наук. - М., 1999. – 48 с.
 4. Решетняк Т.М., Патрушев Л.И., Тихонова Т.Л. и др. Мутация в гене 5,10-метилентетрагидрофолатредуктазы при системной красной волчанке и антифосфолипидном синдроме// Терапевтический архив. – 2002. - №5. – с. 28-32.
 5. Тареева И.Е, Шилов Е.М. и др. Волчаночный нефрит в середине XX века и в начале XXI века// Терапевтический архив. - 2001. - №6. - с. 5-10.
 6. Шевченко О.П., Олефиренко Г.А., Червякова Н.В. Гомоцистеин. – М.: Реафарм, 2002. – 48 с.
 7. Шмелева В.М. Особенности патогенеза и диагностики тромбофилии, обусловленной гипергомоцистеинемией. - Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Санкт-Петербург, 2003. – 23 с.
 8. Шпитонкова О.В. Клинико-иммунологические особенности системной красной волчанки с антифосфолипидным синдромом у детей. - Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1997. – 23 с.
 9. Alessio A.C., Annichino-Bizzacchi J.M., Bydlowski S.P, Eberlin M.N. et al. Polymorphisms in the methylenetetrahydrofolate reductase and methionine synthase reductase genes and homocysteine levels in Brazilian children // Am J Med Genet A. – 2004. – v.128. – p. 256-260.
 10. Boers G.H.J., Smals A.C.H., Trijbels F.M.J. et al. Heterozygosity for homocystinuria in premature peripheral and cerebral occlusive arterial disease //N Engl J Med. – 1985. – v. 313. – p.709.
-

11. Cattaneo M. Hyperhomocysteinemia, Atherosclerosis and Thrombosis // *Thromb Haemost.* – 1999. – v.81. – p.165-176.
 12. Cattaneo M., Tsai M.Y. et al. A common mutation in the MTHFR gene increases the risk for deep-vein thrombosis in patients with mutant factor V // *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* – 1997. – v.17. – P.1662-1666.
 13. Clarke R., Daly L., Robinson K. et al. Hyperhomocysteinemia: an independent risk factor for vascular disease // *N Engl J Med.* – 1991. – v. 324. – p. 1149-1155.
 14. D'Angelo A., Mazzola G., Grippa L. et al. Hyperhomocysteinemia and venous thromboembolic disease // *Haematologia.* - 1997. - v.82. - p.211-219.
 15. Sharma P., Senthikumar R.D., Brahmachari V. et al. Mining literature for a comprehensive pathway analysis: study for retrieval of homocysteine related genes for gender epidemic studies // *Lipids Health Dis.* – 2006. – v.5. – N1. - Published Online.
 16. Frequin S.T., Wevers R.A., Braam M. et al. Decreased vitamin B and folate levels in cerebrospinal fluid and serum of multiple sclerosis patients after highdose intra-venous methylprednisolone // *J. Neurol.* – 1993. – v. 240. – p. 305-308.
 17. Frosst P., Blom H.I., et al. A candidate genetic risk factor for vascular disease: a common mutation in methylenetetrahydrofolate reductase // *Nature Genet.* – 1995. – v.10. - p.11-13.
 18. Fujimura H., Kawasaki T., Sakata T., Ariyoshi H. et al. Common C677T polymorphism in the methylenetetrahydrofolate reductase gene increases the risk for deep vein thrombosis in patients with predisposition of thrombophilia // *Thrombosis Research.* – 2000. – v.98. – P.1-8.
 19. Granone E., Margaglione M.// MTHFR mutation and unexplained early pregnancy loss // *Thromb.Haemost.* - 1998. - v. 107. – p. 1056-1057.
 20. Green R., Miller J.W. Folate deficiency beyond megaloblastic anaemia: hyperhomocysteinemia and other manifestations of dysfunctional folate status // *Semin Hematol.* – 1999. – v.36. – p. 47-64.
 21. Hankey G.J., Eikelboom J.W. Homocysteine and vascular disease // *Lancet.* - 1999. - v. 354. - p. 407-413.
 22. Homocysteine lowering with folic acid and B vitamins in vascular disease. The heart outcomes Prevention Evaluation (HOPE) 2 Investigators // *N Engl J Med.* – 2006. – v. 354. – p.1567-1577.
 23. Horkins P.N., Wu L.L., Wu J. et al. Higher plasma homocysteine // *Atherosclerosis.* - 1995. – v. 15. – p.1314-1320.
 24. Hughes R.V., Harris E.N. The anticardiolipin syndrome // *J Rheumatol.* – 1986. – v. 287. – p.1088-1989.
 25. Jacques PF et al. Relation between folate status, a common mutation in methylenetetrahydrofolate reductase, and plasmas homocysteine concentrations // *Circulation.* – 1996. –v. - P. 937-939.
 26. Koch H.G., Nabel P., Junker R., Auburger K. et al. The 677T genotype of the common MTHFR thermolabile variant and fasting homocysteine in childhood venous thrombosis // *Eur J Pediatr.* – 1998. – V.158 [Suppl.3]. – p.113-116.
 27. Lentz S.R., Sobey C.G. et al. Vascular dysfunction in monkeys with dietinduced hyperhomocysteinemia // *J Clin invest.* – 1996. – v.98. – P.24-29.
 28. Martinez-Berriotxo A., Ruiz-Irastorza G., Egurbide M.-V. et al. Homocysteine, antiphospholipid antibodies and risk of thrombosis in patients with systemic lupus erythematosus // *LUPUS.* – 2004. – v.13. – p.927-933.
 29. Stiakaki E., Germanakis I., Sfyridaki C., Katzilakis N. et al. Prevalence of Factor V Leiden other thrombophilic traits among Cretan children with malignancy // *Pediatr Blood Cancer.* – 2004. - Nov 16 2004. – Published Online.
 30. McCully K.S. Homocysteine, vitamins, and prevention of vascular disease // *Mil Med.* – 2004. – v.169. – p. 325-329.
-

31. Shattacharyya M., Makharia G., Kannan M., Ahmed R.P. et al. Inherited prothrombotic defects in Budd-Chiari syndrome and portial vein thrombosis: a study from North India // Am J Clin Pathol. – 2004. – v. 121. – p. 844-847.
32. Onetti K., Villafane S., Menso E. et al. Hyperhomocysteine like thrombocytic risk factor in patient with systemic lupus erythematosus with antiphospholipid syndrome // Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba. – 2005. – v. 62. – p. 21-25.
33. Ozmen B., Ozmen D., Parildar Z., Mutaf I., et al. Impact of renal Function or folate status on altered plasma homocysteine levels in hypothyroidism // Endocrine Journal. – 2006. – v. 53. – P. 119-124.
34. Watanabe M. et al. Mice deficient in cystathionine beta-synthase: animals models for mild and severe homocysteinemia // Proc. Natl. Acad. Sci. USA. - 1995. - v. 92. - p. 1585-1589.
35. Pezzini A., Grassi M., Del Zotto E., Assanelli D. et al. Interaction of homocysteine and conventional predisposing factors on risk of ischemic stroke in young adults. Consistency of phenotype-disease analysis and genotype-disease analysis // J Neurol Neurosurg Psychiatry. – 19 Apr 2006; Online.

Кузнецова И.А., Кравец Б.Б.

**СТРУКТУРА И СРОКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОЛИНЕОПЛАЗИЙ У
ПАЦИЕНТОК С ПЕРВИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ РАКА В
ЯИЧНИКАХ**

Воронежский областной клинический онкологический диспансер

В настоящее время изучение первично множественных опухолей у онкогинекологических больных миновало фазу накопления, отдельных казуистических описаний. Опубликованы работы, обобщившие клинические и морфологические наблюдения.

Понятием «первично множественные опухоли» или «полинеоплазия» в литературе обычно обозначают сосуществование двух или более независимых друг от друга новообразований.

Применительно к онкогинекологической клинике понятие о сосуществовании, то есть одновременном сочетании различных полиорганных опухолей, следует воспринимать критически. Если в некоторых клинических ситуациях это и справедливо, то в большинстве других внимательный анализ позволяет раскрыть их общие патогенетические особенности. Наконец, существует группа метакронных опухолей, индуцированных лучевой или химиотерапией.

Целью настоящего исследования явился анализ структуры, частоты и сроков возникновения полинеоплазии с первичной локализацией опухоли в яичниках.

Материалом исследования послужили данные Воронежского областного клинического онкологического диспансера за период с 1994 по 2004 гг. За это время зарегистрировано 6 863 больных злокачественными опухолями женской половой сферы.

Из них 2,9% составили полинеоплазии с первичной локализацией в гениталиях. Среди 1901 больной раком яичников первично множественные

опухоли верифицированы у 60 (29,4%). Наиболее часто полинеоплазии с первичной локализацией в яичниках возникают в возрасте 53 года и старше (46,6%). Возрастает риск возникновения первично множественных опухолей и в предклимактерическом возрасте. На нашем материале эта группа составила 33,3% (табл. 1).

Таблица 1

Возрастная структура больных в период возникновения первичных опухолей (рак яичников)

Возраст	Всего		Годы										
	Абс.	%	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Репродуктивный с 18 до 45 лет	12	20	2	2	2					1	3	1	1
Предклимактерич. с 45 до 53 лет	20	33,3		2	2	2	2	1	4	2		2	3
Климактер. с 53 лет	28	46,6	5	2	6	1	3	4	3	1		3	
Всего	60	100	7	6	10	3	5	5	7	4	3	6	4

Структура синхронных опухолей с первичной локализацией в яичниках отличается подавляющим числом (79,4%) онкопатологии в теле матки и только 5% составляют опухоли маточных труб и прямой кишки (табл. 2). Отмечены также единичные случаи синхронных процессов в молочной железе, щитовидной железе, шейке матки.

Таблица 2

Структура синхронных опухолей с первичной локализацией в яичниках

Локализация вторых опухолей	Всего		Годы										
	Абс.	%	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Тело матки	31	79,4	2	2	4	2	2	3	4	2	1	6	3
Щитовидная железа	1	2,5		1									
Шейка матки	1	2,5					1						
Лейкоз	1	2,5						1					
Молочная железа	1	2,5							1				
Маточная труба	2	5,1							1		1		
Прямая кишка	2	5,1								1			1
Всего	39	100	2	3	4	2	3	4	6	3	2	6	4

Метахронные опухоли (табл. 3) с первичной локализацией в яичниках, наиболее часто возникали в молочной железе (47,6%), ободочной кишке (19,0%), на коже (14,2%). Рак шейки матки, прямой кишки составил 4,7%.

Сроки возникновения метакронных опухолей с первичным поражением яичников (табл. 4) варьируют, в зависимости от локализации второго процесса. Рак молочной железы в 70% случаев выявлен в первые 3 года, так же и рак толстого кишечника (50%).

Таблица 3

Структура метакронных опухолей с первичной локализацией в яичниках

Локализация вторых опухолей	Всего		Годы										
	Абс.	%	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Молочная железа	10	47,6			1	2	1	1	2			3	
Кожа	3	14,2						2	1				
Ш/матки	1	4,7										1	
Ободочная кишка	4	19			1	1				2			
ЛГМ	1	4,7								1			
Влагалище	1	4,7						1					
Прямая кишка	1	4,7									1		
Всего	21	100			2	3	1	4	3	3	1	4	

Таблица 4

Сроки возникновения метакронных опухолей с первичной локализацией в яичниках

Локализации вторых опухолей	Общее кол-во больных	Годы							
		0-1		1-3		3-5 лет		5-10 лет	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Молочная железа	10	3	30	4	40	2	20	1	10
Кожа	3	1	33,3			2	66,6		
Ш/матки	1	1	100						
Ободочная кишка	4	2	50			1	25	1	25
Прямая кишка	1			1	100				
Влагалище	1	1	100						
ЛГМ	1							1	100
Всего	21	8	38	5	23,8	5	23,8	3	14,2

Отмечается тенденция к коротким интервалам клинического проявления второй опухоли.

Таким образом, из анализа полученной информации можно сделать следующие выводы:

1. Наиболее частыми локализациями метакронных опухолей при первичной локализации в яичниках являются рак молочной железы, толстого кишечника.

2. Превалирующей синхронной опухолью при первичной локализации рака в яичниках является рак тела матки.

3. Определены направления диспансерного обследования для своевременного выявления полинеоплазий: первые 3 года – полное обследование

толстого кишечника и молочной железы, в последующие - кожи и толстого кишечника.

4. Для своевременного выявления синхронных и метасинхронных полинеоплазий с первичной локализацией в яичниках рекомендуется следующий объем диспансерного обследования: рентгенография легких, осмотр кожных покровов, обследование молочных желез, пальцевое исследование прямой кишки, ирригоскопия, УЗИ малого таза.

Список использованных источников

1. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. – М., 1989. С. 48-59.
2. Максимов С.Я. Возможности своевременного выявления первично множественного рака тела матки и молочной железы. - Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ленинград. 1990.
3. Слинчак С.М. Множественные злокачественные опухоли. – Киев, 1968.
4. Максимов С.Я. Первично множественные опухоли тела матки и молочной железы // Системный патогенетический подход к профилактике, ранней диагностике и лечению гормонозависимых опухолей у женщин: Тез. Всесоюз. симп. (Новгород, 1988). – Л., 1988.

Чевардов Н.И., Кузнецова И.А., Кравец Б.Б. ПОЛИНЕОПЛАЗИИ С ПЕРВИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ В ТЕЛЕ МАТКИ

Воронежский областной клинический онкологический диспансер

Изучение первично множественных опухолей органов репродуктивной системы представляет многосторонний интерес. Еще сравнительно недавно оно ограничивалось клиническими описаниями отдельных больных или их небольших групп, что не давало возможности прийти к объективным выводам. Современные достижения диагностики и лечения позволили значительно увеличить продолжительность жизни онкогинекологических больных. Это повысило потенциальные возможности возникновения и клинического проявления новых опухолей. Помимо клинических аспектов, касающихся локализации, частоты, времени проявления первично множественных опухолей их изучение позволяет найти новые подходы к пониманию особенностей этиологии, патогенеза и активного выявления.

Нами проанализированы данные Воронежского областного клинического онкологического диспансера за период с 1994 по 2004гг. о частоте возникновения полинеоплазий с первичной локализацией в теле матки. За этот период зарегистрировано 6 863 больных злокачественными опухолями женской половой сферы. Из них: 2054 случая составляют рак шейки матки (29,9%), 1901 – рак яичников (27,6%), 3359 – злокачественные опухоли тела матки (48,9%).

Среди 3359 больных раком тела матки полинеоплазии выявлены у 110 больных (3,2%). Наибольшее число опухолей (77,2%) отмечено в возрасте старше 53 лет. Значителен удельный вес опухолей (18,1%) в предклимакте-

рическом периоде. До 45 лет было зарегистрировано только 5 случаев заболевания (табл. 1).

Таблица 1

Возрастная структура больных в период возникновения первичных опухолей (рак эндометрия)

Возраст	Количество		Годы										
	Абс.	%	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Репродуктивный с 16-18 до 45 лет	5	4,5							1	1	1	2	
Предклимактерич. от 45 до 50,8 (+ 2 года после ...)	20	18,1	4	1	1	2	1	3	1	1	3	2	1
Климактер. с 53 лет	85	77,2	10	12	15	14	1	6	10	6	4	2	5
Всего	110	100	14	13	16	16	2	9	12	8	8	6	6

При первичной локализации в теле матки развивались синхронные и метасинхронные опухоли в различных органах.

У 41 больной выявлены синхронные опухоли (40%) (табл.2). Наибольшее число синхронных опухолей (70,4%) локализовались в яичниках, в 11,3% случаев – в молочной железе, в 13,2% в шейке матки, ободочной кишке, мочевоом пузыре, маточной трубе, в 4,5% - на коже.

Таблица 2

Структура синхронных опухолей с первичной локализацией в эндометрии

Локализация вторых опухолей	Всего		Годы										
	Абс.	%	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Яичники	31	70,4	2	2	4	2	2	4	4	2	1	5	3
Молочная железа	5	11,3				1	1					2	1
Кожа	2	4,5				1				1			
Ш/матки insitu	1	2,2											1
Маточная труба	1	2,2		1									
Мочевой пузырь	1	2,2											1
Вульва	1	2,2								1			
Легкие	1	2,2								1			
Ободочная кишка	1	2,2								1			
Всего	41		2	3	4	4	3	4	4	6	1	7	6

Структура метасинхронных опухолей с первичной локализацией в теле матки отличается от таковой при синхронном поражении (табл. 3, 4). Наиболее частой локализацией второй опухоли (30,6%) являлась молочная железа.

Возникновение вторых опухолей на коже отмечено в 27,4% случаев. Сочетание рака тела матки и толстого кишечника выявлено в 11,2% случаев. Поражение желудка и легких составили 8% случаев по каждой локализации.

Таблица 3

Структура метакронных опухолей с первичной локализацией в эндометрии

Локализация вторых опухолей	Всего		Годы										
	Абс.	%	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Кожа	17	27,4				1	1	1	7	3	3	1	
Молочная железа	19	30,6			2	2	4	3		2	2	3	1
Желудок	5	8,0									1	4	
Щитовидная железа	2	3,2							1			1	
Мочевой пузырь	2	3,2						1				1	
Ободочная кишка	5	8,0					1		2	2			
Прямая кишка	2	3,2						1			1		
Мягкие ткани	2	3,2					2						
Легкие	5	8,0							1	1	1	2	
Почка	2	3,2						1			1		
Язык	1	1,6							1				
Всего	62	100	-	-	2	3	8	7	12	8	9	12	1

Таблица 4

Сроки возникновения метакронных опухолей с первичной локализацией в теле матке

Локализации вторых опухолей	Общее кол-во больных	Годы							
		0-1		1-3		3-5 лет		5-10 лет	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Кожа	17	2	11,7	5	29,4	5	29,4	5	29,4
Молочная железа	19	3	15,7	12	63,1	2	10,5	2	10,5
Желудок	5			1	20	1	20	3	60
Щитовидная железа	2							2	100
Мочевой пузырь	2					1	50	1	50
Ободочная кишка	5	1	20	1	20	2	40	1	20
Прямая кишка	2	1	50					1	50
Мягкие ткани	2			2	100				
Легкие	5	1	20	2	40	2	40		
Почка	2			2	100				
Язык	1			1	100				
Всего	62	8	12,9	26	41,9	13	20,9	15	24,1

Все другие формы злокачественных опухолей (мочевой пузырь, почка, язык, мягкие ткани) представлены единичными наблюдениями и составляют 1,5% - 3,2%.

Сроки возникновения метастатических опухолей различны. Рак молочной железы выявлен в коротком интервале до 3 лет в 63,1% случаев, в остальные годы в 10-15% случаев. Опухоли колоректальной зоны (7 больных) диагностированы в первые 5 лет (71,4%), в последующие 5 лет в 28,5% случаев.

У 17 больных раку тела матки сопутствовал рак кожи. При этом сроки появления второй опухоли следующие: в первые 3 года – 7 больных (41,1%), в остальные годы – 58,8% случаев.

Особое внимание при выявлении больных раком тела матки следует обращать внимание на обследование молочных желез, колоректальной зоны, кожи. То же – при диспансерном наблюдении.

Выводы.

1. При первичной локализации рака в теле матки повторные опухоли чаще всего развиваются в молочной железе, толстом кишечнике, на коже.

2. Периодом риска возникновения полинеоплазии при первичной локализации рака в теле матки является 3-10 лет. Исключение составляет вторая опухоль в молочной железе, которая в 2/3 случаев появляется в первые 3 года после лечения злокачественных опухолей матки.

3. В первые 3 года при диспансерном обследовании внимание следует концентрировать на патологии молочных желез, а в последующие годы на тщательном обследовании кожи и толстого кишечника.

Список использованных источников

1. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. – М., 1989. С. 48-59.
2. Максимов С.Я. Возможности своевременного выявления первично множественного рака тела матки и молочной железы. - Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ленинград. 1990.
3. Слинчак С.М. Множественные злокачественные опухоли. – Киев, 1968.
4. Максимов С.Я. Первично множественные опухоли тела матки и молочной железы // Системный патогенетический подход к профилактике, ранней диагностике и лечению гормонозависимых опухолей у женщин: Тез. Всесоюз. симп. (Новгород, 1988). – Л., 1988.

Шудин В.В.

ТРИГГЕРНАЯ РОЛЬ НИКЕЛЯ В ЭТИОЛОГИИ ВОЗРОСШИХ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Ялта, Республика Крым, Украина

Прогрессирующее загрязнение окружающей среды признается ведущим фактором роста некоторых заболеваний человека [1, стр. 7]. Механизм воздействия фактора весьма сложен и еще изучается [2]. Настоящей публикацией сделана попытка раскрыть особенности и общие истоки аутоиммунной патологии, в этиологии которой одну из основных ролей играет микро-

элемент никель. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) он назван одним из наиболее опасных загрязнителей окружающей среды [3, стр. 176], т.е. экотоксикантом. Однако это правильное утверждение иногда игнорируется, а поэтому названный экотоксикант ошибочно включается в лекарства и витаминизированные комплексы.

Автор этой статьи предостерегает, что пагубное воздействие никеля и его соединений достигло столь опасной величины, что прежде всего проявляется глобальным никелевым токсикозом, получившим эпидемическое распространение. Ниже приводятся факты. Они очень тревожны.

Главный детский аллерголог-иммунолог МЗ РФ д.м.н. профессор В.А. Ревякина сообщает: "Это явление называется контактным дерматитом, часто развивается на никельсодержащие металлы, а возможно, и на некоторые другие компоненты сплавов, о которых нам пока неизвестно. Явление это не такое уж редкое - в последнее время у нас немало пациентов-подростков, которые после процедуры пирсинга маются аллергией от всех этих колечек, сережек и цепочек. Возникает раздражение на местах заклепок у джинсов, пряжек - все они способны вызывать довольно сильный дерматит" [4].

В 2004 году профессора Венского университета дерматологи Ф. Гшнайт и В. Аберер (Fritz Gschneit и Werner Aberer) оповестили всему миру, что у 9% австрийцев кожная аллергия на никель. В связи с введением в оборот монет Евро был оглашен факт об аллергии на 28 химический элемент таблицы Менделеева у кассиров евробанков. Американские источники говорят о том, что в США аллергия на никель встречается как минимум у 15% населения. Еще сообщается, что поступление никеля с пищей определено от 69 до 162 микрограммов ежедневно, хотя безвредной нормой признается всего 25-35.

По данным Технического центра часовой промышленности Франции "CETENOR" чувствительностью к воздействию никеля обладают **25-30% всего населения страны**. "Основная опасность такой восприимчивости - возникновение устойчивой экземы кожи, которая может распространяться на все тело и не поддается быстрому лечению. Все возрастающее число людей с аллергическими симптомами заставляет всерьез относиться к опасности этого явления (аллергии), вызываемого миграцией никеля от часовых изделий, находящихся в прямом и постоянном контакте с телом человека (данные взяты из доклада "Оценка никеля, выделяемого часовыми изделиями" на 4-м Европейском хронометрическом конгрессе в г. Лозанна, Швейцария, 1992 г.). Проблема настолько остра, что во исполнение директивы Европейского парламента № 94/27/ЕС от 30 июня 1994 г. разработаны 4 международных стандарта, регламентирующих нормы и методы контроля миграции никеля с изделий, имеющих прямой и постоянный контакт с телом человека (EN 1810:1998, EN 1811:1998, EN 12472:1998, EN 12471:1998)." [5].

Таким образом, ясно, что воздействие экотоксиканта проявляется глобально.

Еще сошлемся на ученых Владивостока, которые провели комплексное обследование населения города и сделали анализ заболеваемости по участкам, на которых замерили концентрацию экотоксикантов. Исследователями выявлены парные корреляции между показателями заболеваемости и содержанием металлов в волосах детей Владивостока, при этом самая высокая цифра – 0,97 оказалась в графе никеля по общей заболеваемости. Комплексными анализами было установлено, что в центральной части города волосы у большинства детей содержат никеля в 2-3 раза больше нормы, а в пригородах это не зафиксировано [6]. «Загрязнение воздуха», - делают выводы авторы. Но Владивосток, приморский город-порт Тихоокеанского региона, хорошо продуваем океанскими бризами. Думается, что вдыхание загрязненного воздуха не может давать такие концентрации тяжелого металла в волосах. Основное загрязнение дает индустриальная пища, которая в пригородах почти отсутствует, ибо население сельской местности кормится главным образом со своих огородов, что и отражается на показателях заболеваемости.

На загрязнение атмосферы ссылаются и другие авторы из Владивостока [7].

Аналогичные исследования необходимо провести в крупных промышленных центрах. Заранее можно сказать, что показатели анализов будут гораздо хуже. В интерпретации их должны быть учтены все нюансы. Так как в результате проделанной очень своевременной и добротной работы сделаны не совсем исчерпывающие выводы. Виновато в этом отсутствие научной информации: публикации о никеле, например, крайне редки и порой ложны из-за незнания существа дела. Состояние осведомленности в этом вопросе ярко выразила профессор В.А. Ревякина.

Никелевый токсикоз, признанный у домашнего скота, у человека игнорируется, хотя аллергическая реакция на никель известна давно. Самые первые сообщения об аллергии на никель появились в прессе в 1933 году [8], а в академической медицинской литературе несколько десятилетий назад [9, стр. 444], но и по сей день информация о путях поступления токсического металла в организм человека, можно сказать, ущербна. Так, в "Справочнике по профессиональной патологии" [10, стр. 175] сказано: "Никель и его соединения поступают в организм через органы дыхания, депонируются в тканях организма, в частности в легочной, выделяются почками (преимущественно) и через кишечник, а также с молоком кормящей матери. Эти вещества проникают через плаценту." В изданиях последних лет эта информация уточняется, но не полностью, а симптомы никелевого токсикоза связывают и ныне только с кожными проявлениями и кожным контактом.

Знакомясь с литературными источниками об аллергии на никель, автор этих строк обнаружил 2 мира или два подхода к проблемам аллергологии. По отзывам отечественных специалистов и принятой терминологии передовые позиции в мире приписываются американской (США) школе аллергологии. Споры нет, по числу исследований и финансированию эта школа впереди всех. Однако заявления специалистов США порой поверхностны.

Только следуя американским воззрениям, доктор А.В. Скальный в своей книге «Микроэлементы для вашего здоровья» пишет: «**Никель (Ni)** стимулирует кроветворение, участвует в образовании и функционировании ДНК, РНК и белков, а также гормона пролактина. В организме взрослого человека содержится в среднем 12 мг никеля. Большая часть его сконцентрирована в печени, костном мозге, сыворотке крови. Никель выводится из организма в основном с калом и мочой, в значительно меньшей степени - с потом.

Этот микроэлемент попадает в организм как с пищей, так и через кожу и слизистые оболочки. Источников никеля очень много: никелированная посуда, столовые приборы и приборы для приготовления пищи, пастеризованное молоко и другие продукты, загрязненные овощи и фрукты, коронки, табачокурение, а также профессиональный контакт в машиностроении, металлургии, угледобыче, гальванике и других отраслях промышленности. Наибольшие выбросы никеля в атмосферу отмечены при сжигании каменного угля. По данным ВОЗ, никель - один из наиболее опасных загрязнителей окружающей среды. Поступление никеля в избыточных количествах в организм может представлять опасность для здоровья.

Избыток никеля может проявляться в виде аллергических реакций (дерматит, ринит и пр.), анемии, повышенной возбудимости центральной и вегетативной нервной системы.

Хроническая интоксикация никелем повышает риск развития новообразований (легкие, почки, кожа) - никель влияет на ДНК и РНК.

Внимание! Антагонисты никеля: железо, селен, цинк и витамин С.» [3, стр. 176].

К сожалению, пришлось воспроизвести целую страницу чужого издания, так как в ней необходимо обсудить несколько ошибок. Самая грубая - о «стимуляции кроветворения». Если дело обстоит бы так, то никель применялся для лечения анемий, а множество исследований свидетельствуют о том, что от никеля возникают анемии. К тому же в этой цитате можно найти и это подтверждение, что выявляет несколько противоречий Скального. Сомнительно, что никель из металлов может попадать в организм, ибо никелевые сплавы после испытаний одобрены для трансплантатов и челюстных фиксаторов. Никелированную посуду винить не надо, хотя организм легко узнает агента и остро реагирует. Причину этого впервые сообщает автор этих строк. Следует признать, что ознакомление с новинкой медицины весьма актуально и должно быть неотлагательно реализовано.

Повторим, что посуда (а у кухарок она в основном алюминиевая!) в возникновении аллергии на металл не виновата, хотя от контакта с никелированной могут быть покраснения кожи, зуд, крапивница и пузырьковые высыпания. Аналогичные диагнозы - это уже ***свершившийся факт выработки гиперсенсibilизации организма***. И такая реакция организма наблюдается только у избранных. Почему? На этот вопрос не дали ответа немецкие ученые в фундаментальном труде об иммунитете (три тома), который неодно-

кратно переиздавался в СССР [9]. В их книге рассматриваются только кожные проявления аллергии, что на десятилетия ограничило более широкое изучение системного никелевого токсикоза и аутоиммунной патологии.

В центре Кении точно на линии экватора есть горный массив с тремя вершинами – пятитысячниками. Поскольку на экваторе нет ледников, то для скалолазов такие горы самые удобные. Но редко кто из альпинистов отваживается покорять эти вершины. При восхождении у некоторых альпинистов близко к вершине, где уже нет растительности и много вулканического пепла, возникают волдыри на коже и даже смертельные отеки легких и мозга.

Научного объяснения аномальному явлению пока не дано. Ясно, что сюрприз связан с древними вулканическими извержениями, т.е. с тем, что вышло когда-то из недр Земли и превратилось в пыль. Мы знаем, что магма как и ядро Земли насыщена тяжелыми металлами. В этом и будет заключаться ключ к разгадке тайны. Для этого мысленно посетим регион Южного Урала, ограниченный треугольником «Магнитогорск-Актюбинск-Кустанай». Здесь биологи давно заметили, что в местах магнитных аномалий, где в почве обнаруживается повышенная концентрация никеля, встречаются **уродливые формы растений**. Если домашний скот поедает такую зелень, то получает "эндемические заболевания глаз: кератиты и кератоконъюнктивиты, осложняющиеся изъязвлением роговицы, прободением ее, катарактой и слепотой", у него наблюдается деформация суставов и копыт, а также ранняя гибель. Наблюдения над животными в верховьях реки Урал в 1960 году проводил биолог А.Д. Гололобов, о чем хорошо известно по книге, вышедшей в 1970 году [11]. Страдают и люди этих мест. К сказанному необходимо добавить характерный штрих. Глазные аллергозы и у человека иногда заканчиваются слепотой. Проявления глазных аллергозов уменьшаются и исчезают при смене места жительства, что связано с изменением в рационе питания, включая питьевую воду, в которой основной аллерген может отсутствовать. Такие ситуации могут быть подтверждены следующей цитатой.

"На роговице имеются точечные помутнения, частичные поверхностные изъязвления. В большинстве случаев после многолетнего течения заболевания происходит спонтанное выздоровление. До 80% больных имеют в анамнезе указание на другие виды аллергии (ринит, астма, атопический дерматит)." [9, стр. 408]. Почему немецкие ученые пишут: "многолетнее течение"? Потому, что не известна причина, а следовательно, недуг годами не лечится! Рекомендуют раннее применение стероидных гормонов, чтобы от аллергического воспаления не помутнела роговица и не возникла слепота от катаракты. Так, если врач не нашел причину - не нашел лекарства, а больной непонятно от чего выздоровел, то говорят "спонтанное выздоровление".

С позиции излагаемой концепции такой финал объясняется просто: с уменьшением или прекращением поступления аллергена в организм, никеля, например, ослабевает или прекращается аллергическая реакция.

В книге, вышедшей в 1989 году под редакцией профессора В.А. Филова, комментируется этот же научный факт. "В Актюбинской области Север-

ного Казахстана есть геохимическая провинция, обогащенная никелем, источником которого являются горные породы - серпентиниты; в почвах содержание никеля составляет от 133 до 2400 мг/кг. Здесь пастбищные и другие растения содержат в десятки раз больше никеля, чем в соседних районах; у крупного рогатого скота и овец наблюдаются специфические поражения роговицы (кератиты, конъюнктивиты), которые связываются с избыточным поступлением никеля в организм животных." [12, стр. 476-477]. Никелевая геохимическая зависимость глазных заболеваний животных и человека, включая кератоконусы и катаракты, отмечена А.Д.Гололобовым в 1960 году [11]. И сорок лет спустя аутоиммунный характер глазных аллергозов отражен в нескольких недавних публикациях московского журнала "Вестник офтальмологии", в том числе по результатам обследования населения Южного Урала. Однако никель в статьях журнала не упоминается! Ныне можно сказать, что долгий период интерпретации и осмысления бесспорного научного наблюдения завершился. С токсичностью металла можно ознакомиться по многим источникам [13].

Автор этих строк не сомневается в том, что альпинисты в Кении погибают от аллергического шока из-за никеля. Опасно ли, что Земля орошается пылью действующих вулканов и каменными метеоритами, в которых содержание тяжелых металлов, например никеля, может достигать до 10%, как и в магме Земли? Наверное, «да», но есть еще другие источники загрязнения окружающей среды и пищи.

Если гиперчувствительность иммунной системы при каждом контакте с никелем проявляется зудом, покраснением, сыпью и язвами, то аналогичная реакция во внутренних органах повреждает их. Это признается парадоксом иммунитета, так как, атакуя вредный металл, организм убивает и собственные клетки, куда проник никель.

Повышается из года в год экологическая загрязненность 28-м химическим элементом от сжигания каменного угля, от обогатительных фабрик, центров цветной и черной металлургии, предприятий металлообработки и добычи никеля в районах больших и малых городов (Нижний Новгород, Мончегорск, Никель, Норильск и др.), износа при трении никелированных деталей машин и механизмов в промышленности, строительстве и транспорте, от выхлопных газов автомобилей, от насыщения пищи транс-жирами, содержащими токсический металл.

Установлено, что воздух, вода и почва загрязняются 28-м химическим элементом от сжигания каменного угля, от обогатительных фабрик, центров цветной и черной металлургии, предприятий металлообработки и добычи никеля в районах больших и малых городов (Нижний Новгород, Мончегорск, Никель, Норильск и др.), износа при трении никелированных деталей машин и механизмов в промышленности, строительстве и транспорте, от выхлопных газов автомобилей. И.Д. Гадаснина и Н.Д. Толоконцев в своей книге "Яды - вчера и сегодня" пишут, что при ежегодном сжигании 3,5 млрд тонн угля и торфа в атмосферу выбрасывается тяжелых металлов больше, чем добывает-

ся. "Зола нефти содержит много ванадия, ртути, молибдена и никеля. В золе торфа содержится уран, кобальт, медь, никель, цинк, свинец. Так, Л.Г.Бондарев, учитывая современные масштабы использования ископаемого топлива, приходит к следующему выводу: не металлургическое производство, а сжигание угля представляет главный источник поступления многих металлов в окружающую среду." [14, стр. 186]. Если принять во внимание, что одними заводами черной металлургии ежегодно выбрасывается в атмосферу свыше 150 тыс. тонн меди, 120 тыс. тонн цинка, 90 тыс. тонн свинца, 12 тыс. тонн никеля и 30 тыс. тонн ртути, то окажется, что каждый квадратный метр полезной суши без учета глобальных явлений за 50 последних лет незаметно впитал в себя в среднем 5 г никеля только от черной металлургии, и "черные" тенденции закономерны. Однако цветная металлургия в сравнении с черной дает вредных выбросов в атмосферу в несколько раз больше.

Мировая добыча никеля достигла ныне 1200 тысяч тонн в год, а вместе с этим увеличилось и загрязнение окружающей среды. Это сегодня. Но справочники говорят, что еще в 1959 году французская компания "Ля Никель" выплавляла из руды, добытой на островах Новой Каледонии, 1,4 млн тонн никеля [15]. Здоровье Тихого океана и мировой атмосферы от этого не улучшилось. А если добавить результат от главного источника загрязнения окружающей среды - сжигания твердого и жидкого топлива, то можно сделать вывод: **проявляются все признаки надвигающейся экологической катастрофы**. Поэтому сегодня надо сказать, что пагубное влияние экотоксиканта отмечается не только в отдельных регионах, но и повсеместно. В этой связи имеет значение подбор рациона питания, так как указанный металл обнаруживается почти во всех растениях. Поскольку многие пищевые растения, включая злаки, содержат никель в семенах, корнеплодах, листьях и цветках, то необходимо это учитывать. Об этом очень важно знать врачам и больным, чтобы не усугублять проявления различных недугов, в том числе в регионах с природными аномалиями месторождений названного металла, где он добывается.

Есть данные, говорящие о том, что организм может приспосабливаться к вредному влиянию, но в результате хозяйственной деятельности человека «распыление» никеля идет столь высокими темпами, что ни растения, ни животные не успевают адаптироваться. Известно, что кроме аллергического, никель обладает цитотоксическим, мутагенным и канцерогенным действиями. Если на коже от контакта могут возникать волдыри, то скопления никеля во внутренних органах дают аллергическую воспалительную реакцию, приводящую к уничтожению клеток. Автор этих строк обосновал новую теорию возникновения сахарного диабета 33-мя доказательными аргументами, принимая во внимание зловещую роль никеля в экологически опасном пищевом факторе с перерождением клеток организма и неизбежных при этом аутоаллергических процессов. Среди многих заболеваний, порождаемых токсикозом при чрезмерном насыщении организма никелем, особое внимание следует уделить сахарному диабету, так как это самое тяжелое и неизлечимое за-

болевание, масштабы распространения которого говорят о глобальной эпидемии. При этом даются неутешительные прогнозы на будущее, поскольку истоки недуга неизвестны, а предложенная новая концепция с 2004 года еще изучается [16]. ВОЗ отмечает, что самое высокое распространение сахарный диабет получил в Европе среди детей Финляндии, что признается непонятным феноменом. Однако, если учесть, что виноваты модернизированные никелем белки, поступающие в организм детей с молоком, то загадка разрешится. Страна, в которой высоко развито молочное животноводство, относится к региону, где добывается и перерабатывается никель, что неминуемо приводит к загрязнению токсическим металлом окружающей среды и пищи. Таков географический казус или геохимическая зависимость. Умалчивать об этом не гуманно, так как во всем мире диабетом больны свыше 200 млн человек.

В растениях никель содержится в органических соединениях, главным образом, в комплексах лимонной и яблочной кислот. Известны пищевые растения, концентрирующие этот металл. Это прежде всего арахис, какао (шоколад!), кофе, грибы, соя и все бобовые, грецкие орехи, что и определяет их аллергенность. Однако пищевые растения, выращенные на экологически чистых почвах никель могут не содержать.

Патогенность никеля заключается еще и в том, что он, являясь ферромагнитным элементом, влияет на метаболизм кобальта и железа, а также усиливает усвоение меди, от избытка которой также возникают анемии и перерождения печени. Однако в современной литературе никель чаще всего связывают только с возникновением кожных аллергозов. Но наметился сдвиг в том, что источниками поступления никеля в организм стали называться искусственные пищевые продукты. Однако вышеизложенное в некоторых странах игнорируется.

Поскольку никель относится к тиоловым ядам, соединения этого тяжелого металла опасны для здоровья человека, хотя в малом количестве не обладают ярко выраженной агрессивностью для млекопитающих. Поэтому этот токсический металл признан условно жизненно необходимым микроэлементом. Но важно избежать перенасыщения экотоксикантом. В связи с этим остро необходима любая информация о новой концепции.

Аллергическая реакция усиливается при повреждении никелем надпочечников, что приводит к дефициту или ущербу кортизола. В результате нарушается регуляция аутоиммунных реакций. Это и называется парадоксом иммунитета. Метаболизм кортизола происходит и в печени. Этот гормон - основной представитель глюкокортикоидов, вырабатываемых надпочечниками, - стероидов, действующих преимущественно на метаболизм органических соединений. В больших дозах глюкокортикоиды ингибируют почти все фазы воспалительного процесса. Из-за высокой интенсивности кровотока в надпочечниках в них оседают и токсические вещества, что отражается на функции этого очень важного эндокринного органа, из корковой части которого выделено 46 соединений. Но корка больше всего продуцирует гормоны глюкокортикоиды (кортизол и кортикостерон), которых иногда называют ад-

ренокортикостероидами. Эти гормоны участвуют в обмене углеводов, белков и жиров, а также в других функциях, включая иммунные (супрессорные). Гормоны недолговечны и выводятся с мочой. Часть их, поступая в печень, под воздействием пейродата натрия, окиси хрома или висмута натрия превращаются в 17-кетостероиды. Синтетические аналоги гормонов (преднизолон, преднизон, дексаметазон и др.) широко применяются в медицинской практике в основном при иммунных нарушениях. Никель вдвое усиливает вывод из организма кортикостероидов. При стрессах увеличивается выработка глюкокортикоидов, но никель усиливает их выделение с мочой. Следовательно, экотоксикант и в данном случае снижает защитные силы организма.

Весьма удручающая особенность: проявляясь триггером гиперчувствительности и аутоиммунного воспаления, никель к тому же как бы изгоняет гормоны, одно из достоинств которых заключается в торможении процессов аутоагрессии или анафилаксии. Поэтому временным введением гормонов удастся приостановить тяжелые проявления недугов, но последствия такого шага при длительном применении разрушают организм, ибо выработка собственных гормонов тормозится и исчезает, а синтетические аналоги далеки от совершенства и небезопасны. Среди заболеваний, связанных с иммунитетом, нужно назвать и системные болезни или коллагенозы, хотя это название признается устаревшим, но еще в ходу на Западе. Без гормонов и здесь не обходимся. Названная группа недугов относится к нозологическим единицам, этиология которых до конца не выяснена и обсуждается. Однако особенность гормонального лечения дает ключ к разгадке. Гормоны отключают механизмы иммунной защиты, но на причину недуга не действуют. Если же принять во внимание, что аутоиммунная реакция не парадоксальна, а направлена против белковых структур, изменившихся под влиянием никеля и его содержащих, то возврат болезни закономерен. В этой связи можно объяснить благоприятное действие при диабетической полинейропатии унитиола, открытое случайно и до сих пор никем не трактуемое. Следовательно, необходимо опробовать действие антидотов и детоксикационной терапии при системных аутоиммунных заболеваниях.

Локальные воздействия никеля на кожу описаны многими авторами. В качестве иллюстрации приведем небольшую часть информации *Д. Ш. Мачарадзе*, опубликованной в журнале «Лечащий Врач» [8]. «Усилиями диетологов Германии удалось подтвердить необходимость снижения уровня никеля и в продуктах питания, через которые он поступает в организм человека.» Российские диетологи, судя по главе о никеле во втором издании справочного руководства «Диетология» (СПб, 2006 год), этой информацией не владеют.

Из-за медленного и постепенного накопления токсиканта проявления его воздействия протекают скрыто. Токсический металл накапливается годами, поступая с пищей. Характер пищи и сопутствующие условия образа жизни (абиотогенные влияния) отражаются на интенсивности интоксикации. Так, британский профессор Джордж Альберти утверждает, что население

развивающих стран перенимает "привычки неполноценного питания и образа жизни горожан богатых стран", являющимися лидерами по прогрессированию некоторых заболеваний.

К этим словам добавим: страны богаты, так как (помимо всего прочего) хорошо экономят на маргарине и химизации пищи. С этих позиций следует трактовать термин "неполноценное питание". Но одного общего заключения, безусловно, верного, все-таки недостаточно и нужны конкретные доказательства, ибо предостережение очень серьезное. К сожалению, такая точка зрения пока еще не получила распространения. На распространение токсикоза прежде всего влияют местные геохимические условия, обилие источников загрязнения и особенности питания.

В.Ю. Соколова и М.Д. Яцюк из Украинского НИИ питания в своей книге [17] приводят содержание элементов в основных пищевых растениях из 14 областей Украины, при этом никель в небольших количествах найден почти во всех растениях, а с некоторыми ведущими накопителями читатель может ознакомиться по нашей таблице, в которой отображены данные и по континентам.

Название пищевого растения	Средняя концентрация Ni	Регион произрастания
Грибы	1,68 мг%	Повсеместно
Соя	1,34 мг%	-//-
Тапиока (кассава)	0,80 мг%	Африка, Америка
Чечевица	0,75 мг%	Повсеместно
Кукуруза	0,70 мг%	-//-
Фасоль	0,61 мг%	-//-
Грецкий орех	0,54 мг%	Юг Украины
Горох	0,47 мг%	Повсеместно
Пшеница (не лидер!)	0,18 мг%	-//-

Меньше всего накапливают в себе никель капуста и картофель. Из зерновых культур рекордсменом по накоплению никеля - кукуруза: корни залегают глубоко. В США на эту культуру в пищу и сегодня регистрируют аллергию. Ячмень и просо никель из почвы почти не поглощают. Часто рекомендуемая при диабете гречиха на никель не знаменита, хотя есть зависимость от характера почвы, предшественника (после гороха - около нуля), от удобрений (апатитовые - опасны!), осадков, близости автотрасс, мегаполисов, металлургических производств и розы ветров.

Читаем в вышеназванной книге: "Никеля больше, чем кобальта в отдельных пищевых продуктах в 2-30 раз, а в пищевых рационах - в 10-20 раз." [17]. Следовательно, никель способен совсем исключить кобальт и железо из обмена. Поэтому возникает недостаток витамина B₁₂, нарушения тканевого дыхания, кроветворения, иммунные расстройства, заболевания всех желез внутренней секреции.

Таблица точно свидетельствует, что дефицита никеля не бывает, а за перечисленными выше пищевыми растениями с опаской следят аллергики,

не зная приведенных цифр. Содержание никеля в названных растениях отражает их аллергенность. Вероятно, можно точно установить с какой дозы злого металла иммунная система начинает "возмущаться". Так на 3-4 дольки шоколада аллергики, как правило, не реагируют, но от употребления целой плитки шоколада возможен приступ. В шоколад никель попадает двумя путями, один из которых - маргариновый. Делаем вывод, что особенность рациона (майонезы, маргарины в батончиках Милки Уэй, кулинарные и кондитерские жиры и т.д.) влияет на частоту и силу иммунного ответа.

Никель впитывают все корнеплоды, в том числе топинамбур, корневая система которого достает влагу и питание из глубины в 30 см и более. При выработавшейся гиперчувствительности, покупая овощи, следует учитывать характер почвы, на которой произрастают пищевые растения. Особое внимание обращают на почву предгорий, солончаков, сухих степей и полупустынь с бурыми, сероземными, светло-каштановыми зонами, в которых чаще определяется увеличенное содержание минеральных солей, включая никелевые. Есть сообщения (А.И.Красовский и др.), что никелем загрязняется даже чистейший Байкал - 1/5 часть мировых запасов пресной воды.

Ветеринары и геологи знают, что от избытка никеля в почве некоторые растения приобретают уродливые формы, концентрируя в себе токсический металл. По перечню растений - концентраторов токсического металла необходимо широко огласить рекомендации о выборе чистых почв для выращивания бобовых, какао-бобов, арахиса, тапиоки и лекарственных растений. Это целесообразно и экономически. Так, известно, что на Гавайских островах (заметим, кстати, - вулканического происхождения) от обилия в почве никеля у пальм известно заболевание «боанг», от которого пальмы дают пустые орехи. В Евразии (особенно в Азербайджане и Турции) случается у людей гемолитическая анемия – «Фавизм», возникающий там, где употребляют конские бобы, выращенные в предгорьях на почвах, содержащих никель. Не зря у таких больных Р.Б. Джавазов отмечает аллергические проявления [18].

Вернемся к рассмотрению главного фактора - индустриальной пищи. Не будем описывать ее, а просто сошлемся на то, что уже сказано другими. «Человечество потребляет все больше и больше готовых продуктов и полуфабрикатов. В США, например, 90% денег покупатели тратят на уже приготовленные продукты. В процессе сушки, консервирования, замораживания продукты теряют почти весь свой вкус и запах. В таком виде их никому не продать. Поэтому существует целая индустрия, делающая пищу съедобной. Производство пищевых добавок засекречено, как производство наркотиков. Крупнейшие потребители пищевых добавок – рестораны быстрого питания заинтересованы в том, чтобы посетители не догадывались, что аппетитные запахи из их кухни на самом деле производятся в химических лабораториях, находящихся на другом конце света, и доставляются из-за океана в стеклянных колбах.

Вкусная еда сегодня - часто только иллюзия. Пищевые добавки придают вкус и запах не только популярным прохладительным напиткам, карто-

фельным чипсам, кукурузным хлопьям, мороженому, леденцам и зубной пасте. С помощью ферментации на фабриках пищевых добавок созданы концентрированные запахи свежих сливок, бекона, сыра, гусиного жира, и даже... шашлычного дыма. Его добавляют в гамбургеры, чтобы создать иллюзию, что они не разогреты в микроволновке, а только что пожарены на открытом огне. Запах натурального дыма добавляют также в шашлычный соус, мясные полуфабрикаты, копчености...

Аллергикам и язвенникам стоит держаться подальше от кафе и ресторанов «фаст-фуда». Секретом становится и доза, а также происхождение (синтетическое или натуральное?) пищевых добавок – усилителей вкуса, стабилизаторов, эмульгаторов, структурирующих веществ и прочего. Они обязательно присутствуют в еде, экономящей время: ведь при разогревании полуфабрикаты не должны терять первозданного внешнего вида, вкуса и запаха». Это цитата из книги о современном питании [19, стр. 254, 256].

Далее приводится состав пирожка с вишней или клубникой. Но это только слова, а в пирожке названные деликатесы отсутствуют. Их роль выполняют имитаторы-ароматизаторы, т.е. химия. Производители продукции отваживаются на откровенную ложь: из Прибалтики в украинские магазины завозят «крабовые» палочки, сделанные из низкосортной рыбы. Дешевая химия приносит прибыль. Все более широкое внедрение искусственной пищи с каждым днем усугубляет отрицательное воздействие химии на наш организм и приводит к потере здоровья. Еще в 2002 году автор этих строк в своей книге «Как победить аллергию» писал: «По обилию искусственных компонентов в пище и определяются страны-лидеры по распространенности аллергии» [20]. Такой вывод нужно сделать и для сахарного диабета, так как интоксикация и аутоаллергические процессы взаимосвязаны [21].

В учебнике "Общая экология" [22, стр. 446] приводится таблица с данными фонового содержания некоторых химических элементов в основных пищевых продуктах (по Н.Г. Рыбальскому и др., 1992). Показатели даны в усредненном виде, а самый высокий по никелю оказался в рыбе - 0,2 мг/кг. Это прежде всего относится к океаническим рыбам-планктофагам, поскольку по подсчетам двадцатилетней давности в водах мирового океана общее содержание никеля оценивалось в 685 млн тонн [12, стр. 477]. В это количество входит и 42,3 тонны никеля (1992 г), сбрасываемого ежегодно в Ладожское озеро, воды которого используются населением северного мегаполиса для питья и приготовления пищи.

Планктон, устрицы, моллюски, креветки, водоросли, очищая морскую воду, концентрируют в себе никель, висмут, кадмий, ртуть, свинец и др. Значительная часть тяжелых металлов, а также фосфора, попадая с пищей в ЖКТ человека, связывается активными элементами - калием, кальцием, магнием, селеном, хромом, цинком и т.д. и выводится через кишечник. Если тяжелых металлов и фосфора в пище сверх нормы, то из-за этого названных полезных детоксикационных элементов всасывается в кровь недостаточно.

Дефицит их и приводит к болезненным состояниям, что подтверждается, например, значительным распространением сахарного диабета в Океании.

Один из "сюрпризов" Маргаринпрома, впервые выявленный автором этих строк, подарен потребителю в виде *транс-белков*^{*)}. В саломасах (полуфабрикат для получения маргарина, кондитерских, кулинарных и хлебопекарских жиров) всегда есть около 5% белка [23]. А поскольку никель легко соединяется с белками (интенсивнее всего при гидрогенизации: высокое давление, высокая температура, водородное "кипение" при вдувании газа), то наличие в пище белковых молекул с содержанием никеля оспаривать невозможно. Известно, что в "Плазме крови никель находится в основном в связанном состоянии с белками никелоплазмином (альфа-2-макроглобулин) и альфа-1-гликопротеином".

Необходимо не только учесть, но и исследовать результаты десятилетнего запрета в законодательном порядке ввоза в Данию пищевых продуктов и лекарств, содержащих никель, что было сделано по рекомендациям ученых этой страны [24].

Наиболее эффективным органом удаления из организма излишка химических элементов является кожа. Поэтому микроэлементный статус человека легко определяем по содержанию, например тяжелых металлов, в волосах. Эпидемическое распространение аллергии на никель служит подтверждающим симптомом глобального токсикоза, возникающего от чрезмерного загрязнения окружающей среды и пищи, что отражается на возникновении и тенденциях роста аутоиммунной патологии, к которой относится и сахарный диабет. Поэтому результат анализа волос, срезов ногтей или подошвенных натоптышей может дать точный ответ о причине недуга. Заинтересовавшиеся высылают запрос в московскую лабораторию (телефон в Москве – 2610301 или 7552401).

Выводы

Аллергия на 28-й химический элемент является тревожным симптомом никелевого токсикоза, получившего глобальное распространение и прогрессирование в результате усиливающихся антропогенного загрязнения окружающей среды и химизации пищи. В связи с этим опубликована только небольшая часть аспектов экологически опасного пищевого фактора и роль экотоксиканта никеля и его соединений в возникновении аутоаллергических реакций и вызываемой ими аутоиммунной патологии, включая образование антигенных транс-белков в составе искусственных гидрогенизированных пищевых жиров, что оглашается впервые. Необходимо запретить при изготовлении гидрогенизированных жиров токсический никелевый катализатор, взамен которого предложен прошедший испытание в Запорожье и Львове палладиевый катализатор ИКТ-3-25.

*) Термин автора. Пишется через черточку, так как префикс означает «трансформация» в отличие от «транспорт» или «через».

Автор обращает внимание на опасность добавления никеля в лекарства и витаминизированные комплексы, что усугубляет ситуацию с заболеваемостью и способствует тенденциям роста дегенеративных заболеваний человека в основном аутоиммунной этиологии. Данное заключение является приоритетной находкой автора новой концепции.

Список использованных источников

1. Веселовская З.Ф. и др. Катаракта. Киев: Книга плюс. 2002, 208 с.
2. Новиков Ю.В. Экология, окружающая среда и человек. М.: Фаир-Пресс. 2003, 320 с.
3. Скальный А.В. Микроэлементы для вашего здоровья. М.: Оникс 21 век. 2004, 320 с.
4. Ревякина В.А. Аллергия на металл. - АйФ. Здоровье. 2003.- №14/451.
5. www.stq.ru/stqsite/
6. Гудков А.В., Багрянцев В.Н., Кузнецов В.Г. Общая детская заболеваемость и тяжелые металлы в окружающей среде г. Владивостока //Инфекционная патология в Приморском крае. Владивосток: Дальнаука, 1994. С. 96-97.
7. http://www.fegi.ru/ecology/vlad_sit/sit_micro.htm
8. Мачарадзе Д.Ш. Контактный дерматит на металл (никель) - Лечащий врач, №4, 2005.
9. Клиническая иммунология и аллергология // Под ред. Л.Йегера. Том 3. М.: Медицина. 1990, 528 с.
10. Справочник по профессиональной патологии// Под ред. Л.Н. Грацианской, В.Е. Ковшило. Л.: Медицина. 1981, 376 с.
11. Коломийцева М.Г., Рабович Р.Д. Микроэлементы в медицине. М.: Медицина. 1970, 288 с.
12. Бандман А.Л., Волкова Н.В., Грехова Т.Д. и др. (под общей редакцией профессора В.А.Филова). Вредные химические вещества. Неорганические соединения элементов V-VIII групп. Л.: Химия. 1989, 592 с.
13. WWW.sibpatent.ru/
14. Гадаснина И.Д. и Толоконцев Н.Д. Яды - вчера и сегодня. Л.: Наука, 1988, 205с.
15. Страны мира. Справочник. - М.: Политиздат. 1962, 440 с.
16. Шудин В.В. Никель и аутоиммунная патология. – Окулист, №7/8-2004.
17. Соколова В.Ю., Яцюк М.Д. Микроэлементы в жизни растений, животных и человека. Киев: Наукова думка. 1964, 324 с.
18. Джавазов Р.Б. Фавизм. Баку. 1975, 106 с.
19. Панченко В.Г. Вчера, сегодня, завтра украинского национального питания. Уроки здоровья. - Днепропетровск. Пороги. 2004. - 274 с.
20. Шудин В.В. Как победить аллергию. Симферополь: Бизнес-информ. 2002, 160с. [Http://allergia.front.ru/discovery.htm](http://allergia.front.ru/discovery.htm).
21. Один В.И. Аутоиммунный сахарный диабет (под ред. профю А.А. Новика) СПб: ВМедА. 2003, 344 с.
22. Пономарёва И.Н., Соломин В.П., Корнилова О.А. Общая экология. М.: Мой учебник. 2005, 464 с.
23. Товбин И.М. и др. Гидрогенизация жиров. М.: Легкая и пищевая промышленность. 1981, 296 с.
24. Veien N.K., Anderson M.R. Nickel in Danish food. - Acta Dermato-Venerologia. Stockholm, #6/1986, pp. 502-509.

2. Специальные вопросы клинической медицины

Абсатаров Р.А., Бондарев А.А., Фирсов О.В.

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ

*Стойленский горно-обогатительный комбинат, г. Старый Оскол
Воронежская областная клиническая больница*

Сопоставление непосредственных результатов эндохирургического лечения больных калькулезным холециститом в клинических группах производили по следующим позициям: количество неудач и ошибок лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), частота и тяжесть осложнений вмешательств, длительность послеоперационного пребывания пациентов в стационаре и сроки восстановления трудоспособности.

Под неудачами ЛХЭ мы подразумеваем невозможность ее проведения, отказ от выполнения холецистэктомии или завершения операции лапароскопическим методом, а также вынужденную конверсию.

К ошибкам лапароскопического вмешательства относим наши добросовестные профессиональные заблуждения, связанные с несовершенством современного состояния медицинской науки и методов обследования больного, а также с некачественным и неполным обследованием, что привело к неадекватному объему операции или развитию осложнений.

Нами предпринято 436 попыток выполнения ЛХЭ, из них в 16 (3,7%) случаях был произведен переход на лапаротомию.

Причины **неудач** были следующими.

1. Выявление при лапароскопии признаков не установленной при дооперационном обследовании патологии брюшной полости, устранить которую лапароскопическим методом было затруднительно (0,2%).

Среди больных контрольной группы при обследовании в одном случае не был диагностирован холедохолитиаз.

2. Невозможность выполнить ЛХЭ из-за выраженных спаечных или воспалительно-инфильтративных изменений в области шейки пузыря, затруднявших идентификацию анатомических элементов печеночно-двенадцатиперстной связки (3,5% - 15 больных).

У 3 (1,4%) пациентов основной группы и у 10 (4,6%) больных контрольной группы поводом к конверсии послужил плотный инфильтрат при остром деструктивном холецистите или хронической эмпиеме желчного пузыря. Еще у 2 (0,9%) пациентов контрольной группы переход на лапаротомию осуществлен из-за перихолецистита вследствие склероза желчного пузыря.

В таких ситуациях переход на традиционную холецистэктомию в меньшей степени характеризовал профессиональный уровень хирурга, а в большей – ограниченность технических возможностей эндоскопического метода и ответственность хирурга перед больным.

Таким образом, в контрольной группе переход на традиционную методику оперирования был осуществлен у 6,0% больных, а в основной группе – в 1,4% случаев.

Еще в одном случае отказ от выполнения лапароскопической холецистэктомии у пациентки с калькулезным холециститом был связан с выявлением при лапароскопии опухолевого поражения печени.

Тактические **ошибки**, связанные с некачественным или неполным обследованием пациентов в дооперационном периоде, были допущены у 2 (0,9%) пациентов контрольной группы.

Одной больной, оперированной по поводу острого холецистита, произведена экстренная лапаротомия на 4-е сутки после ЛХЭ в связи с развившимся кровотечением из малигнизированной язвы желудка.

У другой пациентки через месяц после выписки из стационара выявлена операбельная опухоль толстой кишки.

В двух данных случаях более тщательное обследование больных позволило бы нам отказаться от ЛХЭ в пользу традиционной лапаротомии, при которой одновременное выполнение холецистэктомии и радикальных вмешательств на желудке и сигмовидной кишке было бы более целесообразным.

В основной группе тактической ошибке в одном (0,5%) случае способствовали трудности сонографической верификации характера изменений стенки пузыря при блоке его шейки крупным конкрементом, не позволившие распознать опухолевое поражение желчного пузыря.

Технические ошибки на каждом из этапов холецистэктомии таят в себе опасность развития осложнений, часть из которых диагностируется во время операции, а другие – лишь в послеоперационном периоде.

Характер **интраоперационных и послеоперационных осложнений** у больных основной и контрольной групп представлен в табл. 1.

У больных контрольной группы $\frac{1}{2}$ часть интраоперационных осложнений ЛХЭ (6 из 12) была связана с использованием напряженного пневмоперитонеума и «типичных» (трансректальных) доступов при проведении эпигастрального троакара справа от круглой связки печени.

У 2 больных (0,9%) контрольной группы отмечены клинические проявления острой сердечной недостаточности, и еще у одного (0,5%) - подкожной эмфиземы шеи и лица. Причиной кардиоваскулярного коллапса во всех случаях явилось использование внутрибрюшного давления газа 15 мм рт. ст. Устранение напряженного пневмоперитонеума позволило своевременно ликвидировать возникшие гемодинамические нарушения и завершить холецистэктомию при пониженном давлении углекислого газа.

Именно поэтому мы в последующем стали применять по ходу лапароскопических вмешательств внутрибрюшное давление газа, не превышающее 10 мм рт. ст., при котором не отмечали возникновения осложнений пневмоперитонеума, а также использовать у пациентов с высокой степенью операционного риска лифтинговую методику ЛХЭ.

При введении второго манипуляционного порта справа от круглой связки печени мы наблюдали у 3 (1,4%) больных контрольной группы кровотечение из правой прямой мышцы живота вследствие повреждения мышечных артериальных ветвей, что потребовало проведения мероприятий по осуществлению гемостаза.

Таблица 1

Характер и частота осложнений ЛХЭ в клинических группах больных калькулезным холециститом.

Характер осложнений	Число больных		Всего
	Основная группа (n=220)	Контрольная группа (n=216)	
<u>Интраоперационные:</u>			
- подкожная эмфизема	-	1 (0,5%)	1 (0,2%)
- кардиоваскулярный коллапс	-	2 (0,9%)	2 (0,5%)
- повреждение сосудов брюшной стенки	-	3 (1,4%)	3 (0,7%)
- абдоминальное кровотечение	2 (0,9%)	6 (2,7%)	8 (1,8%)
<u>Послеоперационные (ранние):</u>			
- желчеистечение из пузырного протока	-	1 (0,5%)	1 (0,2%)
- желчный перитонит	-	1 (0,5%)	1 (0,2%)
- поддиафрагмальный абсцесс	1 (0,5%)	-	1 (0,2%)
- желудочно-кишечное кровотечение	-	1 (0,5%)	1 (0,5%)
- пневмония	2 (0,9%)	2 (0,9%)	4 (0,9%)
- воспаление троакарных ран	2 (0,9%)	5 (2,3%)	7 (1,6%)
<u>Послеоперационные (поздние):</u>			
- грыжи брюшной стенки	-	2 (0,9%)	2 (0,5%)
- резидуальный холедохолитиаз	1 (0,5%)	-	1 (0,2%)
ИТОГО:	8 (3,7%)	24 (11,1%)	32 (7,5%)

На своем опыте мы убедились в том, что профилактика повреждений элементов печеночно-двенадцатиперстной связки может быть обеспечена комплексным подходом, включающим тщательное дооперационное обследование пациентов для выяснения индивидуальных анатомических особенностей оперируемой зоны, хорошую визуализацию объекта вмешательства, определенные технические приемы и прецизионную технику диссекции тканей.

Затруднения в распознавании нетипичных вариантов топографии пузырных артерий послужили причиной развития интраоперационного кровотечения у 4 (0,9%) пациентов, подвергнутых ЛХЭ (по 2 случая в основной и контрольной группах), что составило 10,1% от общего числа лиц с вариантными особенностями кровоснабжения желчного пузыря.

Еще у 4 (1,9%) больных контрольной группы причинами кровотечения из ветвей пузырной артерии и ложа пузыря были: нерациональный выбор вида оптики и оперативного доступа для лапароскопа у пациентов брахиморфного типа телосложения (2 случая), погрешности техники оперирования – грубые манипуляции при выделении желчного пузыря в условиях нарушенных анатомических соотношений элементов его шейки вследствие наличия инфильтративно-спаечного перипроцесса (2 случая).

У двух (0,9%) пациентов брахиморфной конституции после введения лапароскопа в параумбиликальной области (при величине эпигастрально-пупочного расстояния у больных 19 и 21 см) было установлено неоптимальное его размещение вследствие индивидуальных особенностей топографии желчного пузыря. Шейка пузыря в условиях пневмоперитонеума находилась в 12 см от кожи, а ее проекция на переднюю поверхность туловища локализовалась выше края правой реберной дуги, ввиду чего расстояние от шейки желчного пузыря до области введения первого порта превышало величину рабочей длины лапароскопа. При таком размещении эндоскопа в сочетании с использованием прямой оптики, обзор зоны вмешательства и четкая визуализация тонких анатомических структур, подвергаемых диссекции, были затруднены, что и способствовало повреждению пузырной артерии.

Необходимо отметить, что во всех случаях возникновения интраоперационного кровотечения данное осложнение удалось устранить лапароскопически – прецизионным клипированием поврежденного сосуда или коагуляцией. Объем кровопотери в 7 из 8 случаев не превысил 100 мл, и только у одной больной он составил 300 мл.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде имели место у 5 (1,4%) пациентов основной группы и у 10 (4,7%) больных контрольной группы.

Формирование поддиафрагмального абсцесса справа отмечено в основной группе в одном случае (0,5%) после технически сложной холецистэктомии при флегмонозном холецистите. Больной на 10 сутки после ЛХЭ была произведена релапароскопия, санация и дренирование правого поддиафрагмального пространства (выздоровление).

Возникновение данного осложнения связываем с неадекватной санацией и отказом от дренирования поддиафрагмального пространства при выполнении первоначального вмешательства (дренаж был подведен только к ложу желчного пузыря).

Одной пациентке (0,5%) контрольной группы на вторые сутки после плановой лапароскопической холецистэктомии произведена экстренная релапароскопия и лапаротомия в связи с диффузным желчным перитонитом. После лигирования поврежденного мелкого протока в ложе пузыря, санации и дренирования брюшной полости наступило выздоровление.

Еще у одной больной (0,5%) контрольной группы имело место желчеистечение (до 100-150 мл\сут) по контрольному дренажу из подпеченочного пространства. Пациентке выполнена эндоскопическая холангиография - установлена несостоятельность культи пузырного протока. Возникновению осложнения способствовали наличие у больной недиагностированной до операции билиарной гипертензии вследствие стеноза большого дуоденального сосочка, а также технические погрешности лапароскопического вмешательства - «неполное» лигирование широкого пузырного протока при его поэтапном клипировании. Для устранения данного осложнения была произве-

дена эндоскопическая папиллосфинктеротомия - желчеистечение прекратилось на 9 сутки после ЛХЭ (выздоровление).

Среди пациентов контрольной группы воспалительные осложнения со стороны эпигастрального доступа отмечены в 3 (1,4%) случаях (воспалительный инфильтрат - у 2, нагноение - у 1); у 2 (0,9%) больных имело место нагноение раны пупочной области, возникновение которого мы связываем с инфицированием тканей передней брюшной стенки при извлечении поврежденного желчного пузыря.

При использовании у больных основной группы эпигастрального доступа по белой линии живота воспалительные изменения тканей передней брюшной стенки (инфильтрат) зарегистрировали только в 2 (0,9%) случаях, не потребовавших длительного стационарного лечения.

Послеоперационная очаговая пневмония отмечена у 4 (0,9%) пациентов (по 2 случая в клинических группах).

Летальных исходов после произведенных холецистэктомий не было.

У ряда пациентов в послеоперационном периоде возникли побочные эффекты лапароскопической холецистэктомии – боли в плечелопаточной области (10,5%), тошнота (8,8%), рвота (7,5%), гипертермия (26,6%) в течение первых трех суток после операции, несвязанная с какими-либо инфекционными осложнениями и не потребовавшая специального лечения.

Отдаленные осложнения в период от 6 месяцев до 3 лет после проведенных эндоскопических вмешательств, а также сроки восстановления трудоспособности у оперированных больных изучены нами в результате анализа амбулаторных карт 294 пациентов, находившихся на учете в поликлиниках №1 и МСЧ СГОКа г. Старый Оскол. Число анализируемых больных, подвергнутых лапароскопической холецистэктомии в 1996 - 1998 гг., было 165, что составило 76,4% от общего количества пациентов контрольной группы. Течение позднего послеоперационного периода изучено также у 148 (67,3%) больных основной группы.

Отдаленные осложнения эндоскопических вмешательств выявлены в 3 (1,0%) из 294 случаях. Осложнения, связанные с особенностями осуществленного оперативного доступа, установлены у 2 (0,9%) больных контрольной группы. Во всех этих случаях в течение года после выполнения лапароскопической холецистэктомии сформировались грыжи в области субкисфидального прокола, в связи с чем пациенты были оперированы повторно. Пластика дефекта апоневроза в области эпигастрального доступа ЛХЭ произведена под местной анестезией.

Резидуальный холедохолитиаз установлен у одной (0,5%) больной основной группы через год после ЛХЭ. Пациентка первоначально была оперирована в срочном порядке на 4-е сутки после начала приступа острого холецистита; данных за наличие эпизодов механической желтухи в анамнезе у нее не было, сонографических признаков холедохолитиаза и билиарной гипертензии до операции не выявлено.

Наиболее вероятной причиной резидуального холедохолитиаза у данной больной явилась незамеченная нами миграция конкремента через широкий пузырный проток во время выполнения холецистэктомии.

Больной произведено эндоскопическое устранение выявленного холедохолитиаза. Последующие (в течение года) контрольные сонографические исследования магистральных желчных протоков признаков билиарной гипертензии не выявили. При повторных осмотрах пациентка жалоб не предъявляла, эпизодов механической желтухи не отмечала.

Сроки выписки пациентов из стационара зависели от формы воспаления желчного пузыря, течения послеоперационного периода, наличия и тяжести сопутствующей патологии, а также от возможности получения квалифицированного поликлинического наблюдения.

Продолжительность послеоперационного стационарного лечения пациентов, перенесших ЛХЭ при хроническом холецистите, в среднем составила в основной группе 5,3, а в контрольной - 7,1 койко-дня. При остром холецистите послеоперационное пребывание больных в стационаре соответственно равнялось 6,2 и 8,1 койко-дням.

Сроки восстановления трудоспособности после лапароскопической холецистэктомии напрямую зависели от течения послеоперационного периода, тяжести сопутствующей патологии и от характера трудовой деятельности пациентов.

Из обследованных нами 243 пациентов трудоспособного возраста, у 64 (26,3%) из которых трудовая деятельность была связана с тяжелой физической нагрузкой, средние сроки временной нетрудоспособности после перенесенной ЛХЭ существенно не отличались в основной и контрольной группах, и составили 22,3 и 21,8 дня соответственно.

Таким образом, различные по тяжести осложнения были зарегистрированы у 32 (7,5%) из 436 оперированных больных.

В контрольной группе переход на традиционную методику оперирования осуществлен у 6,0% пациентов, а частота осложнений составила 11,1%. В основной группе конверсия была произведена в 1,4% случаев, а осложнения отмечены у 3,7% больных.

Необходимо отметить, что переходов на лапаротомию ввиду возникновения серьезных осложнений холецистэктомии не было.

В раннем послеоперационном периоде необходимость в повторных вмешательствах для коррекции осложнений возникла у одного (0,5%) больного основной группы (релапароскопия), а также у трех (1,4%) пациентов контрольной группы (лапаротомия – 2, эндоскопическая папиллосфинктеротомия – 1).

«Поздние» осложнения лапароскопических вмешательств выявлены в 0,5% случаях в основной группе (холедохолитиаз) и у 2 (0,9%) больных контрольной группы (послеоперационные грыжи).

Продолжительность послеоперационного стационарного лечения пациентов в среднем составила при хроническом холецистите 5,3 и 7,1 койко-дня,

а при остром холецистите - 6,2 и 8,1 койко-дня в основной и контрольной группах соответственно. Сокращению сроков пребывания в стационаре больных основной группы способствовало снижение частоты осложнений эндоскопических вмешательств в данной группе.

Сроки восстановления трудоспособности больных, подвергнутых ЛХЭ, существенно не отличались в клинических группах.

Список использованных источников

1. Абсатаров Р.А., Бондарев А.А. Интеллектуализация принятия решений в диагностике и оперативном лечении холецистита лапароскопическим методом. - Воронеж: Центрально-Черноземное книжное издательство, 2002. 158 с.
2. Абсатаров Р.А., Бондарев А.А. Интеллектуализация принятия решений при оперативном лапароскопическом лечении холецистита. - Системный анализ и управление в биомедицинских системах, Т.3, №2, 2004. С. 103-105.

Караматов И.Д.

УЧЕНИЕ О НАТУРЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В ГРЕЧЕСКО-ПЕРСИДСКО-УЗБЕКСКОЙ МЕДИЦИНЕ И ЕГО СОВРЕМЕННОЕ ТОЛКОВАНИЕ

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан

В основу греческо-персидско-узбекской медицины заложено учение о мизадже (темпераменте) человека и натуре лекарственных средств. На этой основе разработаны как методы диагностики, так и профилактики и лечения болезней [8, 9, 10, 11, 13].

Если учение о мизадже учитывает индивидуальные особенности каждого организма - физические, психологические, особенности течения заболеваний и индивидуальные способы терапии, то учение о натуре лекарственных средств рассматривает особенности воздействия этих лекарств.

Учение о натуре лекарственных средств, предложенное Гиппократом, а затем усовершенствованное Галеном, Авиценной и рядом других арабских, персидских, узбекских, армянских врачей, которые использовали эту систему медицины, является богатым наследием древневосточной медицины и имеет не только историческое значение. Это учение может внести свой вклад в теорию и практику использования лекарственных средств натурального происхождения [1, 6, 8].

В отличие от современной медицины, которая видит в лечебных средствах растительного и животного происхождения лишь энергетическую ценность и химическую составляющую, древневосточная медицина учитывала информационно-энергетическую сущность лекарств [9, 10, 11].

Натура лекарственных средств определялась восточными целителями на основании учёта воздействия препаратов на органы чувств (вкус, запах) внешних качеств (цвет, строение). Решающим были результаты опыта лечебного их применения на людях с уравновешенной натурой. В зависимости от

того, какое действие оказывало указанное средство - стимулирующее или угнетающее на функции организма определяли горячие и холодные по натуре средства и т.д. [6, 8].

По классификации греческо-персидско-узбекской медицины определяли горячие, холодные, сухие и влажные лекарственные средства. Эти качества могли сочетаться в одном и том же средстве. То есть, кроме этих четырех натур определяли и горяче-влажные, горяче-сухие, холодно-влажные и холодно-сухие средства.

Следует отметить, что натура лечебных средств определялась, не только качественно, но и количественно. Для каждого качества определяли четыре степени проявления. Наименьшей считалась I степень, наивысшей IV горячности, холодности, сухости, влажности. Кроме того, качество каждого лекарства делилось на три части - в начале, в середине и конце каждой степени.

Натура лекарственных средств определялась и обозначалась, по вышеизложенной схеме. Так, например, трава зверобоя горячая в начале II степени и сухая в середине I степени.

В зависимости от натуры лекарств, прогнозировалось их влияние на организм человека. Ниже мы приводим воздействие лекарственных средств на человека в зависимости от их натуры по греческо-персидско-узбекской медицине.

Горячие лекарства: увеличивают количества тепла в организме, повышают функции органов, тонизируют, возбуждают нервную систему, приводят к бессоннице, повышают потенцию, сушат, улучшают состояние при «холодных» и «влажных» заболеваниях, ухудшают состояние при «горячих» заболеваниях.

Холодные лекарства: уменьшают количество тепла, понижают функции органов, седатируют и приводят ко сну, успокаивают нервную систему, понижают потенцию, увлажняют, улучшают состояние при «горячих» заболеваниях, ухудшают состояние при «холодных» заболеваниях.

Сухие лекарства: уменьшают количество жидкости в тканях тела или какого-либо органа, закрепляют, уменьшают количество выделяемого пота и мочи, приводят к бессоннице, ухудшают состояние при «горячих» и «сухих» заболеваниях, улучшают состояние при «влажных» заболеваниях, приводят к образованию «закупорок» в органах.

Влажные лекарства: увеличивают количество жидкости в тканях тела, усыпляют, послабляют, увеличивают количество выделяемого пота и мочи, улучшают состояние при «горячих» и «сухих» заболеваниях, ухудшают состояние при «влажных» заболеваниях [1, 6, 8, 9, 10, 13].

Такая практическая классификация лекарственных средств, представленная в древних справочниках, позволяла древневосточному врачу подбирать лекарственные средства при каждом конкретном заболевании, каждому конкретному больному, учитывая его индивидуальные особенности.

До нашего времени сохранились справочники, которые описывают до 15000 средств натурального происхождения - лекарственных трав, минералов

и средств животного происхождения [1, 6, 8]. Отсутствие современного толкования теоретических основ этой медицинской системы не дают возможность правильной интерпретации и внедрения в сферу практического здравоохранения такой огромный опыт наших предков.

Происхождение натур лекарственных средств растительного происхождения древневосточная медицина связывала со средой произрастания. Растительные средства с «горячей» натурой преимущественно произрастают в жарких странах, на территориях с большей инсоляцией. Растения, имеющие «холодную» натуру, преимущественно растут в странах с умеренным и холодным климатом, или являются тенелюбивыми. Особо ценились растения, которые произрастают на территориях с суровыми климатическими условиями. Считали, что они обладают очень сильными лечебными свойствами. Древневосточные мыслители считали, что климатические условия произрастания определяют натуру растения. Поэтому у одних и тех же растениях, в зависимости от их места произрастания определяли различную натуру.

На современном научном языке это можно интерпретировать следующим образом. Растение адаптируется к условиям среды произрастания. Адаптация каждого растения идет посредством определенных биохимических реакций, с накоплением биологически активных веществ. Так как биохимический язык един для всего живого, эти механизмы, при употреблении их человеком передаются и ему.

Натура лекарств минерального происхождения связывалась только с их «сущностью», то есть химической составляющей.

Очень интересен опыт древневосточной медицины в лечебном применении средств животного происхождения. Если лекарства растительного происхождения греческо-персидско-узбекской медицины более менее изучены, то средства животного происхождения- млекопитающих, рептилий, птиц, насекомых остались вне поля зрения современной науки.

Натура средств животного происхождения определялась в первую очередь по их видовой принадлежности. Вторым определяющим фактором являлось двигательная активность животного. Чем более подвижно животное, тем горячее. Так, среди животных самые горячие по натуре считались птицы, насекомые, так они наиболее активные. Среди домашних животных, наиболее горячими считались козы и лошади.

Для млекопитающих, кроме вышеизложенных факторов, решающим считалось также питание животных. Считалось, что если животного кормить «холодными» по натуре травами, то их натура и мясо «охлаждались» и наоборот.

Если в процессе подбора лекарственных средств какое-либо средство не подходило для данного больного по его натуре, древневосточные врачи производили коррекцию натуры. Это достигалось ими при помощи смешивания с другими средствами с противоположной натурой, с приготовлением сложных лекарственных средств или посредством обработки огнем. Опыт древневосточной медицины в этой области, к сожалению не изучен.

Считаем, что правильнее воспринимать учение о натуре лекарственных средств, стоя на позиции, учитывающей информационно-энергетическую ценность средств растительного происхождения, предложенной Бриллюэн Л., Кацура А.В., Брехманом И.И. [2, 3, 4, 7]. Древневосточные врачеватели интуитивным, эмпирическим путем пришли к пониманию информационно-энергетической ценности лекарств и оставили богатейший опыт в этой области. Греческо-персидско-узбекскую медицину можно считать системой, стоящей на позиции информационно-энергетической медицины. Современный научный анализ древневосточной медицины с этой точки зрения, помог бы в деле использования богатейшего опыта, назначения лекарственных средств натурального происхождения.

Список использованных источников

1. Абу Али ибн Сино. Канон врачебной науки. – Ташкент, 1986.
2. Брехман И.И. Человек и биологически активные вещества - М.: Наука, 1981.
3. Брехман И.И., Нестеренко И.Ф. Природные комплексы биологически активных веществ. - Л.: Наука, 1988.
4. Бриллюэн Л. Научная неопределенность и информация. - М.: Мир, 1966.
5. Зеликсон Ю.И., Кондратьева Т.С. Лекарственные средства в трудах Ибн-Сины. – Фармация, 1991, №2, с. 79-81.
6. Зохидов М. Хазиная тибби кадим. – Душанбе, 1997. 670 с.
7. Кацура А.В. Информационные аспекты проблемы оптимизации биосферы// Взаимодействие природы и общества (философские, географические, экологические аспекты проблемы. - М.: Наука, 1973, с. 46-48.
8. Капранов В., Хашим Р. Мудрость веков. – Душанбе, 1984.
9. Караматов И.Д. Древневосточная медицина. – Бухара, 2001.
10. Караматов И.Д. Черный перец. – Бухара, 2001.
11. Караматов И.Д. Народная медицина// Теоретические и философские основы нетрадиционных методов диагностики и лечения – Бухара, 1998.
12. Кукес В.Г., Абашина Н. Ю. Траволечение - взгляд в прошлое и настоящее// Факультет здоровья, 1988, №12, с. 5-22.
13. Нуралиев Ю. Лекарственные растения. – Душанбе, 1993.
14. Ходжиматов М. Дикорастущие лекарственные растения Таджикистана. – Душанбе, 1989.

Крылова Е.Н.

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО И НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВУЛЬВЫ

*Центральная Клиническая больница им. Н.А.Семашко ОАО «РЖД», г.Москва
Московский государственный медико-стоматологический университет*

В Российской Федерации из года в год увеличивается количество женщин в пожилом и старческом возрасте. По прогнозам ВОЗ ожидается, что к 2015 году 46% женщин будут в возрасте старше 45 лет [1]. Как следствие изменения демографической ситуации в современном обществе в сторону уве-

личения старшей возрастной группы за последние годы заметно возросло число больных дистрофическими заболеваниями вульвы (ранее и в настоящее время клиницистами для обозначения этих заболеваний применяются термины «крауроз» и «лейкоплакия вульвы»). При этом все чаще появляются больные дистрофическими заболеваниями вульвы возраст которых не превышает 50 лет.

Говоря о дистрофических заболеваниях вульвы, хочется отметить, что атрофические изменения тканей, приводящие к возникновению заболевания, являются проявлением возникающей в пери- и постменопаузальном периоде возрастной недостаточности женских половых гормонов, то есть являются результатом естественного процесса старения организма.

Атрофические изменения тканей наружных половых органов, влагалища, мочевыводящих путей имеют порой очень тяжелые клинические проявления: мучительный, порой нестерпимый зуд вульвы, резкая болезненность и невозможность половой жизни, частые и болезненные мочеиспускания, недержание мочи - приводят к возникновению нервно-психических расстройств, нарушению социальных взаимоотношений, существенно снижают качество жизни женщины.

Хочется еще раз отметить, что имеющиеся атрофические изменения тканей, приводящие к описанным выше клиническим симптомам, являются результатом естественного и непредотвратимого процесса старения организма. Так, даже при отсутствии какого-либо заболевания, имеющееся сенильное состояние половых органов способно спровоцировать появление зуда вульвы [2].

Можно сказать, что возрастные изменения кожи и слизистых оболочек наружных половых органов, влагалища, обусловленные постменопаузальным дефицитом эстрогенов и проявления этих изменений в той или иной степени выраженности возникают у каждой женщины!

Крауроз и лейкоплакия вульвы отнесены к предопухолевым заболеваниям на фоне которых в 20.9-59% случаев возникают злокачественные опухоли [3]. По теории многоступенчатости канцерогенеза, в длительно существующей в состоянии дефицита питания клетке (в состоянии дистрофии или атрофии) формируется комплекс изменений (дисплазия, метаплазия), являющихся предраковыми [4, 5, 6]. По полиэтиологической теории возникновения рака предшественниками опухолей являются «дистрофические пролифераты», способные к неограниченному разрастанию [7]. Исследователями установлено, что частота встречаемости умеренной и тяжелой дисплазии у больных карциномой вульвы и у больных дистрофическими процессами вульвы по сравнению с контрольной группой здоровых женщин выше в 2-3 раза [8].

С позиций вторичной профилактики рака - своевременное и эффективное лечение дистрофических заболеваний вульвы исключает развитие дисплазии, соответственно, уменьшает вероятность возникновения злокачественной опухоли [9].

Таким образом, наиболее оптимальный путь вторичной профилактики рака вульвы - это эффективное лечение крауроза и лейкоплакии.

Лечение дистрофических заболеваний вульвы относится к числу наиболее сложных и нерешенных проблем. Остается много спорных вопросов в этиологии и патогенезе развития нейродистрофических изменений вульвы. Многообразие взглядов на эту проблему привело к возникновению самых разных методов терапии крауроза и лейкоплакии вульвы.

Для лечения больных применяют медикаментозную терапию, физиотерапевтические методы, различные способы денервации вульвы, перечисленные выше методы лечения и их сочетания не вызывают длительную ремиссию заболевания и обладают недостаточной эффективностью. Хирургическое лечение больных краурозом и лейкоплакией вульвы, наиболее часто выполняемое в объеме вульвэктомии является травматичным, обширным оперативным вмешательством с тяжелым послеоперационным периодом и не может быть рекомендовано широкому контингенту больных дистрофическими заболеваниями вульвы, находящихся в пожилом возрасте и имеющих тяжелую сопутствующую патологию [10-12].

В связи с нерешенностью проблемы, касающейся лечения больных краурозом и лейкоплакией вульвы, возникла необходимость разработки новых эффективных методов терапии, которые могли бы применяться у широкого контингента больных как в условиях стационара, так и амбулаторных условиях.

Благодаря достижениям научно-технического прогресса практическая медицина получила возможность использовать в лечении больных краурозом и лейкоплакией вульвы лазерное излучение.

Применение низкоинтенсивного лазерного излучения является эффективным, патогенетически обоснованным методом лечения больных дистрофическими заболеваниями вульвы и широко используется в практическом здравоохранении, однако, как и многие методы лечения, обладает кратковременным лечебным эффектом, (что является иногда причиной необоснованных отказов от лазеротерапии), требующим проведения повторных курсов лечения [13, 14]. В существующих методиках лазеротерапии не даны рекомендации и не обоснована необходимость проведения повторных курсов лечения в безрецидивный период, нет данных о сроках проведения повторных курсов, длительности лазеротерапии, не дана оценка морфологическим изменениям тканей вульвы после ряда курсов лазеротерапии, нет данных об изменении клинических проявлений, течения заболевания после ряда курсов лазеротерапии.

Мнения об эффективности применения хирургических лазеров для лечения больных дистрофическими заболеваниями вульвы также противоречивы. По одним данным достаточно глубокая коагуляция вызывает деформацию тканей вульвы. Многие авторы отмечают возникновение рецидивов заболевания на уже деформированных после коагуляции тканях вульвы. Рецидивы, по различным данным, фиксируются в 90% случаев [15, 16]. По мне-

нию других авторов хирургическое лазерное лечение дистрофических заболеваний вульвы эффективно у 96% больных. По мнению авторов наиболее эффективной является сочетанная лазерная терапия с использованием высокоэнергетического и низкоинтенсивного лазерного излучения [17].

Небольшой опыт применения сочетанного лазерного излучения в лечении больных дистрофическими заболеваниями вульвы, противоречивость результатов проведенных исследований, свидетельствует о том, что вопрос о целесообразности применения этого метода требует дальнейшего изучения.

Таким образом, целью настоящего исследования является повышение эффективности лечения и социальной реабилитации больных дистрофическими заболеваниями вульвы на основе проведения сочетанной лазерной терапии с использованием высокоэнергетического и низкоинтенсивного лазерного излучения.

В ходе настоящего исследования использовались методы клинического обследования больных (общий клинический и гинекологический осмотры с обязательной вульвоскопией), методы морфологической диагностики (выполнение цитологических и гистологических исследований биоптатов, методы социологического исследования (анкетирование с последующим анализом полученных данных с применением общепринятых и специальных опросников с целью оценки эффективности лечения больных путем изучения показателей качества их жизни), методы статистической обработки результатов проведенных исследований и данных, полученных при анализе анкет-опросников.

Под наблюдением находится 70 пациенток дистрофическими заболеваниями вульвы. В соответствии с клинко-морфологической классификацией дистрофических заболеваний вульвы больные распределены на 3 группы:

1 группа - больные с краурозом вульвы- 30 больных

2 группа - больные лейкоплакией вульвы-10 больных

3 группа - больные, имеющие сочетание крауроза и лейкоплакии-30 больных.

На каждую больную заполнялся протокол исследования, который включал следующие вопросы:

1.Фамилия, имя, отчество, возраст, адрес

2.Характер патологических процессов на вульве: крауроз, лейкоплакия, смешанная форма заболевания (крауроз и лейкоплакия).

3.Время взятия на учет, длительность заболевания.

4.Распространенность процесса: очаговый, распространенный

5.Выраженность клинических проявлений:

I балл – зуд, жжение в области вульвы носят периодический характер, проходят самостоятельно

II балла – зуд снимается применением лекарственных препаратов

III балла – зуд выраженный, усиливающийся по ночам, не снимается применением лекарственных препаратов, дизурические явления.

IV балла – зуд нестерпимый, повлекший психические расстройства.

6. Размеры, площадь поражения, локальный статус.

7. Характер проведенного лазерного лечения.

7.1. Низкоинтенсивная лазерная терапия: дата, порядковый номер курса лечения, интервал с предыдущим курсом, оценка локального статуса до начала лечения в сравнении с предыдущим курсом, осложнения, возникновение рецидивов, их характер и локализация, время появления после окончания лечения.

7.2. Хирургическое лазерное лечение: дата, объем хирургического лазерного вмешательства, послеоперационные осложнения, возникновение рецидивов, характер и локализация, время появления после окончания лечения.

Курс лазерной терапии больным дистрофическими заболеваниями вульвы назначали после обязательного предварительного анализа влагалищной флоры, обследования на трихомонады, гонококки, микотическую инфекцию, глистную инвазию, после исследования биохимического анализа крови, включающего определение глюкозы, билирубина, мочевины. Лазерная терапия проводилась после обследования больных эндокринологом, дерматологом, невропатологом, которые при выявлении экстрагенитальных заболеваний, также сопровождающихся зудом вульвы, помогали в ряде случаев провести дифференциальный диагноз с дистрофическими заболеваниями вульвы и назначали соответствующее лечение.

Перед началом лечения пациентки предъявляли различные жалобы.

Основной жалобой больных был зуд в области наружных половых органов, повлекший за собой психоэмоциональные нарушения и социальные конфликты.

Лечение больных проводится с использованием низкоинтенсивного гелий-неонового лазера (аппарат УЛФ-01). Облучение производится расфокусированным лучом гелий-неонового лазера, диффузно на вульву, диаметр пятна 10-15 см по бесконтактной методике. Курс лечения 10-15 процедур по 10 минут на патологический очаг. У ряда больных, имеющих выраженные очаговые изменения на вульве, лечение проводится гнездовым способом, с 3-4 полей (диаметр луча 4-5 см), с фиксацией луча на 3-4 мин. Доза лазерного излучения составляет 0.5-0.6 Дж на см². После проведения 1 курса лечения - объективное улучшение состояния кожно-слизистых покровов вульвы (уменьшение отека, гиперемии, эпителизация трещин, участков, пораженных вследствие длительных расчесов), больные отмечают улучшение общего состояния: исчезает зуд, улучшается сон. Эти изменения подтверждаются данными морфологических исследований биоптатов вульвы, полученных до начала и после окончания курса лечения. Через 1.5-2 месяца у большинства больных - рецидив заболевания. В случае тяжелого течения заболевания назначаем проведение повторного курса лазерной терапии через 2 месяца. При отсутствии рецидива, легких клинических проявлениях заболевания, рекомендуем проведение повторного курса лазерной терапии через 3 месяца. После 2 курса и при проведении ряда последующих курсов лазеротерапии наблюдаем дальнейшее прогрессивное улучшение состояния кожно-слизистых

покровов вульвы), подтвержденное данными морфологических исследований. У 70% больных к 7-8 курсу лечения уменьшается тяжесть клинических проявлений заболевания, объективно наблюдается улучшение состояния кожно-слизистых покровов вульвы, подтвержденное данными морфологических исследований. При достижении такой положительной динамики в лечении больных дистрофическими заболеваниями вульвы удлиняем временные интервалы между курсами лазеротерапии до 6 месяцев. При достижении длительной ремиссии заболевания, объективном улучшении состояния кожно-слизистых покровов вульвы рекомендуем проведение поддерживающей лазеротерапии 1 раз в год на протяжении всей жизни больной.

Хирургическое лазерное лечение применяем больным с лейкоплакией вульвы, при сочетании лейкоплакии вульвы с краурозом, при неэффективности предшествующих курсов лазеротерапии с использованием низкоинтенсивного лазерного излучения и тяжелом течении заболевания. Первым этапом сочетанного лазерного лечения является курс лазеротерапии с использованием низкоинтенсивного лазерного излучения. Количество процедур 5-7. На втором этапе - хирургическое лазерное лечение с использованием лазерной хирургической установки фирмы «Шарплан», мощность излучения приблизительно равна 4-5 Вт, режим излучения - непрерывный, воздействие производится расфокусированным лазерным лучом на глубину собственного слоя кожи - до дермы. Обезболивание - инфильтрационная анестезия тканей вульвы 0.5% раствором новокаина. В послеоперационном периоде также проводим курс лазеротерапии с использованием гелий-неонового лазера, количество процедур - 10. Пролечено 15 больных. Осложнений в процессе лечения не отмечено. Исчезновение зуда отмечали у 88% больных, 12% больных отмечали очень незначительный зуд вульвы, не требующий проведения лечебных мероприятий. В плане дальнейшего лечения рекомендуем проведение повторных курсов лазеротерапии через 3-4 месяца, затем через 6 месяцев. В качестве поддерживающего лечения рекомендуем проведение лазеротерапии гелий-неоновым лазером 1 раз в год на протяжении всей жизни больной.

Список использованных источников

1. Баранов И.И., Серов В.Н. Климактоплан в терапии климактерического синдрома// Русский Медицинский Журнал. – 2005. – №1. – С.11–14.
 2. Подзолкова Н.М. Симптом, синдром, диагноз. – М: ИД «Гэотар-мед», 2003. 372с.
 3. Scurry G. Beshay. Lichen sclerosus of vulva in patients with and without associated squamous cell carcinoma// Histopatology.1998. May. Vol.32 №5 P.63–69.
 4. Петров Н.Н. Руководство по общей онкологии. – Л., 1961. – 39 с.
 5. Зырянов Б.Н. Рак желудка. – Томск, 1998. – 528с.
 6. Иванов А.Д. Хронический гастрит. – М., 1988. 35 с.
 7. Петров Н.Н.. Вопросы онкологии. – Москва, 1950. 27 с.
 8. Таджибаева Ю. Морфологические критерии рака вульвы// Вопросы онкологии.- 1990.- том 36, №8. – С. 1007.
 9. Прилепская В.Н.. Заболевания шейки матки влагалища и вульвы. -М.:МЕДпресс-информ, 2003. – С.357.
-

10. Жаров А.В. Хирургическое лечение крауроза и лейкоплакии вульвы// Акушерство и гинекология. –1996. – 36. – С.39–40.
11. Нагуло С.А. Сравнительная оценка клинического течения, и эффективности лечения крауроза и лейкоплакии вульвы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Челябинск, 1998.
12. Штенберг М.И. Крауроз и лейкоплакия вульвы. – Кишинев: Штиинца, 1980.
13. Поляков В.В.Лазерная терапия дистрофических процессов вульвы. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1987.
14. Милияновский А.И. Лазерная терапия крауроза вульвы// Здоровоохранение Туркменистана. –1989. – №6. – С.19–21.
15. Прилепская В.Н. Руководство по гинекологической эндокринологии. – М., 1999. – 56 с.
16. Прилепская В.Н. Практическая гинекология. - М.:МЕДпресс-информ, 2002. 69с.
- 17.Зайнуллина Р.М. Комплексное лазерное лечение дистрофических процессов вульвы. Автореф. дис. ... канд. мед. наук.. Уфа, 1990.

Папина И.Н., Брусова Л.А.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ И ПУТИ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИЛИКОНОВЫХ ИМПЛАНТАТОВ В
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ
ОБЛАСТИ

ФГУ Центральный научно-исследовательский институт стоматологии, г.Москва

Использование силиконовых имплантатов для контурной пластики в челюстно-лицевой хирургии получило широкое распространение с 60-х годов прошлого столетия. В нашей стране впервые экспериментальное исследование возможности применения в хирургии начато в 1964 г. в лаборатории полимеров Центрального научно-исследовательского института стоматологии под руководством Е.В.Груздковой, совместно с инженерами-химиками Н.К.Власовой и И.Я.Поюровской и сотрудниками Научно-исследовательского института резиновой промышленности – Е.Н.Смагиным, А.Б.Зуевой, М.В.Крюковой [3]. Экспериментальное изучение реакции организма и тканей на имплантируемые кроликам образцы силикона проведены в ЦНИИ стоматологии в том же году д.м.н. Е.В.Груздковой, проф. В.В.Паниковским и д.м.н. Л.А.Брусовой. Результаты исследований показали, что силиконовые имплантаты биологически инертны, сохраняют эластичность, прочность, не рассасываются в тканях, не изменяют форму, и весь процесс приживления можно расценивать как нормальную реакцию заживления стерильной раны [1]. Созданные образцы монолитных силоксановых имплантатов послужили началом успешного их применения в клинической практики.

За последние 10 лет проведен анализ использования силиконовых имплантатов в клинической практике отделений челюстно-лицевой хирургии ЦНИИС. Анализ частоты показал, что в период с 1995 по 2005 годы в хирургических клиниках ЦНИИС было выполнено 585 операций с использованием силиконовых имплантатов для контурной пластики челюстно-лицевой области. Наибольшее количество по частоте применения силиконовых импланта-

тов составили пациенты с посттравматическими дефектами и деформациями челюстно-лицевой области 187 (32%), пациенты с врожденной деформацией лицевого скелета 133 (23%), пациенты с врожденной деформацией челюстей 72 (12,3%), с гемиатрофией - 46 (7,9%), липодистрофией - 11 (2%). Использование силикона для устранения дефектов челюстно-лицевой области после онкологических операции составили 27 (4,6%). Использование силикона по косметическим показаниям 35 (6%). Наиболее часто применялись имплантаты для контурной пластики наружного носа 193 (33%), нижней челюсти 141 (24,1%), скуло – глазничного комплекса 137 (23,4%). Далее по частоте применения использовались имплантаты для щёчной области 65 (11,1%), лобной области 37 (6,3%), височной области 36 (6,2%), ушных раковин 16 (2,7%), околоушной области 9 (1,5%). Накопленный опыт позволил отработать различные методики изготовления имплантатов, разработать индивидуальный подход в каждом клиническом случае.

Одной из задач по оптимизации и совершенствованию данного направления является внедрение в клиническую практику силиконовых имплантатов с различными физико-механическими свойствами, позволяющие систематизировать подход к выбору силиконовой композиции.

В Центральном научно-исследовательском институте стоматологии на протяжении десятков лет широко используется силиконовый материал марки 52-1194 (Бруслова Л.А., 1974 г.), который во многом позволяет решать проблемы восполнения объема недостающих тканей [2]. Физико-механические показатели (твердость 30А, относительное удлинение-400%, условная прочность при удлинении - 3,56 МПа) данной композиции позволили стандартизировать выбор области его применения (рис. 1, 2). Внедренный в клиническую практику силиконовый каучук марки 52-336К [5] широко используется при замещениях дефектов костей свода черепа, где необходим материал имеющий показатели значительной твердости (60 А) и эластичности (относительном удлинении при разрыве 550%, условной прочности при удлинении - 9,8 МПа), (рис. 3-5).

Целью нашего исследования стала разработка полимера, который позволил устранять дефекты как мягких, так и твердых структур. На основании этого в 2001 году совместно с ЗАО «Медсил» разработан новый силиконовый материал «Эндосил», который позволил повысить прочностные показатели композиции, и таким образом, получен материал, обладающий требуемым уровнем свойств [4]. Силиконовая композиция имеет следующий химический состав: полидиметилсилоксановый каучук, сшивающий агент 136-41 (полиэтилгидросилоксан), наполнитель аэросил, комплексный платиновый катализатор. Экспериментальное изучение композиции было направлено на сравнительную оценку физико-механических, санитарно-химических и токсикологических свойств (№ 365-03 от 03.07.2003). В проведенном экспериментальном исследовании данной композиции установлено: материал обладает высокими показателями относительного удлинения при разрыве (720 %), высокой прочностью (6,5 МПа) и твердостью (20А по Шору). При оценке

уровней миграции химических соединений установлено, что последние не превышают предельно допустимые значения. Проведенные токсикологические исследования были направлены на оценку местнораздражающего, общетоксического, сенсibiliзирующего действия силиконовой композиции Эндосил, изучение ее биосовместимости и отдаленных эффектов. Анализ результатов показал, что при обследовании животных не выявлено статистически значимых отклонений от контроля и показателей физиологической нормы, на протяжении всего периода наблюдения не отмечено гибели подопытных животных, изменений внешнего вида, двигательной активности по сравнению с контрольной группой.



Рис. 1. Пациентка Г. Гемифациальная микросомия справа (до операции)



Рис. 2. Пациентка Г (после операции)

На основании выполненного эксперимента установлено, что имплантаты для восстановительной хирургии лица из силиконовой композиции Эндосил не токсичны, отвечают требованиям, предъявляемым к материалам для эндопротезирования. Обладая значительно ниже твердостью, по сравнению с

уже используемыми силиконовыми материалами в клинике ЦНИИС, новая композиция позволяет с успехом использовать её у пациентов с дефектами и деформациями челюстно-лицевой области, особенно для восполнения объёма мягких тканей лица (рис. 6, 7).



Рис. 3. Пациент Л. Дефект и деформация верхней и средней зон лица справа, дефект и деформация костей лобно-теменно-височной области справа после огнестрельного ранения. Анофтальм справа. Вентрикулоперитонеальный шунт. Состояние после ряда нейрохирургических и восстановительных операций (до операции)



Рис. 4. Пациент Л. (через год после операции)

Таким образом, быстрое и широкое внедрение в клиническую практику биоматериалов на основе силиконовых эластомеров, несмотря на их высокую стоимость, обусловлено специфическими свойствами этого класса по-

лимеров: физиологической инертностью, гидрофобностью, хорошей гемо- и тканесовместимостью. Важным преимуществом силиконовых эластомеров по сравнению с другими биоматериалами, является то, что их консистенция близка к консистенции окружающих тканей и они представляют собой почти идеальный конструкционный материал, о чем свидетельствует многолетний опыт их применения. Возможность дифференцированного, по физико-механическим показателям, использования силиконов во многом позволяет достичь желаемого результата.



Рис. 5. Индивидуально изготовленный силиконовый имплантат для пациента Л.



Рис. 6. Пациентка В. Гемиатрофия лица справа (до операции)



Рис. 7. Пациентка В. (через месяц после операции).

Список использованных источников

1. Бусова Л.А. Устранение деформаций носо-верхнечелюстного комплекса имплантатами из силикона. - Автореф. дис... канд. мед. наук. 1975.
2. Бусова Л.А. Силиконовые имплантаты в восстановительной хирургии лица. Эстетическая медицина. М., 2003. - Т. II. - №3, с.234-244.
3. Груздкова Е.В., Бусова Л.А. Новые полимеры в восстановительной хирургии лица. Тезисы науч.-прак. конф. МНИИ косметологии МЗ РСФСР, 18-19 марта 1969. С.37-38.
4. Горшков А.В. Научно-технические основы создания биоматериалов на основе высокомолекулярных силоксановых эластомеров, контактирующих с кровью и биосубстратами. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. 1988.
5. Карнаухова А.В. Устранение дефектов и деформаций лобно-носо-орбитальной области и свода черепа с применением композиции Эластомед. - Автореф. дис. ... канд. мед. наук. 2006.

Суворова Н.Б.

ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА У ВРАЧЕЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ

Чувашский государственный университет им. И.Н.Ульянова, г.Чебоксары

Труд врачей принадлежит к числу наиболее сложных и ответственных видов деятельности человека. Он характеризуется значительной интеллектуальной нагрузкой, требует большого объема оперативной и долговременной памяти, подчас огромных физических сил и выносливости, содержит элементы творчества и связан с ответственностью за здоровье и жизнь других людей. Выраженность этих качеств, с одной стороны, является основой профессиональной эффективности труда, с другой – сопряжена с высокой физиологической стоимостью для организма самого врача [8]. Кроме того, в медицинскую практику постоянно внедряются более совершенные технологии, оборудование, медикаменты, аппаратура, которые, с одной стороны, повы-

шают качество медицинского обслуживания населения, а с другой - ставят врачей в новые, мало или совсем не изученные, условия труда. В доступной литературе нам встретились лишь единичные исследования, посвященные изучению функциональных сдвигов у врачей ультразвуковой диагностики. Таким образом, несмотря на постоянное улучшение условий и охраны труда врачей разных специальностей, изучение состояния здоровья врачей, в частности врачей ультразвуковой диагностики, весьма актуально.

Цель предпринятого исследования – изучение микрофлоры кишечника врачей ультразвуковой диагностики. Для решения поставленной цели были созданы две группы врачей: 20 врачей ультразвуковой диагностики (УЗД) – женщины, средний возраст которых составил 39 лет, а средний стаж работы – 10 лет и 20 врачей, не имеющих контакта с ультразвуком, средний возраст которых составил 40 лет, а средний стаж работы – 11 лет.

Опираясь на данные, полученные из карты изучения социально-гигиенических, медико-биологических факторов заболеваемости врачей, разработанных нами, установлено, что обследованные группы врачей имели схожие составы семей, отношение к физической культуре, вредные привычки, доходы на одного члена семьи, используемые коммунальные удобства, жилищные условия, источник питьевой воды, характер питания и наличие его витаминизации. Анализ сведений о протекании периода беременности и родов показал, что поздний токсикоз, слабость родовой деятельности, родовая травма, рождение недоношенных детей, а также количество детей недополучающих грудное вскармливание чаще наблюдались у врачей ультразвуковой диагностики. Из жалоб у врачей УЗД преобладали аритмии, утомляемость, головные боли, снижение концентрации внимания в конце рабочего дня, нарушения сна, боли в мышцах воротниковой зоны и в суставах рабочей руки, причем 50% из них приходилось на лучезапястный сустав. Кроме того, 50% врачей ультразвуковой диагностики отмечали склонность к запорам.

Сравниваемые группы были обследованы нами на дисбактериоз с использованием «Методических рекомендаций по применению бактериологических препаратов на практике лечения больных кишечными инфекциями...» [6] и «Методических рекомендаций по микробиологической диагностике дисбактериозов» [5], по усовершенствованной нами методике.

В ходе исследования нами выяснено, что у врачей УЗД количество кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью на 9% меньше, чем у врачей сравняемой группы. А уровень лактозонегативной кишечной палочки на 15% выше у врачей ультразвуковой диагностики. Содержание гемолизирующей кишечной палочки почти в 1,5 раза, а стафилококковой флоры (стафилококк золотистый и стафилококк гемолизирующий) практически в 2 раза больше в группе врачей УЗД, по сравнению с аналогичными показателями врачей сравняемой группы. Дрожжеподобные грибки в микрофлоре кишечника выявлены только у врачей ультразвуковой диагностики. Количество энтерококков у врачей УЗД практически в 3 раза больше, чем у врачей сравняемой группы. Уровень же бифидобактерий на 12%, а лактобацилл на

24% у врачей ультразвуковой диагностики меньше, по сравнению с содержанием кишечника врачей сравняемой группы (рис. 1).

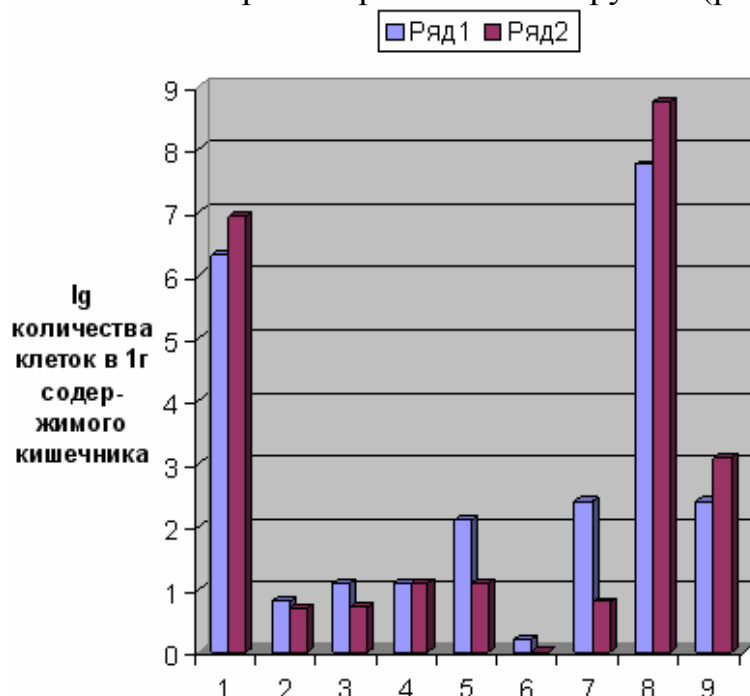


Рис. 1. lg количества клеток в 1 г содержимого кишечника у врачей ультразвуковой диагностики (ряд 1) и врачей сравняемой группы (ряд 2): 1 – кишечная палочка с нормальной ферментативной активностью, 2 – лактозонегативная кишечная палочка, 3 – гемолизирующая кишечная палочка, 4 – другая условно-патогенная флора, 5 – стафилококковая флора, 6 – дрожжеподобные грибки, 7 – энтерококки, 8 – бифидобактерии 9 – лактобациллы

Сравнительное изучение микробиоценоза кишечника врачей УЗД со стажем работы свыше десяти лет показало снижение количества кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью, бифидобактерий и энтерококков на 20%, лактобацилл на 10% и повышение количества гемолизирующей кишечной палочки на 10%, а стафилококковой флоры на 30%, по сравнению с врачами ультразвуковой диагностики со стажем работы до десяти лет. У врачей же сравняемой группы существенных отличий в составе микрофлоры кишечника в зависимости от стажа работы не отмечено.

Используя классификацию клинических форм дисбактериоза, предложенную А.Ф.Билибиным [1], можно сказать, что 65% врачей УЗД и 45% врачей сравняемой группы имеют латентную, субклиническую форму дисбактериоза. Преобладающим по виду микроорганизмов является стафилококковый дисбактериоз – 25% случаев среди врачей УЗД и 20% - среди врачей сравняемой группы. В ходе исследования также выяснилось, что только 10% бактериологических анализов исследуемых врачей УЗД и 20% анализов врачей сравняемой группы соответствуют принятым нормативам, 35% и 40% соответствующих групп имеют изменения только в виде уменьшения бифидобактерий и (или) лактобацилл. 5% бактериологических анализов врачей ультразвуковой диагностики можно отнести к первой степени тяжести

дисбактериоза. 50% бактериологических анализов врачей УЗД и 40% анализов врачей сравняемой группы соответствуют второй степени тяжести дисбактериоза (рис. 2).

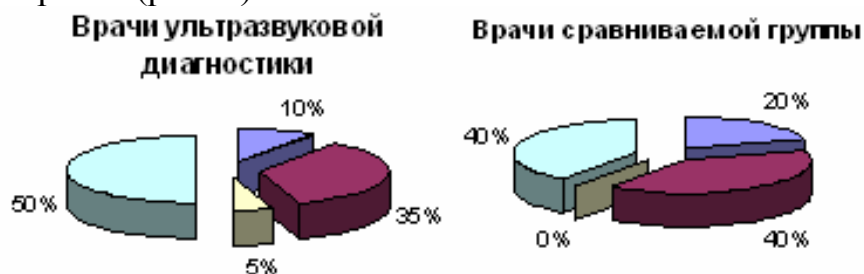


Рис. 2. Удельный вес обследуемых врачей ультразвуковой диагностики и врачей сравняемой группы по степени тяжести дисбактериоза: 1 – норма, 2 – снижение бифидобактерий, 3 – первая степень тяжести дисбактериоза, 4 – вторая степень тяжести дисбактериоза

Существует мнение, что вследствие уменьшения молочно-кислых бактерий, кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью происходит сдвиг pH в щелочную сторону, что нарушает функции некоторых кишечных ферментов (дисахаридазы, пептидазы и других), снижается способность инактивации биологически активных веществ, которые повреждают эпителий слизистой оболочки кишечника, нарушая процессы всасывания аминокислот, углеводов, жиров. На этом фоне происходит заселение тонкого кишечника патогенными бактериями, что усугубляет имеющиеся нарушения: снижается антиинфекционная резистентность организма, включаются аутоиммунные механизмы, меняется местный иммунологический ответ на бактериальные антигены, пищевые белки и полисахариды, способствуя развитию аллергических реакций и воспалительно-дистрофических процессов [1]. Кроме того, доказано, что повышение количества патогенных и условно-патогенных бактерий, которые сами способны продуцировать канцерогены и активаторы роста опухолей из компонентов пищи (к таким веществам относят образующиеся метаболиты триптофана, желчных кислот, 7-дегидрогеназы, циказин, ядерную дегидрогеназу клостридий), увеличивает риск развития опухолевых заболеваний [2].

Поэтому поддержание нормальной бактериальной флоры в организме становится одной из важнейших задач оптимизации питания и жизнедеятельности организма. Диета при дисбактериозе кишечника должна быть полноценной по калорийности и содержанию основных физиологических ингредиентов [12]. Прием пищи необходимо осуществлять в одни и те же часы для восстановления эндогенного биоритма пищеварения. Питание должно быть как можно более разнообразным. При этом желательно исключить или ограничить употребление продуктов, агрессивных в отношении аутофлоры [3, 9], таких как макароны и вермишель из муки высшего сорта, консервы и полуфабрикаты из мяса, рыбы, сгущенное молоко, лимонад, мороженое. Напротив, стимулируют рост полезной микрофлоры изделия из ржи, кукурузы, гречихи, проса, а также капуста, морковь, кабачки, томаты, огурцы, свежие

фрукты, не консервированные соки, орехи, кисло-молочные продукты. Так, например, прием 100 г сыра в сутки в течение четырех недель или ацидофильного кефира 250 мл в сутки в течение трех недель при наличии дисбактериоза кишечника легкой степени приводит к нормализации флоры [4]. В случае же запоров, а их отмечают 60% врачей УЗД, при составлении диеты предпочтение должно оказываться продуктам, богатым пищевыми волокнами, употребление которых в нашей стране за последние 100 лет уменьшилось более чем в два раза [7, 10, 11].

Таким образом, в ходе исследования выяснилось, что у обследуемых врачей ультразвуковой диагностики в микробиоценозе кишечника снижено количество кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью, бифидобактерий и лактобацилл, повышено содержание лактозонегативной и гемолизирующей кишечных палочек, энтерококков и дрожжеподобных грибов, при сравнении со сравниваемой группой врачей. Вследствие этого, врачам с целью нормализации аутомикрофлоры кишечника показан сезонный (весной и осенью) прием индивидуально подобранных бифидопрепаратов, а также планомерный прием пищи с преобладанием кисломолочных продуктов, пищевых волокон, овощей и фруктов.

Список использованных источников

1. Барановский А.Ю., Кондрашкина Э.А. Дисбактериоз и дисбиоз кишечника. - 2-е изд. - СПб: Питер, 2002.
 2. Гребнев А.Л., Мягкова Л.П. Кишечный дисбактериоз: руководство по гастроэнтерологии. - М., 1996. - Т. 3. - С. 324 - 332.
 3. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. Запор: от симптома к диагнозу и адекватному лечению // Терапевтический архив. - 1996. - № 2. - С. 27 - 30.
 4. Лоранская Т.И. Биологически активные добавки к пище, их применение в клинике внутренних болезней // Клиническая медицина. - 1997. - Т. 75, № 7. - С. 18 - 21.
 5. Методические рекомендации по микробиологической диагностике дисбактериозов. - МЗ УССР, 1986.
 6. Методические рекомендации по применению бактериологических препаратов на практике лечения больных кишечными инфекциями, диагностика и лечение дисбактериозов. - МЗ СССР, 1986.
 7. Погожева А.В. Пищевые волокна в лечебно-профилактическом питании // Вопросы питания. - 1998. - № 1. - С. 39 - 42.
 8. Прокопенко Л.В. Труд и здоровье медицинских работников - Ереван, 1984.
 9. М.Д.Субботина, В.Н.Тимченко, А.С.Мартынкин и др. Дисбактериоз кишечника у детей и микрoэкологические подходы к его коррекции: учебно-методическое пособие - СПб, 1997.
 10. Уголев А.М. Теория адекватного питания и травология / А.М.Уголев - СПб., 1991. - 272 с.
 11. Уголев А.М. Эволюция пищеварения и принципы эволюции функций. - Л., 1985.
 12. Шендеров Б.А. Нормальная микрофлора и ее роль в поддержании здоровья человека // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. - 1998. - Т.7, № 1. - С. 61 - 65.
-

3. Информационные технологии в медицине. Управление

Абдулхаков И.У.

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕМЬИ НА УЧАСТКЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан

Актуальность проблемы. Необходимость коренной реформы системы здравоохранения Республики Узбекистан, в центре которого стоят вопросы пересмотра роли и функции подготовки врача общей практики общепризнана. Поэтапный переход к органу первичной медико-санитарной помощи по принципу врача общей практики/семейного врача открыл новый этап в развитии системы первичной медицинской помощи, в основе которой лежит семейный принцип обслуживания населения. Это является одним из главных направлений развития здравоохранения Узбекистана и заставляет искать и научно обосновывать пути организации медицинской помощи населению на участке городской поликлиники. До настоящего времени практически отсутствует научно-методическое обоснование и технологии работы с семьей медицинского персонала работающего в учреждениях первичной медико-санитарной помощи.

Семейная медицина как форма первичной медико-санитарной помощи распространена в большинстве развитых странах (Англия, Канада, Австралия, США, Прибалтика) [1, 2, 3, 8]. Как показывает опыт развитых стран, где внедрены в практику семейные врачи и функционирует семейная медицина, семья является основной единицей лечебно профилактической помощи. В современных условиях, семья является еще и объектом социально гигиенических исследований, в которых изучается различные аспекты ее функционирования, состояния здоровья в связи с анализом условий жизни различных групп населения [2, 6]. Надо отметить, что до настоящего времени не проводились исследования посемейного анализа на участке первичной медико-санитарной помощи в условиях города Бухары. Между тем необходимость такого анализа очевидна, и связана она с тем, что практика врача общей практики требует конкретного планирования лечебно-профилактических мероприятий на участке его работы.

Семья раньше врача сталкивается с болезнью еще на бессимптомной ее стадии и может способствовать или противодействовать ее раннему распознаванию в зависимости от ее степени медицинской активности. В амбулаторно-поликлинических условиях характерные отношения между членами семьи, несомненно, положительный фактор в деле выздоровления, реабилитации и выполнению медицинских рекомендаций [4].

Врачи, работающие, по схеме посемейного обслуживания являются едва ли ни самыми уважаемыми фигурами системы здравоохранения. В связи с этим целесообразно изучить достижение семейной медицины как науки в

странах, где существует опыт посемейного обслуживания, и проводятся исследования по взаимовлиянию семьи и здоровья [3, 7].

Семья в процессе своей жизнедеятельности формирует здоровье всех членов. В семье одобряется или отвергается стиль жизни, способствующий сохранению и укреплению здоровья. В семье воспитывают детей, передавая им привычки и отношения к здоровью и болезни. А также в свою очередь перенесут полученный опыт в собственные семьи.

Bader кратко сформулировал рекомендации врача общей практики: врач должен советовать, а не приказывать, его задача не решать все проблемы в семье, а лишь готовить ее к переменам [9].

Целью нашего исследования явилось комплексная социально-гигиеническая характеристика семьи на участке врача общей практики на примере участка №1 Бухарской объединенной городской поликлиники №4.

Для выполнения цели были поставлены следующие **задачи**:

1. Изучение структуры участка врача общей практики объединенной поликлиники №4.
2. Проведение на участке анкетирования семей, с целью социально-гигиенической характеристики.
3. Анализ полученных данных и разработка практических рекомендаций.

Материалы и методы. В основу нашего исследования положен системный подход к определению «семья» (семья не просто сумма людей, а система, и как всякая система обладает определенной структурой состояний из элементов и связей между элементами). В семье все взаимосвязано и при повреждении любого его звена возникают изменения во всех ее остальных частях. В целях изучения социально-гигиенической характеристики семей на участке врача общей практики была проведена исследовательская работа на территории участка №1 объединенной поликлиники №4 города Бухары. Для проведения анкетирования был разработан специальный вопросник, состоящий из 22-х вопросов. Составленные вопросы касались оценки социально-гигиенической характеристики семьи и качества работы семейного врача. Всего было опрошено 172 семьи.

Результаты и их обсуждение. Бухарская объединенная поликлиника №4 находится в северной части города, обслуживает 30000 населения, рассчитана на 380 посещений в смену. Центр семейной медицины, которая находится при поликлинике, обслуживает 9128 населения и состоит из 7 участков. Первый участок, где было проведено исследование, обслуживает 1125 человек, которые объединены в 172 семьи. В исследование были включены все семьи. Возрастной состав населения состоит из следующих категорий: 28,5% составляют дети в возрасте от 0 до 14 лет; 5,2% - подростки от 14 до 17 лет; 60,4% - взрослые и 5,7% - пожилые люди старше 70 лет. Единицей наблюдения явились взрослые члены семьи, обследованные по разработанному нами специальному вопроснику комплексной социально-гигиенической

характеристики. Посемейное обследование проводилось путем заполнения разработанных нами анкет на каждую семью.

По своей структуре обследованные семьи распределились следующим образом: 40% семей состоят из супружеской пары с детьми и родителями; 35,5% - нуклеарные семьи, т.е. те семьи, в которых живут муж, жена и их дети; 7% - супружеские пары без детей; 7% - семьи, где живут одинокие пожилые; 4,5% семей состоят из родителей и взрослого ребенка; 6% семей относятся к категории «дети с матерью».

Общепризнанно, что медицинская грамотность семьи зависит от образования ее членов. Так, по нашим результатам высшее образование оказалось у 15,6%; среднее специальное у 29,4%; среднее у 48,8%; начальное у 3,2%; и у 3% незаконченное среднее образование. В ходе опроса выяснилось, что 31,9% семей состоят в браке от 1 года до 10 лет; 45,5% семей от 10 до 25 лет и 22,6% в браке 25 лет и больше.

При наличии в семье хронического больного никто не остается интактным, нарушается равновесие во взаимоотношениях, семья перестает функционировать как гармоничное целое. Иногда больной может быть лишь симптомом «больной семьи» тогда как корень болезни кроется в других элементах этой системы. В ходе проведенного опроса выяснилось, что в 57,5% семьях имеется хронический больной. Из числа всех хронических заболеваний к относительно часто встречающимся заболеваниям относятся: железодефицитная анемия (44,4%), ИБС. Стенокардия (17,3%), артериальная гипертония (16%), заболевания щитовидной железы (9,8%), сахарный диабет (8,6%), хронический пиелонефрит (6,2%). Следует отметить, что 96,6% опрошенных семей с хроническими больными в курсе медицинских назначений, которые рекомендовал врач общей практики.

Опрос семей показал, что свою материальную обеспеченность оценивали как «хорошее» - 27,9%, «удовлетворительное» - 44,2% и 27,9% семей материальную обеспеченность оценили как «плохое». Выявлено, что в среднем 72,2% материальных средств семьи расходуют на питание.

Немаловажную роль в охране здоровья семьи играют внутрисемейные отношения. Проведенный опрос показал, что в 51% семьях отношения дружеские, в 30% семьях - удовлетворительные, а в 19% отношения напряженные. Это видимо объясняется тем, что в одном доме проживают два и более семей, у которых параллельно имеется и материальная недостаточность, что приводит к напряжению обстановки. Также весьма вероятно, что в многосемейных домах происходят, так называемые «традиционные» стычки между свекровью и снохой, что естественно напрягает обстановку.

Согласно общей медицинской характеристике на исследуемом участке малоболеющих семей - 50,6%, среднеболеющих - 34,3%, и многоболеющих - 15,1% от общего числа семей. Исследование медицинской функции семьи проведено в отношении выполнения семьей основных элементов этой функции. Так, на вопрос «Получает ли семья медицинские знания и совершенст-

вует ли медицинское образование своих членов?» 36,6% семей ответили положительно, а 63,4% - отрицательно.

Соблюдаются ли в семье требования к здоровому образу жизни (режим питания, сон, отдых, закаливание, занятия физ. культурой и спортом)? На этот вопрос положительно ответили 80,8% семей. Большинство из отрицательно ответивших семей объясняют это нехваткой материальных средств и времени на установление режима дня и питания. В результате наших наблюдений и сопутствующих вопросов мы пришли к выводу, что дифференцированные условия для членов семьи с их физиологическими потребностями и особенностями состояния здоровья только в 61% семей.

Общепризнано, что объектом деятельности врача общей практики/семейного врача является семья.

При оценке семьями качества работы врача были получены следующие результаты: 77,3% семей удовлетворены работой своего врача, соответственно 22,7% нет. 69% семей считают наличие семейного врача более удобным и эффективным методом оказания лечебно профилактической помощи по сравнению с методом участкового врача терапевта. Некоторая часть семей, к сожалению, до сих пор обращается к специалистам узкого профиля, минуя врача общей практики.

На вопрос что нравится, и что не нравится в работе семейного врача мы выявили следующее: 71% опрошенных семей отметили личностные качества, удобство в использовании услуг семейного врача, так как существует возможность обращаться с любыми проблемами, касающиеся здоровья, при этом получая необходимую медицинскую помощь, эффективные назначение лекарственных средств и полезные рекомендации. Из отрицательных мнений (29%) - неудобство нахождения медицинского кабинета семейного врача на 4-м этаже поликлиники (мнение, в основном, пожилых пациентов), и то, что одном кабинете ведется прием терапевтических, педиатрических и других больных.

Выводы

1. Модель оказания медицинской помощи по принципу врача общей практики/семейного врача является актуальной проблемой современной медицины Узбекистана.

2. В ходе исследовательской работы впервые была выяснена посемейная структура участка №1 Бухарской городской поликлиники №4 и была проведена комплексная социально-гигиеническая характеристика семей.

3. При анализе данных были определены приоритетные семьи (семьи, имеющие в своем составе хронического больного, семьи с вредными привычками и т.д.) и запланирована активная дальнейшая работа с этими семьями.

4. Население участка, в целом, правильно понимает внедренные изменения в сфере здравоохранения и положительно относится к семейной медицине, хотя разъяснительные мероприятия следует еще продолжать.

5. Следует усилить информационно-профилактические мероприятия в местном сообществе с целью повышения медицинской грамотности населения.

6. Практическая значимость проведенного исследования состоит в том, что разработанные практические рекомендации позволяют повысить эффективность медико-санитарной помощи семьям, так как комплексный медико-социальный подход к лечению больных позволяет сократить потребность в госпитализации на 30%.

Список использованных источников

1. Галкин Р.А., Мовшович Б.Л. Семейная медицина (руководство). - Самара: Самарский издательский дом печати, 1994.
2. Губачев Ю.М., Макиенко В.В. Психосоциальные проблемы семейной медицины. – СПб., 1998.
3. Мерта Дж. Справочник врача общей практики. – М.: Практика, 1998.
4. Напалков Н.П., Гранова А.М. Клиническая онкология семейного врача. – СПб.: Гиппократ, 1995.
5. Серенко А.Ф., Ермакова В.В. Социальная гигиена и организация здравоохранения. – М.: Медицина, 1984.
7. Тульчинский Т.Г., Варавикова Е.А. Общественное здравоохранение. – Ташкент: ИТашГосМИ, 2003.
8. Хейди-Ингрид Маароос. Семейная медицина. Основной курс резидентуры и докторантуры. – Тарту, 1998.
9. Bader E. Working with families. - Australia familie physician, 1990.

Захарова М.А.

ОПТИМИЗАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО, СОЦИАЛЬНОГО, ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В РАМКАХ ЦЕЛЕВОЙ ПРОГРАММЫ «ЗДОРОВЫЙ ГОРОД»

Новосибирский государственный медицинский университет

Охрана репродуктивного здоровья населения России при сохраняющихся негативных демографических тенденциях и депопуляции населения в последние годы стала одним из основных направлений деятельности органов управления и учреждений здравоохранения, критерием эффективности социальной политики государства.

Реформы российского общества оказали на семью неоднозначное воздействие, привели к глубоким изменениям ее жизнедеятельности. Многие семьи, лишившись прежней государственной поддержки, не сумели приспособиться к новым условиям жизни.

В переходный к рыночным отношениям период произошли резкая дифференциация доходов семей, их массовое обнищание, а также ухудшилось здоровье людей. Усугубляется кризис института семьи, возрастает нестабильность браков, разрушаются сложившиеся нравственно - этические

нормы и традиции. Усиливается конфликтность отношений между супругами, родителями и детьми как следствие их экономической, правовой и моральной незащищенности. Снижается роль семьи в воспитании детей. В этих условиях особое значение имеют изучение состояния и сохранение здоровья такого важнейшего первичного базового института общества, каким является семья.

Именно семья, ее интересы должны стоять в центре социально-педагогической политики. Такой подход является ключом к ослаблению негативных последствий реформирования общества.

Органы местного самоуправления наиболее крупных городов России, таких как Москва, Санкт-Петербург, Новосибирск, Екатеринбург разделяют идеологию и стратегию семейной политики, разработанную Организацией Объединенных наций, и оценивают концепцию ООН как адекватную общемировому консенсусу взглядов на семью.

В Российской Федерации на начало XXI века имело место увеличение рождаемости с 8,3 в 1999 году до 10,2 на 1000 населения в 2004 году, данная тенденция сохраняется и сейчас. Но при этом имеет место и высокая смертность населения.

В связи с особенностями реализации репродуктивной функции особое значение приобретают проблемы охраны репродуктивного здоровья женщин, материнства и детства. Реализацию задач по охране репродуктивного здоровья необходимо рассматривать в соответствии с Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, Концепцией охраны репродуктивного здоровья населения России, Концепцией демографического развития Российской Федерации, Национальными планами действий и федеральными целевыми программами по улучшению положения и здоровья женщин и детей во взаимодействии с органами и учреждениями здравоохранения на местах, ведомствами, общественными организациями.

Основным документом, определяющим мероприятия по охране репродуктивного здоровья населения, стала разработанная в соответствии с решением Комиссии по улучшению положения женщин (27.11.98 протокол № 3) и утвержденная на совместной коллегии Минздрава России, Минтруда России и Минобразования России (11.04.2000 протокол № 7) Концепция охраны репродуктивного здоровья населения России на период 2000-2004 годы и План мероприятий по ее реализации (далее - Концепция).

Целью Концепции является сохранение и улучшение репродуктивного здоровья, увеличение воспроизводства населения и повышение его репродуктивного потенциала.

Задачи и направления Концепции включают комплекс мер по созданию эффективной системы охраны репродуктивного здоровья населения: обеспечение единой государственной политики и поддержки в этой области; совершенствование законодательной и нормативной базы; подготовку кадров; профилактику нарушений репродуктивного здоровья населения детородного возраста; разработку приоритетных научных направлений и целевых про-

грамм по проблеме; проведение информационных и образовательных мероприятий по формированию общественного мнения, объединению усилий правительственных и неправительственных организаций и учреждений в области охраны репродуктивного здоровья, создание новых подходов к гигиеническому и нравственному воспитанию и образованию детей и подростков, повышение ответственности населения за состояние своего здоровья.

Во исполнение мероприятий Плана реализации Концепции и федеральных целевых программ совершенствовалось законодательство в области охраны репродуктивного здоровья. Разработаны и приняты законодательные акты (федеральные законы от 16.07.99 №165-ФЗ, от 28.12.2001 №181-ФЗ) по социальной поддержке материнства и детства. Наряду с сохранением ранее действующих гарантий в области материнства и детства (Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 №197-ФЗ) усилены меры по социальной защите беременных.

Однако с 1993 года в Комитетах Государственной Думы Российской Федерации находится на рассмотрении проект закона о репродуктивных правах граждан и гарантий их реализации. Необходимость такого правового документа подтверждается принятием Законодательными Собраниями ряда субъектов Российской Федерации законов о репродуктивных правах граждан (Ивановская, Тульская, Тверская, Рязанская, Тамбовская и другие области).

В утверждаемую постановлением Правительства Российской Федерации Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, определяющей виды и объемы этой помощи населению, в том числе женщинам и детям, за счет средств бюджетов и обязательного медицинского страхования всех уровней внесены мероприятия по оказанию амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи при беременности, родах, послеродовом периоде, искусственном прерывании беременности, а также мероприятия по профилактике заболеваний, включая диспансерное наблюдение здоровых детей и оказание медицинской помощи в центрах планирования семьи и репродукции. Важнейшее направление Концепции по обеспечению единой государственной политики в области охраны репродуктивного здоровья населения явилось продолжением начатой в 80-е годы государственной поддержки охраны материнства и детства со значительными инвестициями в службу, а в дальнейшем в рамках реализации федеральных целевых программ "Планирование семьи" и "Безопасное материнство". Особую роль при этом сыграла программа "Планирование семьи", разработанная в соответствии с международными правовыми стандартами Минздравом России в 1991 году и вошедшая, как и программа "Безопасное материнство", в состав президентской программы "Дети России". Главными задачами этих программ определены сохранение и укрепление здоровья женщин и детей, охрана репродуктивного здоровья населения, социальная поддержка материнства и детства, профилактика и снижение аборт, материнской и младенческой заболеваемости и смертности.

Аналогичные программы были приняты и реализуются в субъектах Российской Федерации.

Программами предусматривалось создание государственных и общественных структур службы планирования семьи и охраны репродуктивного здоровья на федеральном и региональных уровнях, подготовка кадров, обеспечение населения средствами контрацепции, информационное обеспечение населения и специалистов по этим проблемам.

Ключевую роль при создании службы охраны репродуктивного здоровья выполняют центры планирования семьи и репродукции, введенные в номенклатуру лечебно - профилактических учреждений здравоохранения (приказ Минздрава России от 23 ноября 1992 г. №301) и довольно успешно организуемые в регионах. Уже в первые 3 года реализации федеральных целевых программ их было создано более 100, а в настоящее время - около 500 этих учреждений, являющихся методическими и практическими центрами в регионах по оказанию медицинской помощи, подготовке кадров и проведению просветительской деятельности по вопросам охраны репродуктивного здоровья. Получили развитие такие новые типы лечебно- профилактических учреждений, как перинатальные центры, медико-генетические консультации, молодежные центры, центры по охране репродуктивного здоровья и реабилитации, медико-социальной помощи детям и подросткам, кризисные центры, службы доверия и др.

В свете вышесказанного, можно отметить то, что программа «Здоровый город» [1], разработанная в г.Новосибирске является составной частью комплексной программы реализации стратегического плана устойчивого развития города.

Программа «Здоровый город» направлена на объединение усилий всех сфер жизнеобеспечения города по поддержанию и развитию здоровья населения, отдельных его контингентов, коллективов, семей. В ней сделана попытка рассмотрения приоритетов в охране и укреплении здоровья через призму формирования человеческого капитала, его потерь в результате заболеваемости, инвалидности и смертности. Определены основные стратегические позиции в оздоровлении города, которые охватывают проблемы от создания адекватной системы воспроизводства здоровья новых поколений, сохранения жизненного, трудового и репродуктивного потенциала населения, разработки и реализации идеологии здорового образа жизни, до формирования системы медико-социальной экспертизы планов и проектов развития г. Новосибирска, его отдельных подсистем.

В программном документе представлена концепция, стратегические позиции программы на период 2004-2020 гг., основные направления, ожидаемые конечные результаты, критерии эффективности [2].

Подобные программы следует рассматривать как начальный этап перехода к территориальному управлению по критериям развития населения, его здоровья в научном и социально-экономическом смысле.

В целом программа «Здоровый город» (как отражающая деятельность всего городского сообщества) должна быть ориентирована на критерии общественного здоровья, под которым понимается процесс оптимального соотношения воспроизводства населения с его психофизическим развитием, распространенностью болезней и интенсивностью вымирания в данных условиях окружающей среды и развития общественной системы.

Отсюда, «здоровый город» следует понимать не только как результат мероприятий по повышению уровня здоровья жителей, но и как процесс формирования и развития жизненного, трудового и репродуктивного потенциала населения с адекватным потреблением человеческого капитала и стремлением создания оптимальных условий жизнеобеспечения (среда, экономика, социальные условия).

Подобного рода программы создают модели комплексной помощи семьям. Новосибирская программа «Здоровый город» предлагает решение проблем охраны здоровья и воспроизводства населения, социальной помощи женщинам и детям, организацию исследовательской, информационной, консультационной и просветительской работы. Каждая из вышеназванных проблем должна иметь определенное направление, обозначенное в предлагаемых программах.

Например, улучшение здоровья семьи [2] предполагает:

- формирование у населения установок на здоровый образ жизни;
 - сохранение доступной медицинской помощи беременным и детям;
 - развитие службы планирования семьи, совершенствование системы охраны репродуктивного здоровья (пропаганда безопасного материнства, профилактика заболеваний, передающихся половым путем);
 - развитие и совершенствование медико-генетической службы и учреждений перинатальной охраны плода;
 - обеспечение медико-социального патронажа различных групп населения;
 - обеспечение комплексной реабилитации инвалидов, в том числе детей - инвалидов;
 - осуществление контроля за питанием детей раннего возраста, беременных женщин и кормящих матерей;
 - разработка и реализация мер по экологической безопасности семьи;
 - улучшение материальных условий жизнедеятельности семьи, поддержка малоимущих семей;
 - обеспечение учета в жилищной политике МО принципа ориентации на жилищно-бытовые потребности модели семьи;
 - разработка инновационных программ инвестирования средств семьи в жилищную политику города с помощью механизма муниципальных жилищных обязательств и муниципальных ценных бумаг;
 - распространение опыта использования в архитектурно - проектных решениях результатов прогноза семейной структуры населения;
-

- создание специализированной программы жилищно-бытового обслуживания нуждающихся и бедных семей, проживающих в городе;
- развитие рынка жилья и жилищно-бытовых услуг с учетом целей семейной политики города.

Основными направлениями по воспроизводству населения в Новосибирске [2] являются:

- разработка и реализация программы планирования семьи;
- повышение приоритетности интересов семей в проведении социальной политики; обеспечение работникам (особенно женщинам) благоприятных условий для сочетания трудовой деятельности с реализацией репродуктивной функции и воспитанием здоровых детей;
- создание городского фонда «Многодетная семья», формирование на его основе системы социального патронажа многодетных семей;
- развитие центров и клубов молодой семьи, центров планирования семьи и репродукции, а также социальных служб для молодежи, работающих в направлении воспитания ответственного родительства и сохранения репродуктивного здоровья;
- разработка и реализация городской программы обеспечения молодых семей достойными жилищными условиями при рождении ими детей, содержащей условия ипотечного кредитования этих семей с понижающейся кредитной ставкой в зависимости от числа детей в семье;
- развитие и совершенствование работы сети городских служб медицинской профилактики и охраны репродуктивного здоровья женщин и мужчин, укрепление кадровой и материально-технической базы учреждений родовспоможения;
- поддержка, развитие и совершенствование системы детского питания в городе;
- развитие системы медико-психологической помощи семье, формирования основ здорового образа жизни, осознанного родительства, пропаганды лучших семейных традиций;
- выделение средств из фонда социальной поддержки населения для оказания помощи беременным и кормящим матерям.

Совершенствование организованного дошкольного воспитания [2] включает:

- обеспечение достаточного количества, материально-технической оснащенности и санитарно-гигиенического состояния детских дошкольных учреждений;
 - обеспечение детских дошкольных учреждений необходимым оборудованием и инвентарем, отвечающим санитарно-гигиеническим требованиям;
 - осуществление подготовки педагогических кадров через факультет дошкольного воспитания НГПУ и систему заочного обучения воспитателей;
-

- обеспечение высокого уровня знаний работников детских дошкольных учреждений по вопросам гигиены, физической культуры, закаливания через систему проведения переподготовки, семинаров и т.п.;
- обеспечение строгого соблюдения воспитательного режима в детских дошкольных учреждениях в соответствии с санитарно-гигиеническими требованиями;
- разработка и внедрение в практику детских дошкольных учреждений основных гигиенических принципов организации воспитательного процесса, в т.ч. закаливания, физической культуры, оздоровления детей, обучения гигиеническим навыкам.

Создание и развитие благоприятных правовых, экономических и организационных условий, гарантирующих защиту прав личности обучающегося в системе общего образования, его психологическую и физическую безопасность, сохранение здоровья [2]:

- оптимизация условий информационно-аналитического, учебно-методического и кадрового обеспечения здоровьесберегающей системы образования;
- совершенствование условий организации дошкольного, общего и дополнительного образования детей г. Новосибирска, обеспечивающих сохранение и укрепление здоровья, защиту жизни воспитанников и обучающихся;
- формирование ценности здоровья и здорового образа жизни участников образовательного процесса, в том числе средствами физической культуры и спорта;
- развитие и поддержка муниципальной системы информационного обеспечения участников образовательного процесса на базе традиционных коммуникаций, современных технологий и компьютерных сетей;
- совершенствование системы психолого-медико-педагогической реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья;
- совершенствование управления медицинским обеспечением детей.

Организация исследовательской, информационной, консультационной и просветительской работы [2]:

- создание единой интегрированной информационной базы;
 - обеспечение информационной безопасности семьи и личности на основе использования базы данных единой интегрированной системы персонализированного учета (межведомственная программа информационного взаимодействия);
 - разработка положения и организация фамилистической экспертизы (экспертное установление соответствия деятельности интересам семьи и условиям ее успешного функционирования) управленческих решений и законопроектов органов местного самоуправления;
-

- осуществление прогнозов изменения семейной структуры населения с выделением социально - демографических типов семьи в краткосрочной и среднесрочной перспективе;

- организация изучения экономических, демографических, правовых, педагогических и социально - психологических проблем семьи;

- в соответствии с основными направлениями государственной семейной политики необходимо осуществление постоянного мониторинга семей, подготовка ежегодных докладов о положении семьи;

- в осуществлении основных направлений в части межведомственных муниципальных программ целесообразно опираться на финансовую помощь банковских структур, имеющих в своих уставных документах социальные и благотворительные цели, страховые компании и некорпоративные негосударственные пенсионные фонды, ориентирующиеся на цели семейных программ;

- разработка семейной политики должна быть согласована со стороны общественных организаций, объединений, политических и религиозных движений.

Создание системы социальной комплексной помощи семье [2]:

- развитие сети специализированных учреждений и служб социального обслуживания семьи и детей (Центров помощи семье и детям, социально - реабилитационных центров для несовершеннолетних, детей - сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, центров реабилитации для детей с ограниченными возможностями здоровья, кризисных центров для женщин, оказавшихся в сложной жизненной ситуации, и др.);

- развитие сети учреждений и служб для молодежи (клубы по месту жительства, службы психологической помощи);

- организация социальной работы по технологии "телефона доверия";

- сохранение и развитие материально - технической базы учреждений отдыха, оздоровления детей и семьи, развитие семейных форм отдыха, досуга и творчества.

Таким образом, как указано в программе «Здоровый город» (Новосибирск) комплексирование научно-практических задач по сохранению и укреплению здоровья матери и ребенка можно рассматривать через функционально-целевую структуру. При этом общими сферами воздействия на все контингенты женского и детского населения являются совершенствование пропаганды здорового образа жизни, формирование здоровой семьи, половое воспитание, рационализация питания, совершенствование физкультурной и спортивно-массовой работы, оптимизация массового отдыха и санаторно-курортной помощи, совершенствование медицинского обслуживания:

- для подростков, молодежи, молодых семей необходима оптимизация жилищно-бытовых условий и в целом формирование здоровой семьи;

- для девушек, женщин фертильного возраста, беременных, матерей на контингентном уровне целевой задачей будет совершенствование системы

охраны здоровья женщин детородного возраста, а на коллективном – улучшение условий и охрана труда;

- для новорожденных, детей раннего возраста, дошкольников и школьников на контингентном уровне целевыми задачами послужат укрепление и развитие здоровья, а на коллективном – совершенствование системы и условий воспитания и образования.

В данной функционально-целевой структуре соединяются познания о здоровье матери и ребенка на индивидуальном, семейном, коллективном, контингентном уровнях, и определяются направления мер, которые целесообразно реализовывать через специальные профилактические программы с задействованием различных сфер жизнеобеспечения.

В процессе реализации подобных программ необходимо проводить оценку их эффективности, от отслеживания исполнения мер до изменений в показателях здоровья населения.

Рассматривая существующие на сегодняшний день федеральные и муниципальные целевые программы по сохранению здоровья и улучшению качества жизни, необходимо, в заключении, подчеркнуть, что важнейшим звеном формирования человеческого капитала, его качественных составляющих, в том числе здоровья, является оптимизация организации медицинского, социального, психолого-педагогического обеспечения населения, активизация здоровьесберегающих технологий в системе общего и дополнительного образования.

Список использованных источников

1. Сохранение и укрепление здоровья жителей города// Стратегические цели устойчивого развития. – <http://strateg.novo-sibirsk.ru/2004/4-1-1.htm>
2. Стратегический план устойчивого развития Новосибирска// Инновационный потенциал и инвестиционные возможности г. Новосибирска. – <http://strateg.novo-sibirsk.ru/2004/invest/target/t01.htm>

Кравец О.Я., Солдатов Е.А.

ИНТЕГРИРОВАННАЯ ИНФОРМАЦИОННО-ВЫЧИСЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ЧАСТИ: КОНЦЕПТУАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ

Воронежский государственный технический университет

Информатизация современного общества стремительно проникает в наиболее традиционные сферы человеческой деятельности. Высокие технологии и информатизация в медицине являются в настоящее время неотъемлемыми составляющими успешного функционирования ЛПУ, особенно в сложившихся социально-экономических условиях.

Состояние комплексной информатизации МСЧ Стойленского ГОК (в дальнейшем - МСЧ) можно охарактеризовать как находящееся на начальной

стадии. Ведутся работы по автоматизации бухгалтерского учета, существуют локальные компьютеризированные инструментальные системы, имеется автономная система контроля и мониторинга состояния пациентов.

Вместе с тем возрастающие требования к документообороту МСЧ, связанные как с расширением количества и объема платных услуг, так и с необходимостью детального учета затрат и планирования, порождают необходимость в создании интегрированной информационной системы, в которой осуществлялся бы документооборот на основе единых подходов и информационных структур.

Важным элементом такой информационной системы должна стать единая электронная карта пациента, создание которой декларировано Министерством здравоохранения РФ еще в 1995 году. Наличие единой электронной карты позволит не только решать текущие задачи экономического характера, но и качественно изменить характер труда терапевтов и специалистов за счет появления возможности быстрого ретроспективного анализа анамнеза и динамики состояния пациента.

В перспективе накопленные в информационной системе сведения могут стать основой автоматизации постановки диагнозов в рамках подсистемы поддержки принятия решений.

Работа посвящена вопросам создания интегрированной системы автоматизации МСЧ на базе современных информационных технологий и средств - корпоративной информационной системы «АСУ - МСЧ». Описывается перечень работ по созданию в МСЧ информационной инфраструктуры и программно-технических средств автоматизации с целью создания полнофункциональной системы на современном уровне понимания этого вопроса и с учетом новых экономических отношений [2, 3, 4].

Определены основные положения и подходы к проектированию интегрированной информационной системы (ИИС) МСЧ, предлагается архитектура и структурный состав ее компонент, а также принципы и основные технические решения по ее реализации.

Проблема включает в себя:

- концепцию построения;
- основные технические решения;
- предложения по реализации;
- этапность создания системы;
- план-проспект пояснительной записки.

В предложениях по реализации базовых технических средств информационной инфраструктуры предприятия представлены:

- состав основных технических компонент инфраструктуры;
 - описание основных принципов реализации этих компонент;
 - обзор возможных технических решений;
 - обоснование выбора конкретных технических средств компонент информационной инфраструктуры - единой информационной кабельной сети МСЧ, средств активного сетевого оборудования.
-

Проектный анализ и синтез информационно-вычислительной структуры распределенной системы медсанчасти

Основной задачей является перевод процессов управления лечебно-профилактической, хозяйственной и коммерческой деятельностью предприятия на современный уровень за счет внедрения последних достижений в области компьютерных и информационных технологий и средств, а также систем связи общего назначения.

Концепцию следует рассматривать как:

- долговременную концептуальную программу, формирующую основные направления и принципы информационного обеспечения и автоматизации МСЧ;
- единую систему подходов, позволяющую существенно повысить информационно-техническое и информационно-аналитическое обеспечение деятельности МСЧ.

Основное назначение Концепции состоит в определении путей и методов построения и развития корпоративной информационной системы МСЧ как единой информационно-вычислительной инфраструктуры, обеспечивающей работу всех служб и подразделений в едином, общем для всех информационном поле (пространстве). Единое информационное пространство представляет собой совокупность функционирующих на основе единых принципов и обеспечивающих информационно-технологическое взаимодействие уровней управления МСЧ:

- информационных ресурсов, технологий их ведения и использования,
- коммуникационных ресурсов,
- вычислительных ресурсов,
- аналитических ресурсов,
- организационных ресурсов.

Информационные ресурсы содержат данные и знания, нормативно-правовые и нормативно-справочные документы, зафиксированные на соответствующих носителях в базах данных АСУ - МСЧ.

Коммуникационные ресурсы позволяют своими программно-аппаратными средствами осуществлять взаимодействие органов управления предприятием, подразделений, должностных лиц, внешних организаций.

Вычислительные ресурсы являются основой информационной системы и системы управления предприятием и представляют собой локальные сети, серверы, рабочие станции.

Аналитические ресурсы - единая система управления и анализа деятельности предприятия.

Организационные ресурсы - совокупность организационных форм и методов работы, обеспечивающих функционирование и развитие единого информационного пространства предприятия.

Участвуя в процессах управления и анализа деятельности предприятия, организационные структуры МСЧ взаимодействуют с различными ресурсами единого информационного пространства. Таким образом, Концепция должна

определять правила построения, взаимодействия и развития единого информационного пространства, организационных структур МСЧ и их взаимодействия.

Компьютерная интегрированная система МСЧ Стойленского ГОК строится с ориентацией на следующие особенности (рис. 1):

- многообразие форм и услуг медицинского обслуживания, предоставляемых пациентам при сочетании различных лечебных факторов;
- большая номенклатура разнородных ресурсов, которые расходуются при оказании медицинской помощи;
- неоднородная интенсивность потока пациентов в зависимости от времени года;
- подготовка необходимого потока материалов в части обоснования отбора больных для дополнительного обследования, лечения, в соответствии с основными заболеваниями и реальными возможностями МСЧ.

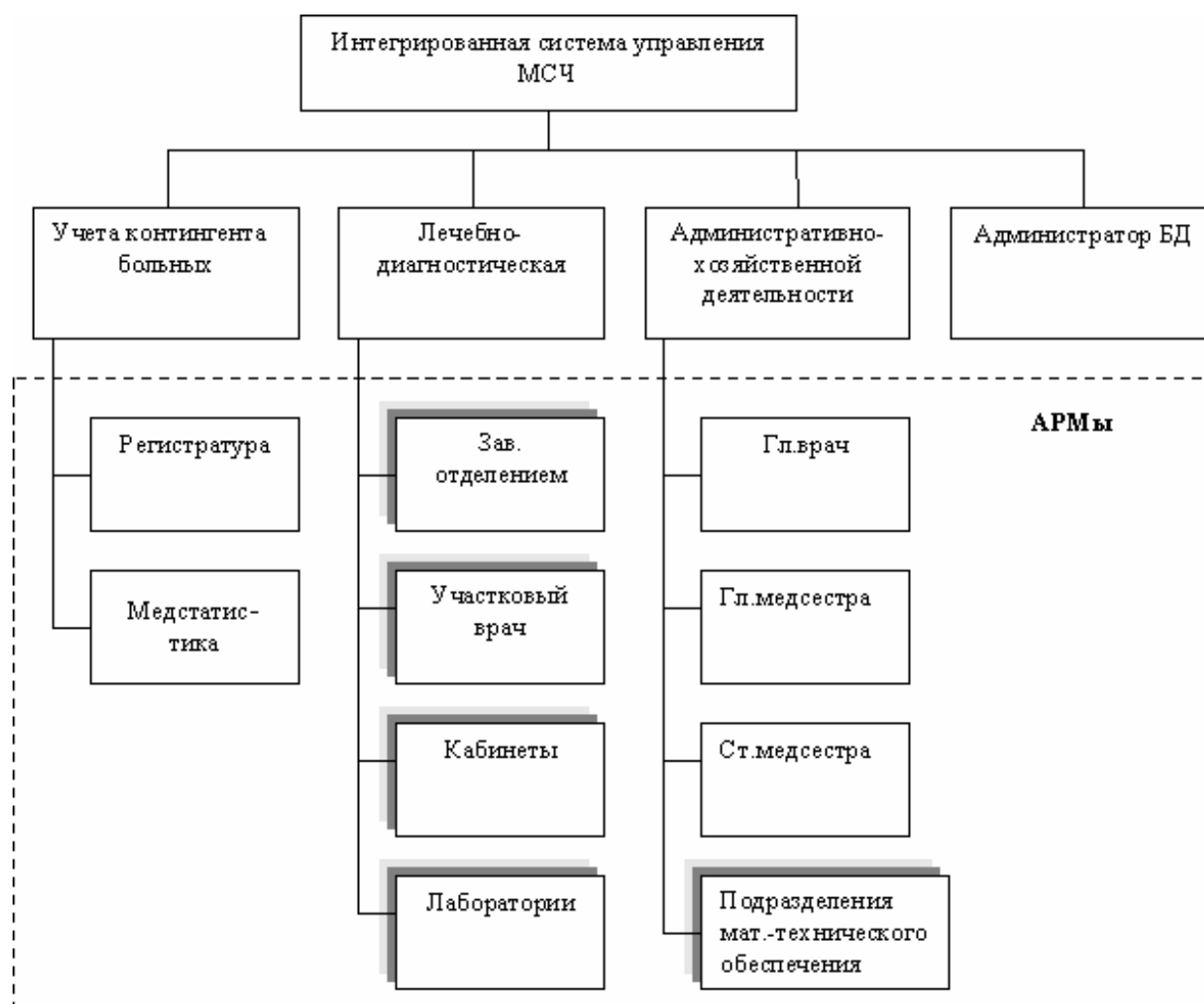


Рис. 1. Функциональная структура интегрированной системы

Проектирование и реализация интегрированной компьютерной системы управления МСЧ базируется на принципе объединения систем, поддерживающих собственную независимую функциональную компоненту жизне-

деятельности лечебного учреждения [1]. К ним можно отнести, во-первых, профилактическую компоненту, представляющую множество информации, услуг и проблем, направленных на обеспечение полноценного труда сотрудников предприятия. Во-вторых, лечебная компонента как совокупность данных, задач и методов их решения, которая отвечает за достижение важнейшей цели МСЧ - восстановления трудоспособности персонала ГОК. В-третьих, управляющая компонента, основными составными частями которой являются потоки руководящих и подчиненных решений, на множестве поступающих от других компонент информации, предназначенных для решения задачи функционирования МСЧ как единого объекта управления.

Таким образом, наличие этих компонент обуславливает включение в интегрированный комплекс следующих систем:

- учета контингента больных;
- лечебно-диагностической;
- административно-хозяйственной деятельности.

Учитывая распределенный и массовый характер услуг и функций, составляющих суть медицинского учреждения, а также необходимость личностного принятия решений на всех уровнях, предлагается формировать каждую из систем в виде совокупности автоматизированных рабочих мест, действующих в едином информационном пространстве. Последний фактор диктует создание сложной иерархической сетевой архитектуры.

Автоматизированные рабочие места традиционно представляют собой компьютеризированные программно-технические комплексы, оснащенные средствами приема и передачи информации, ее отображения и документирования. Математическое обеспечение АРМ составляют подсистемы, ориентированные на решение специфического круга задач [2, 5, 6, 7].

Список использованных источников

1. Абсатаров Р.А. Научное обоснование деятельности медико-санитарной части в новых экономических условиях. - Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Рязань, 2000. 26 с.
 2. Абсатаров Р.А., Кравец О.Я., Подвальный С.Л. Компоненты системы управления медсанчастью градообразующего предприятия// Компьютерные технологии в науке, производстве, социальных и экономических процессах: Сб. тр. Новочеркасск, 2002. Часть 2. С.16-17.
 3. Абсатаров Р.А., Черепухин А.Н. Интегрированная информационная система медсанчасти Стойленского ГОК// Современные проблемы информатизации в технике и технологиях: Сб. трудов. Вып. 7. Воронеж: Центрально-Черноземное книжное издательство, 2002. С. 99-100.
 4. Абсатаров Р.А., Черепухин А.Н. Информационная подсистема в интегрированной системе управления медсанчастью градообразующего предприятия// Единое информационное пространство: Сб. тр. Днепропетровск: ИПК ИнКомЦентра УГХТУ, 2003. С. 102-105.
 5. Абсатаров Р.А., Черепухин А.Н. Управление многопрофильным лечебным учреждением: программно-алгоритмические решения// Интеллектуальные информационные системы: Сб. тр. Часть 1. Воронеж: ВГТУ, 2003. С. 112-113.
 6. Бурковский А.В., Абсатаров Р.А., Титов С.В. Структура информационной системы управления многопрофильным медицинским учреждением// Новые технологии в
-

научных исследованиях, проектировании, управлении, производстве. Сб. тр. Воронеж: ВГТУ, 2002. С. 60.

7. Подвальный С.Л., Абсатаров Р.А., Терехов А.С., Лейкин М.А. Комплексная компьютеризация медсанчасти Стойленского горнообогатительного комбината// Современные проблемы информатизации в непроизводственной сфере и экономике: Сб. тр. Воронеж: Центрально-Черноземное книжное издательство, 2001. С. 75-76.

Чеганова Ю.В., Чеганов А.В.

УСЛОВИЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СИСТЕМ ЛОКАЛЬНОГО УРОВНЯ

МУЗ Городская больница № 5, г.Барнаул

Все медицинские системы классифицируются на несколько уровней (региональный, лечебно-профилактического учреждения, локальный – организм человека), каждый из которых характеризуется своими законами функционирования и кругом решаемых задач [1, 2].

Отметим, что на локальном уровне широко используются автоматизированные системы, призванные повысить эффективность и качество оказания медицинской помощи за счет тех возможностей, которые обеспечивает компьютер в осуществлении сбора, обработки, хранения, представления и использования медицинской информации, необходимой для адекватного решения лечебно-диагностических задач [1, 3].

Как правило, для каждого пациента все этапы лечебно-диагностического процесса подлежат отражению в хронологическом порядке в определенных медицинских документах. Врачи и другие медицинские работники, участвующие в курации больного, вносят в них записи, отражающие как характер их деятельности, так и ее конкретные результаты. На ведение медицинской документации, являющееся элементом повседневной врачебной деятельности, в некоторых случаях затрачивается до 40% рабочего времени [5]. Очевидно, что вся эта работа может быть более эффективно организована при использовании компьютера.

Специфика деятельности структурных подразделений лечебно-профилактических учреждений определяет специфику аппаратного и программного обеспечения АРМов врачей соответствующих специальностей [5].

В отделениях реанимации и интенсивной терапии, в операционных компьютер обычно работает в комплексе с мониторными системами. Его применение позволяет организовывать обработку и представление мониторируемых сигналов в реальном масштабе времени. Благодаря которому удается использовать результаты обработки информации для своевременной коррекции нарушенных функций организма. Такая коррекция может быть реализована под контролем ЭВМ, которая осуществляет управление аппаратурой, реализующей воздействие на организм. Следует отметить, что необходимая для адекватного решения задача скорость обработки данных может

быть реализована только в условиях автоматизированной системы, которая позволяет осуществлять лечебно-диагностический процесс на качественно новом уровне [2]. Основным алгоритм управления обычно являются представления о функционировании физиологических систем организма, сформулированные на языке математических моделей.

В отделениях функциональной диагностики компьютер осуществляет анализ регистрируемых при проведении функциональных проб биоэлектрических сигналов (электрокардиограмма, электроэнцефалограмма, импедансная плетизмограмма и др.), обеспечивая выдачу заключения на привычном для врача языке. Это позволяет повысить эффективность профилактических осмотров населения, оценить динамику состояния при повторных обследованиях пациентов, получить необходимые данные для решения задач дифференциальной диагностики. Наряду с численными алгоритмами анализа электрофизиологических сигналов, в АРМах врачей функциональной диагностики используются алгоритмы интерпретации, основанные на знаниях. Программное и аппаратное обеспечение АРМа позволяет организовать управление нагрузкой на исследуемую физическую систему. Во всех случаях, когда в составе АРМа включается медицинская аппаратура, появляется возможность автоматизированного контроля ее работоспособности, что значительно повышает надежность результатов диагностического исследования в целом.

Среди диагностических методов значительное место занимают такие, которые представляют информацию о пациенте в виде изображения (рентгенологическое, ультразвуковое и др. исследования). Алгоритм автоматической или автоматизированной обработки изображений с выдачей диагностических заключений различной степени детализации являются ядром математического обеспечения АРМов врачей в этих службах.

В АРМах врачей лечебных отделений основу программного обеспечения составляют диагностические, прогностические алгоритмы и алгоритмы планирования лечения. Значительная их часть базируется на методологии экспертных систем. Сохраняют свое значение и алгоритмы, основанные на теории распознавания образов. Обычно эти подходы не конкурируют между собой и там, где это возможно, используются параллельно, дополняя друг друга при решении конкретных задач. Типовая схема АРМа врача и информационные связи между отдельными компонентами представлены на рис. 1.

Подсистема клинических исследований включает в себя комплекс средств для проведения лабораторных, инструментальных, физиологических и других функциональных исследований, предусмотренных в плане изучения какой-либо конкретной проблемы. Клинические исследования должны давать объективные, достоверные, надежные, воспроизводимые результаты. Клиническая информация отражает проявление болезней и ее особенностей через параметры проведенных исследований, измеряемых в процессе лечения и отражающих динамику изменения состояния больных.

Подсистема историй болезней представляет собой базу данных, содержащую информацию о пациентах в виде электронных медицинских карт. На

основе данных, хранящихся в электронной карте, осуществляется постановка диагноза, выбор тактики лечения, а также формирование эпикриза при выписке больного.

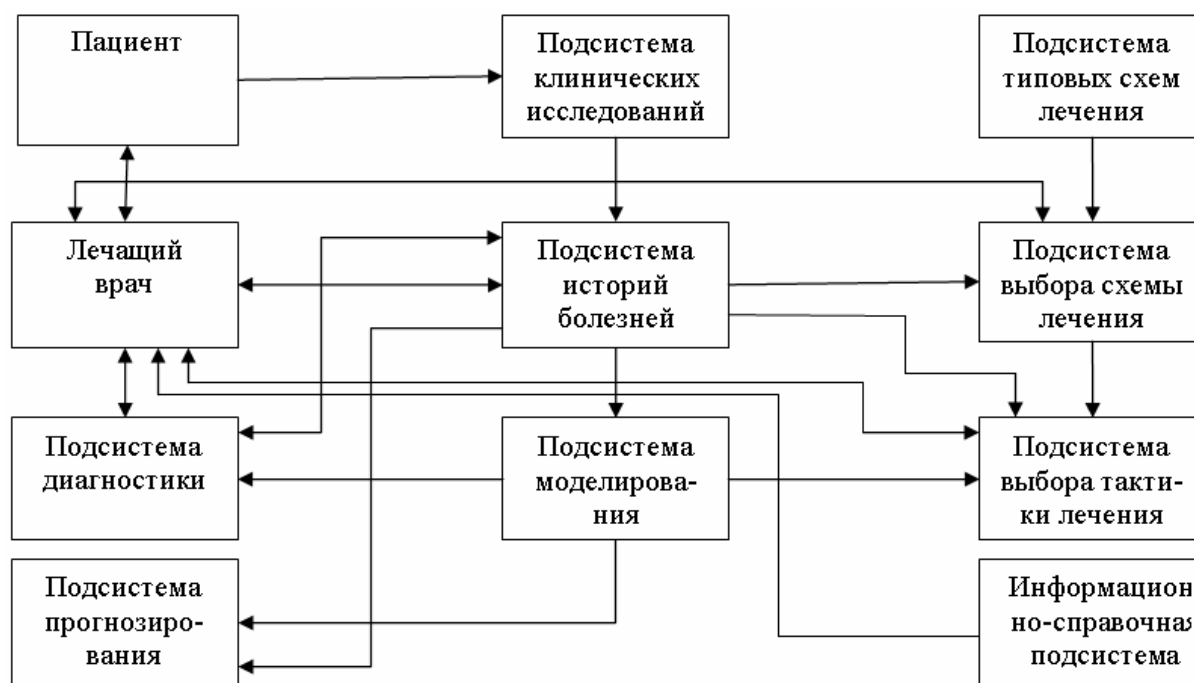


Рис. 1. Структурная схема АРМ врача

Подсистема историй болезней является источником статистической информации для формирования моделей заболеваний и работы подсистемы прогнозирования.

Подсистема диагностики предназначена для интеллектуальной поддержки врача и выбора тактики лечения. Диагностический поиск понимается как определенным образом организованное обследование больного, направленное на выявление признаков, которые могут быть расценены как отклонение от нормы и позволяют установить наличие определенной болезни [5].

Под болезнью (нозологической единицей) понимается выделенный в классификации под определенным названием набор таких признаков, который принят за эталон и может быть выявлен при диагностическом поиске. Сопоставление признаков, выявленных у больного, с эталонами болезней называется нозологической диагностикой. Если при таком сопоставлении выявлено совпадение признаков с эталоном определенной болезни, говорит, что установлен нозологический диагноз болезни.

При использовании нозологического подхода к диагностике генеральной установкой является ориентация на максимально полное описание максимального числа болезней и использование широкого круга диагностических исследований, с помощью которых можно выявлять признаки болезней.

В основе диагностических заключений лежат суждения, устанавливающие принадлежность объекту классу объектов.

Сущность нозологической диагностики состоит в том, чтобы по признакам, симптомокомплексам, синдромам определенного класса болезней установить наличие данной болезни у конкретного больного.

В основу работы подсистемы диагностики могут быть заложены следующие подходы:

1. Нозологическая диагностика, основанная на нечеткой логике (для каждого признака болезни врачом может быть установлена степень уверенности в его истинности, аналогичным образом может быть задана степень истинности для каждого диагностического правила; заключение формулируется уже не как точный вывод, а возможный, надежность которого тоже должна характеризоваться определенной степенью уверенности);

2. Нозологическая диагностика, основанная на теории распознавания образов (в пространстве признаков, описывающих нозологические формы, если это пространство содержит признаки, позволяющие их дифференцировать, могут быть найдены такие подпространства, в которых вероятность одного класса превосходит вероятность всех остальных в такой степени, которая необходима для постановки достаточно надежного диагноза).

3. Разработка диагностических правил, основанных на логическом подходе (строится иерархическая древовидная структура, «корнем» которой является наименование нозологической формы, а конечными элементами – признаки болезни, значения которых выявляются при исследовании пациента различными способами).

Устанавливаемый при различных болезнях диагноз строится практически по единому образцу и отражает:

- этиологию болезни;
- клинический (клинико-морфологический) вариант болезни;
- фазу болезни (ремиссия, обострение и т.д.);
- стадию течения (начальная, развернутая и т.п.);
- отдельные наиболее выраженные синдромы (результат вовлечения в патологический процесс различных органов и систем);
- осложнения [4, 5].

Основная цель диагностики болезней – назначение адекватного лечения и, таким образом, если выявлено необходимое соответствие между обнаруженными у больного признаками и имеющейся в классификации нозологической формой, имеются все основания для назначения лечения, рекомендуемого при данной болезни.

Подсистема прогнозирования позволяет на основании заложенных в нее моделей заболеваний осуществлять прогноз дальнейшего развития болезни для конкретного пациента при использовании различных схем лечения, а также прогнозировать развитие возможных осложнений.

Для осуществления контроля за действием препаратов (или любого другого терапевтического воздействия) необходимо разработать методы, подходы и принципы оценки реакции организма на внешнее воздействие. Требуется не только дать ответ, какой например, из двух сравниваемых пре-

паратов лучше, но и сформулировать показания и противопоказания к их применению и оценить побочный эффект.

Подсистема моделирования предназначена для обработки статистической информации, хранящейся в подсистеме историй болезней, и построения моделей заболеваний, используемых в подсистемах прогнозирования и выбора тактики лечения.

Подсистема типовых схем лечения представляет из себя базу данных, содержащую возможность схемы лечения для различных заболеваний, а также информацию об используемых препаратах (назначение, противопоказания, возможные аналоги и т.д.).

Подсистема типовых схем лечения является одним из источников информации при выборе вида и величины лечебного воздействия, которая формируется по отдельным диагнозам с помощью логических моделей. В основном подсистема типовых схем лечения взаимодействует с подсистемами планирования лечебных мероприятий и автоматизированного выбора тактики лечения и является одним из ее источников информации, хотя может функционировать и независимо по запросу лечащего врача.

Подсистема планирования лечебных мероприятий в результате анализа текущего состояния больного, осуществляет выбор оптимальной схемы лечебных воздействий.

Целью лечебных назначений является регуляция деятельности патологически измененных органов и систем организма с помощью медикаментозных и немедикаментозных воздействий.

Основная задача при назначении лечения состоит в определении набора лечебных средств, показанных больному на данной стадии заболевания, подборе индивидуальной дозы для каждого препарата (разовой, суточной с распределением ее по времени приема в течение суток, курсовой, если необходимо длительное лечение), определении способа введения лекарственного вещества.

От выбора начальной схемы лечебных воздействий в значительной мере зависит весь дальнейший процесс лечения.

Подсистема выбора тактики лечения предназначена для управления процессом лечения. При отклонении контролируемых показателей от желаемого значения, в результате работы адаптивных алгоритмов [4], осуществляется корректировка дозы препаратов или всей схемы лечебных воздействий. Контроль и корректировка осуществляется при взаимодействии с врачом, на протяжении всего срока лечения.

Таким образом, подводя итог вышесказанному, отметим, что процесс управления состоит из этапов, которые циклически повторяются и имеют поступательное развитие по спирали. Как правило, за основу берется алгоритм классического цикла: наличие проблемы, формулирование целей и задач, сбор, подготовка и анализ необходимой информации, моделирование проблемы, экспертиза возможных решений, принятие управленческого решения, организация его исполнения, контроль исполнения и оценка эффективности,

и корректировка результатов. Каждый этап имеет широкий круг возможных вариантов, поэтому конечные результаты могут быть как очень эффективные, среднеэффективные, малоэффективные и неэффективные. Поэтому поиск оптимальных вариантов для локальных медицинских систем является насущной проблемой.

Список использованных источников

1. Васильев С.Л., Ченцов С.Л., Чопоров О.Н. Использование интегральных показателей и прогностических моделей для анализа ситуации в системе здравоохранения региона // Сб. науч. тр. «Компьютеризация в медицине», Воронеж, 2003. С.70-75.
2. Гасников В.К. Методика изучения степени достижения целей здравоохранения на основе системного анализа и экспертных оценок (методические рекомендации). Ижевск, 2004. 19 с.
3. Емалетдинова Л.Ю., Куценко Т.И., Автоматизированные информационные системы управления в учреждениях здравоохранения. Воронеж: Изд-во ВГТУ, 2003. 218 с.
4. Камышев А.А., Кузнецов С.И., Чопоров О.Н. Разработка подсистемы автоматизированного построения прогностических моделей // Математическое обеспечение информационных технологий в технике, образовании и медицине: Тез. докл. всерос. сов.-сем. Воронеж, 1996. С.118.
5. Корневский Н.А. Построение автоматизированных компьютерных медицинских систем. – Курск: Изд-во КГТУ, 2003. 185 с.

**Шарипова Н.Д., Кароматов И.Д., Рузиев О.А., Таиров М.Ш.,
Мавлонов Н.Х., Бадриддинова М.Н.**

УРОВНИ ОБРАБОТКИ ИНФОРМАЦИИ, КОНЦЕПЦИЯ «ЛИЦ» И ВОПРОСЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИХ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан

Человек находится в постоянном взаимодействии с внешней средой. Все взаимодействия можно разделить на три главных потока:

1. Энергетический.
2. Химический
3. Информационный.

Первые два потока более или менее изучены биологией, биофизикой, клиническими дисциплинами и др. Большой интерес в настоящее время проявляется в отношении третьего потока – информационного.

Определение роли информационных потоков в жизни биологических объектов, определение разных носителей информации – химических, физических, биологических, социальных имеет очень большое мировоззренческое, теоретическое и практическое значение. Человека можно представить в виде мощнейшей ЭВМ, со множеством уровней обработки информации [1, 3, 4, 5].

Каждый уровень характеризуется своими рецепторами, носителями, «языком», способами обработки информации. Между каждым уровнем информация модулируется, то есть становится понятной на языке вышестояще-

го уровня. На рис. 1 представлены основные уровни. На самом деле этих уровней намного больше.

Взаимодействие человека с информационными потоками, не ограничивается пределами физического тела. Человека нельзя представить без учета его взаимодействия с другими людьми, того социума, в котором рождается, растет, живет.

В общем, все уровни обработки информации человека находятся в состоянии динамического равновесия. Каждый уровень характеризуется постоянством - статусом. Для обозначения статуса мы применили название «лицо».



Рис. 1. Уровни обработки информации человека

ФЛ - «Физическое лицо» - физические, физиологические особенности человека - рост, вес, пол, температура, артериальное давление, показатели лабораторных, биохимических, физикальных данных и др.

ПсЛ - «Психологическое лицо» - психические, психологические особенности человека - врожденные (тип высшей нервной деятельности, подвижность нервных процессов, особенности внимания, акцентуация характера и др.), приобретенные (характер, личность, болезненные нарушения - астенизация, уход в болезнь и др.).

Сел - «Семейное лицо» - место, статус человека в семье, взаимоотношения (типы «гиперопека», «любимый или нелюбимый» ребенок в семье и

др., роль и место во взрослой семье - взаимоотношения между супругами и др.).

ГрЛ - «Групповое лицо» - Роль и место человека в группах - махалле, улице, по месту жительства, место его в кланах, религиозных общинах и др.

КоЛ - «Коллективное лицо»- Роль и место человека в коллективах - у детей детсады, школы, институты, у взрослых на работе.

Все эти «лица» находятся в постоянном равновесии. Изменение одного из «лиц» вносит дисбаланс в эту систему. Система не может находиться долго в этом состоянии. Из этого состояния система находит два выхода:

1. Возвращение в исходное состояние нарушенного уровня, под воздействием выше и нижестоящих уровней.

2. Развитие нового равновесия, с изменением параметров всех уровней.

Здоровье и болезнь являются состоянием устоявшегося равновесия. Современные методы лечения направлены на изменение только одного или двух «лиц» - на физическое и психологическое «лица». Все остальные «лица» остаются на уровне прежнего «больного» состояния. Нарушенное равновесие вносит свои коррективы на катамнез. Чаще система находит выход в возвращении её в первоначальное «больное» состояние. Прессинг СеЛ, КоЛ, ГрЛ приводит к тому, что болезнь возвращается [3,4,5].

Для проверки этой гипотезы мы в течение трех лет 2003 - 2006 провели следующие исследования.

280 больных (117 женщин, 103 мужчин) с диагнозом гипертоническая болезнь II ст, в возрасте 48-53 лет, которые были посетителями 4-й поликлиники и частного медицинского кабинета, исследовались на эффективность лечения. После проведенного лечения медикаментами – таблетками Диротон 10 мг, инъекциями дибазола и иглорефлексотерапией 10 сеансов, группа разделилась на две подгруппы:

- 1 подгруппа – больные, у которых получены стабильные результаты понижения АД и улучшения общего состояния к концу 10 дневного лечения - 201 чел.

- 2 подгруппа – больные, у которых не было никаких положительных понижения АД и улучшения общего состояния к концу 10 дневного лечения - 79 человек.

В обеих подгруппах проводили поддерживающую терапию препаратом диротон 5 мг 1 раз в день.

Общее самочувствие больные отмечали сами по 10 бальной шкале, наихудшее состояние соответствовало 10 баллам, наилучшее 0.

Нарушения сна тоже отмечали сами больные отсутствие нарушения - хороший сон соответствовал 0, а отсутствие сна, бессонницу- 5 балла.

АД измерялись медицинскими работниками активно на дому и на приеме 3 раза в день ежедневно, затем цифры суммировались и выводили среднюю величину. АД отмечали по окончании основного лечения, в течение 3 недель.

Атмосфера в семье и на работе отмечалась самими больными по 10-балльной шкале. Наихудшая атмосфера (агрессивная по отношению к больному) соответствовала 0, а наилучшая 10 баллам. Эти исследования проводились 5 этапов - до начала лечения (за 1-2 дня), в процессе лечения (в течение 3-7 дней), по окончании лечения (10-14 дни) и 17-20 дни и 25-30 дни лечения.

Количество конфликтных ситуаций отмечалось самими больными - больные отмечали, сколько конфликтных ситуаций было дома и на работе, которые прямо или косвенно касались их самих.

Вторая подгруппа - больные гипертонической болезнью II степени, у которых лечение не приводило к улучшению общего состояния, снижению АД.

Полученные результаты. В первой подгруппе отмечается ухудшение атмосферы в семье, на работе и увеличение количества конфликтов, по сравнению с данными до начала лечения. Это состояние имело тенденцию к увеличению начавшейся с началом медикаментозного лечения некоторой стабилизацией на 20 день, то есть на 10 день после окончания медикаментозного лечения. В последующем это привело к увеличению АД. Тенденция увеличения АД, после основного лечения на фоне поддерживающей терапии дилатаном 5 мг была прямо противоположна динамике ухудшения психологической атмосферы. В процессе ухудшения клинического состояния, то есть повышения АД, улучшалась психологическая атмосфера – отношения в семье, коллективах. Во второй подгруппе не отмечалось никаких изменений атмосферы в семьях и коллективах больных до, во время и после полученного лечения.

Такие парадоксальные результаты объясняются прессингом Сел, Кол, ГрЛ на измененные ФЛ и ПсЛ и стремлением системы к равновесию.

Отсутствие таких изменений во второй подгруппе подтверждает вышесказанное.

Такие реакции возможны при всех заболеваниях, в патогенезе которых имеется психогенный фактор. Прессинг, произведенный этими «лицами», очевидно, находится в сфере подсознательного.

Руководствуясь данной концепцией разработан специальный метод психотерапии - метод коррекции «лиц»- статуса Сел, Кол, ГрЛ [3,4,5].

Метод состоит в этапном убеждении самим больных окружающих членов семей, рабочих коллективов об отмечаемых изменениях в ФЛ и ПсЛ. Методика проводится в три этапа. Например, в случае гипертонической болезни больной начинает убеждать окружающих, что:

1. Он начал лечиться - 1-3 дни.
2. У него хорошие результаты, то есть понижается АД, улучшается общее состояние - 3-8 дни.
3. Что у него нет повышенного давления, что он вылечился - 8 день и все последующие дни.

Эта методика проводится на фоне основного лечения заболевания. Данная методика даёт возможность изменения Сел, Кол, ГрЛ, параллельно с изменениями в ФЛ и ПсЛ.

Для проверки влияния методики коррекции «лиц» при гипертонической болезни на эффективность терапии было проведено исследование у 78 больных (35 женщин, 43 мужчин) в возрасте 46-58 лет.

При сочетании базисной терапии (диротон 10 мг + немедикаментозная терапия) с коррекцией «лиц» у больных, цифры АД не только не ухудшились на 2 и 3 неделях после курса лечения, а имели тенденцию на дальнейшее улучшение. Бывшие до этого неблагоприятными прессинг СеЛ, КоЛ, ГрЛ, в данном случае выступили как терапевтические факторы.

При применении аналогичного лечения при лечении алкоголизма привели к следующим результатам: из 112 больных, получивших лечение ИРТ + коррекция «лиц» 8 (7,1%) начали употреблять алкоголь в процессе лечения, в последующем из оставшихся начали употреблять алкоголь только 4 (3,8%) в течение 2 лет. Результаты, полученные при применении данного метода, показали очень большую его эффективность.

Данный подход к болезни и концепция «лиц» в доступной нам литературе не представлены.

Выводы

1. Информационные взаимодействия играют большую роль в процессе болезни и излечения.
2. Концепция «лиц» позволяет целостно воспринимать человека - его клинического состояния и его взаимодействия с другими людьми, то есть социального статуса, что очень важно в практике семейного врача.
3. При улучшении клинического состояния больных гипертонической болезнью в процессе лечения только медикаментозными методами отмечается ухудшение их семейного, коллективного статуса - увеличение стрессовых влияний окружающей среды, что отрицательно сказывается на их дальнейшем состоянии.
4. Влияние СеЛ, КоЛ, ГрЛ очень значительно в процессе выздоровления больных, в патогенезе болезней и рациональным было бы использование методики коррекции «лиц» в практике семейного врача при лечении заболеваний.
5. Исследование концепции «лиц» перспективно как в плане теоретическом, так и в плане разработки новых методов лечения.

Список использованных источников

1. Бриллюэн Л. Научная неопределенность и информация. - М.: Мир, 1966.
 2. Кацура А.В. Информационные аспекты проблемы оптимизации биосферы// Взаимодействие природы и общества (философские, географические, экологические аспекты проблемы. - М.: Наука, 1973, с. 46-48.
 3. Караматов И.Д. Древневосточная медицина. - Бухара, 2001.
 4. Караматов И.Д. Концепция «лиц» человека их влияние на здоровье, выздоровление и процесс лечения// Мат-лы 1 конфер. Центр. Азии «Здоровье, болезни и экология». - Худжанд, 1996, с. 55-56.
 5. Караматов И.Д. Народная медицина// Теоретические и философские основы нетрадиционных методов диагностики и лечения. - Бухара, 1998.
-

Шахнович Д.К., Преображенский А.П.
РАЗРАБОТКА И ПОСТРОЕНИЕ АВТОМАТИЗИРОВАННОГО
РАБОЧЕГО МЕСТА ВРАЧА-НЕВРОЛОГА

Воронежский институт высоких технологий

В настоящее время в системе здравоохранения реализуется концепция распределенных систем управления. В них предусматривается локальная, достаточно полная и в значительной мере законченная обработка информации на различных уровнях иерархии. В этих системах организуется передача снизу вверх только той части информации, в которой имеется потребность на верхних уровнях. При этом значительная часть результатов обработки информации и исходные данные должны храниться в локальных банках данных.

Для реализации идеи распределенного управления потребовалось создание для каждого уровня управления и каждой предметной области автоматизированных рабочих мест (АРМ) на базе профессиональных персональных компьютеров. Например, в сфере медицины на таких АРМ можно осуществлять регистрацию, обследование, оптимизацию процессов лечения. Для каждого объекта управления необходимо предусматривать АРМ, соответствующие их назначению.

Целью данной работы является создание АРМ врача-невролога.

Алгоритм работы АРМ представлен на рис. 1.

В данном алгоритме входными данными являются два массива a и b , где a – это массив с жалобами пациента на свое здоровье, а b – массив с результатами обследований. Далее сумму введенных массивов a и b приравняем к массиву k . Здесь k – это вспомогательный массив.

Два нечетких множества a и b необходимо объединить

$$k=a \cup b.$$

В данном случае используется операция объединения, так как диагноз ставится исходя из всей совокупности предоставляемых данных.

Следующим блоком в алгоритме является блок цикла. Условием выхода из цикла является поставленный диагноз. Далее выводим диагноз либо на печать, либо на экран. После этого работа программы заканчивается. Необходимо также упомянуть о том, что массивы a и b сохраняются в истории болезни данного пациента, т. е. в базе данных больницы.

Программа была создана в среде визуального программирования Delphi. Эта программа позволяет:

1. Максимально сократить время создания: эпикризов, осмотров, дневников, так как формирование текста производится манипулятором «мышь», исключая ввод повторяющейся информации с клавиатуры;

2. Проводить удобную и быструю работу с базой данных пациентов и архивом;

3. Проводить оперативное составление отчетной медицинской документации.

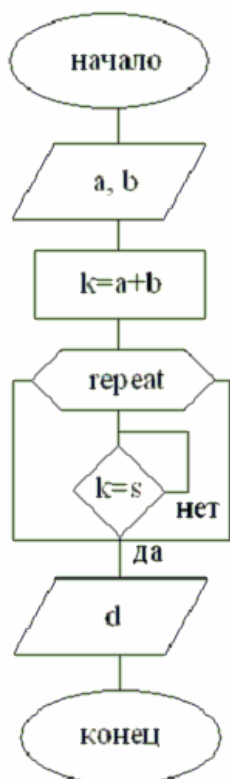


Рис. 1. Алгоритм работы программы

Внешний вид программы представлен на рис. 2. Как видно, программа состоит из ряда кнопок и текстового поля. Кнопки позволяют выводить различные списки на боковую и верхнюю панели окна программы (сейчас они пусты), эти списки также можно выводить на печать.

Для начала необходимо нажать на кнопку «Врач» на передней панели. Появится окно, где можно внести информацию об учреждении, враче и зав. отделением. Название учреждения появится вверху протокола, фамилии врача и заведующего - в конце. Однако это не обязательно: основной принцип – программа будет печатать только то, что в неё будет введено.

Далее необходимо нажать кнопку «Больной». Появится окно, представленное на рис. 3.

Обратим внимание на три переключателя внизу окна: «Эпикриз», «Осмотр», «Дневник». Необходимо установить их в зависимости от типа нужного нам документа. Если нам нужен выписной эпикриз, то данные о больном необходимо заполнять подробнее. Если осмотр, то необходимо заполнять окно «Диагноз». Если нужен дневник, то ничего заполнять не надо. После введения данных можно приступить к составлению документа, то есть, необходимо

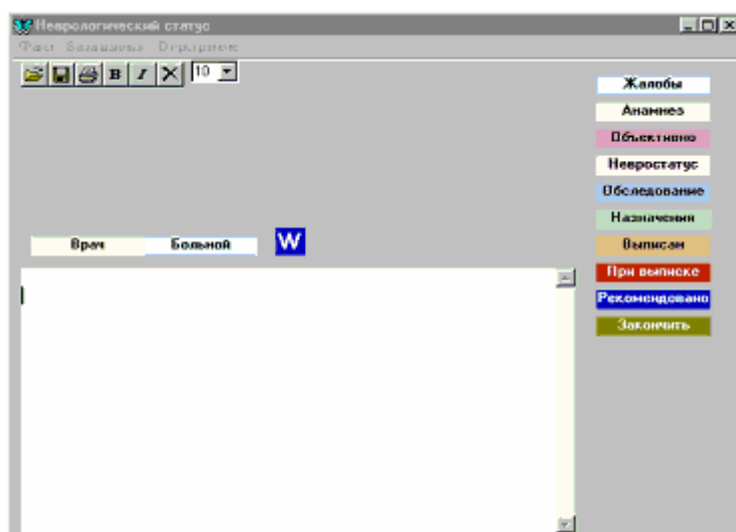


Рис. 2. Внешний вид программы

последовательно нажимать кнопки на правой панели программного окна. При нажатии на кнопку «Жалобы» появится список жалоб в верхней панели. Необходимо выбрать по ситуации. Далее - кнопка «Анамнез», при нажатии на нее появится окно, где анамнез придётся ввести самостоятельно. При нажатии на кнопку «Объективно» в верхней панели программного окна появится список параметров. Здесь принцип тот же, необходимо выбирать нужные параметры, и они впе­чатываются в документ, однако здесь нужно ввести показатели AD и PS. Внешний вид окна представлен на рис. 4.

Рис. 3. Второе окно программы

рами: эйфоричен, интеллект снижен и другие показатели.

Далее – кнопка «Обследование». На месте окна «Неврологического статуса» появится окно со списком анализов, инструментальных методов исследования, консультаций специалистов. Здесь вручную нужно будет ввести только даты. По умолчанию в анализах введена норма, заключения специалистов – «Здоров».

Рис. 4. Вид окна «Неврологический статус»

«Диагноз».

После нажатия кнопки «Выписан» печатывается результат лечения, например: по клиническому выздоровлению и т.д.

«При выписке» - появляется список, описывающий состояние больного по окончании курса лечения.

«Рекомендовано» - выводится список рекомендаций по окончании лечения.

И, наконец, кнопка «Закончить». Выводится фамилия врача, заведующего отделением, данные о больничном листе и другие данные, если мы их, конечно, ввели.

На рис. 4 видны две панели «Объективно» и «Невростатус» (справа внизу). Обратим внимание, что некоторые названия в окне «Невростатус» начинаются с большой буквы, при щелчке на них мышью, выводятся дополнительные окна в верхней панели программного окна, например: нажимая на строку «Психическое состояние», мы выводим дополнительное окно в верхней панели с параметрами:

Если показатели анализов не соответствуют норме и заключение специалистов иное, то данные вводятся вручную.

Далее – кнопка «Назначение». В верхней панели выводится пустое окно. В случае, если в окне «Больной» мы поставим переключатель «Осмотр», в начале выводится заключение по осмотру, которое мы ввели в окне

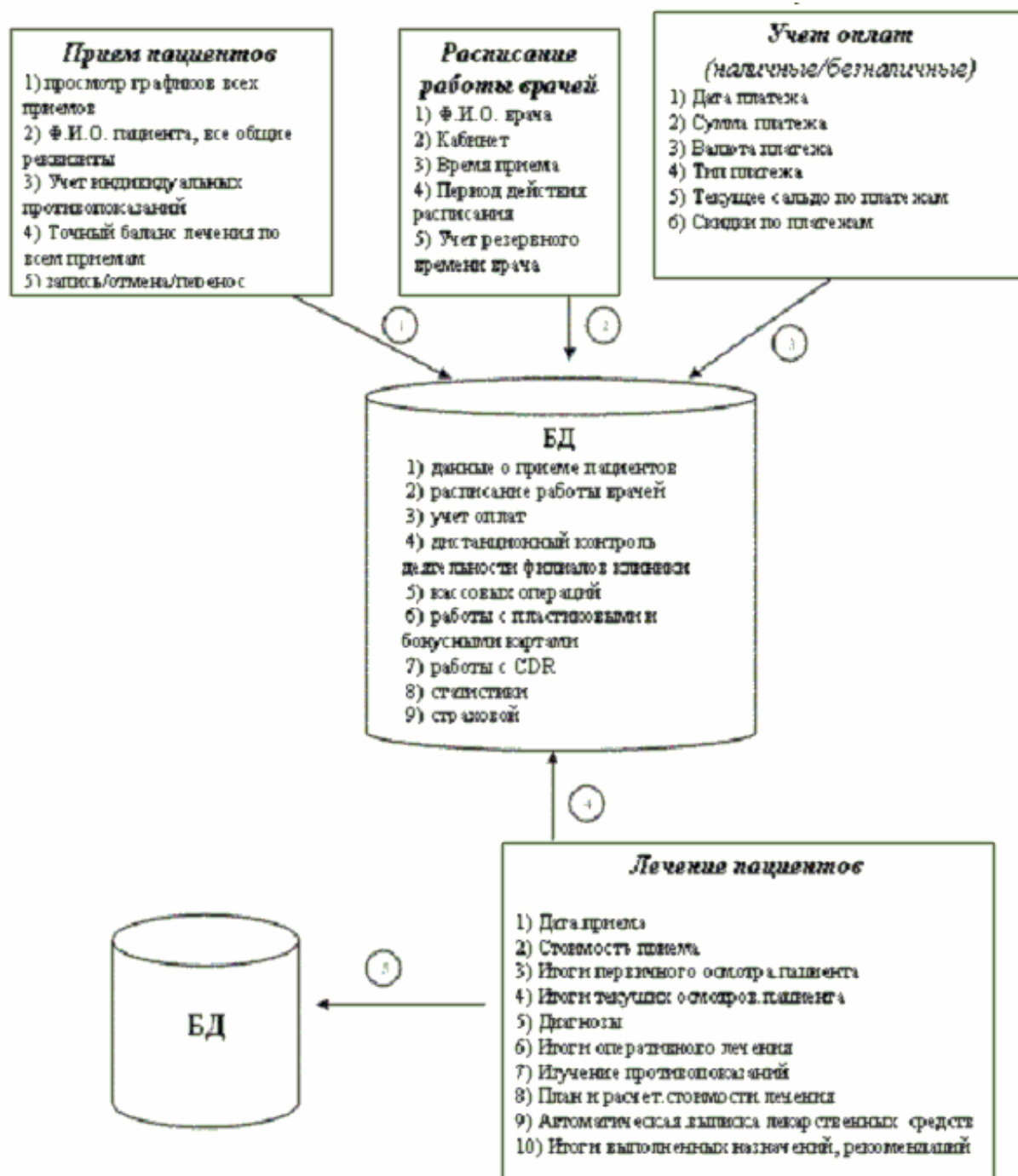


Рис. 5. Схема движения потоков информации

На рис. 5 использованы следующие обозначения:

1. Передача данных о приеме пациентов в БД;
2. Передача расписания работы врача в БД;
3. Передача данных об учете оплат в БД;
4. Использование данных из БД для начала лечения пациентов;
5. Передача данных о процессе лечения в БД.

Теперь обратим внимание на кнопку с буквой «W». Этой кнопкой уже готовый документ можно перевести в Microsoft Word. Конечно, сохранить и распечатать документ можно прямо из программы, но, если мы хотим полу-

читать идеально отформатированный эпикриз, лучше это сделать в текстовом редакторе.

Некоторые окна («Назначения» и «Грудной отдел» в «Невростатусе») остаются пустыми, их также можно заполнить. Это можно сделать в меню Базы данных – Обновить. Откроется окно, где можно ввести информацию в соответствующие окна.

Схема движения потоков информации для АРМ врача представлена на рис. 5.

Работа врача использующего эту программу становится быстрее, комфортнее, эффективнее. Появление дополнительного времени дает возможность врачу более тщательно изучить причину возникновения болезни и дать рекомендации к ее устранению.

Список использованных источников

1. Заде Л. Понятие лингвистической переменной и ее применение к принятию приближенных решений. М.: Мир, 1976, 165 с.
 2. Орловский С.А. Проблемы принятия решений при нечеткой исходной информации. М.: Наука, 1981, 208 с.
 3. Аппак М.А., Автоматизированные рабочие места на основе персональных ЭВМ, М.: Радио и связь, 1999.
 4. Кантарь И.Л. Автоматизированные рабочие места управленческого аппарата, 1990.
 5. Жожикашвили В.А., Силаев В.Н. Концепции построения информационных управляющих сетей для распределенных объектов // Изв. РАН. Техническая кибернетика, №2, 1994, с.137-146.
-

4. Официальная информация

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

www.government.ru

Опубликовано: 25.04.2006 10:55

СООБЩЕНИЕ ДЛЯ ПЕЧАТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ от 20 апреля 2006 г. N 227 О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 30 января 2002 г. N 74

Правительство Российской Федерации постановляет:

Утвердить прилагаемые изменения, которые вносятся в постановление Правительства Российской Федерации от 30 января 2002 г. N 74 "Об утверждении Единого реестра ученых степеней и ученых званий и Положения о порядке присуждения ученых степеней" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, N 6, ст. 580; 2003, N 33, ст. 3278).

Председатель Правительства
Российской Федерации М.Фрадков

УТВЕРЖДЕНЫ

постановлением Правительства Российской Федерации

от 20 апреля 2006 г. N 227

ИЗМЕНЕНИЯ,

которые вносятся в постановление Правительства Российской Федерации от 30 января 2002 г. N 74 "Об утверждении Единого реестра ученых степеней и ученых званий и Положения о порядке присуждения ученых степеней"

1. В пункте 2 слова "Министерством образования Российской Федерации" заменить словами "Федеральной службой по надзору в сфере образования и науки".

2. В Положении о порядке присуждения ученых степеней, утвержденном указанным постановлением:

1) пункт 2 изложить в следующей редакции:

"2. В целях обеспечения единой государственной политики в области государственной аттестации научных и научно-педагогических кадров и присуждения ученых степеней действует Высшая аттестационная комиссия Министерства образования и науки Российской Федерации, состав которой утверждается Правительством Российской Федерации (далее - Высшая аттестационная комиссия).

Для оперативного решения текущих и иных вопросов аттестации, возникающих в период между заседаниями Высшей аттестационной комиссии,

из числа ее членов формируется президиум Высшей аттестационной комиссии.

Положение о Высшей аттестационной комиссии утверждается Министерством образования и науки Российской Федерации.";

2) в пункте 3 слова "диссертационные советы" заменить словами "советы по защите докторских и кандидатских диссертаций (далее - диссертационные советы)";

3) в пункте 4: абзац первый изложить в следующей редакции: "4. Диссертационные советы создаются в установленном порядке Федеральной службой по надзору в сфере образования и науки при широко известных своими достижениями в соответствующей отрасли знаний высших учебных заведениях, получивших государственную аккредитацию федерального органа управления высшим образованием, а также при научных организациях на основании заключения Высшей аттестационной комиссии и ходатайств указанных организаций (при организациях, имеющих форму учреждения, - по согласованию с учредителем).";

в абзаце втором слова "и", которая контролирует их деятельность и пересматривает сеть диссертационных советов по каждой научной специальности с учетом изменений, вносимых в Номенклатуру специальностей научных работников" исключить;

в абзаце третьем слово "или" заменить словом "и";

абзац шестой изложить в следующей редакции: "Федеральная служба по надзору в сфере образования и науки приостанавливает или прекращает деятельность диссертационных советов на основании заключения Высшей аттестационной комиссии, а также в случае нарушения порядка представления и защиты диссертаций, установленного настоящим Положением.";

в абзаце восьмом слова "Министерством образования Российской Федерации по согласованию с Министерством промышленности, науки и технологий Российской Федерации и Российской академией наук" заменить словами "Министерством образования и науки Российской Федерации по согласованию с Российской академией наук и общероссийской общественной организацией "Российский союз ректоров";

4) в пункте 5:

абзац первый изложить в следующей редакции: "5. Ученая степень доктора наук присуждается Высшей аттестационной комиссией на основании ходатайства диссертационного совета, принятого по результатам публичной защиты диссертации соискателем, имеющим ученую степень кандидата наук, с учетом заключения соответствующего экспертного совета Высшей аттестационной комиссии о соответствии представленной диссертации установленным настоящим Положением критериям.";

абзац третий изложить в следующей редакции: "Высшая аттестационная комиссия вправе проверять выборочно аттестационные дела и диссертации соискателей ученой степени кандидата наук. По результатам проверки в случае выявления нарушений порядка представления и защиты диссертаций,

установленного настоящим Положением, Высшая аттестационная комиссия вправе отменить принятое диссертационным советом решение о присуждении ученой степени кандидата наук.";

5) пункт 6 изложить в следующей редакции: "6. Министерство образования и науки Российской Федерации разрабатывает и утверждает формы дипломов доктора наук и кандидата наук государственного образца, устанавливает порядок их выдачи Федеральной службой по надзору в сфере образования и науки.";

6) в пункте 7 и абзаце шестом пункта 9 слова "Министерством образования Российской Федерации" заменить словами "Министерством образования и науки Российской Федерации";

7) абзац первый пункта 10 после слов "по соответствующей отрасли знаний" дополнить словами "(не менее 50 работ в ведущих рецензируемых научных журналах и изданиях)";

8) пункт 11 изложить в следующей редакции: "11. Основные научные результаты диссертации должны быть опубликованы в научных изданиях.

Основные научные результаты докторской диссертации должны быть опубликованы в ведущих рецензируемых научных журналах и изданиях. Результаты кандидатской диссертации должны быть опубликованы хотя бы в одном ведущем рецензируемом журнале или издании. Перечень указанных журналов и изданий определяется Высшей аттестационной комиссией.

К опубликованным работам, отражающим основные научные результаты диссертации, приравниваются дипломы на открытия и авторские свидетельства на изобретения, выданные Государственным комитетом Совета Министров СССР по делам изобретений и открытий, патенты на изобретения; свидетельства на полезную модель; патенты на промышленный образец; программы для электронных вычислительных машин; базы данных; топологии интегральных микросхем, зарегистрированные в установленном порядке; депонированные в организациях государственной системы научно-технической информации рукописи работ, аннотированные в научных журналах; работы, опубликованные в материалах всесоюзных, всероссийских и международных конференций и симпозиумов; публикации в электронных научных изданиях, зарегистрированных в федеральном государственном унитарном предприятии "Научно-технический центр "Информрегистр" в порядке, согласованном с Федеральной службой по надзору в сфере образования и науки.";

9) абзац первый пункта 13 изложить в следующей редакции: "13. Соискатель ученой степени кандидата наук должен сдать соответствующие кандидатские экзамены, перечень которых определяется Высшей аттестационной комиссией и утверждается Министерством образования и науки Российской Федерации.";

10) в абзаце первом пункта 15 слова "Министерством образования Российской Федерации" заменить словами "Министерством образования и науки Российской Федерации";

11) в пункте 16:

в абзаце втором слова ", как правило," исключить;
абзац третий исключить;

12) пункт 18 изложить в следующей редакции: "18. При принятии к защите докторской диссертации диссертационный совет не позднее чем за три месяца до защиты представляет в Федеральную службу по надзору в сфере образования и науки для опубликования в Бюллетене Высшей аттестационной комиссии Министерства образования и науки Российской Федерации и размещения на официальном сайте Высшей аттестационной комиссии в сети Интернет текст объявления, в котором указываются фамилия, имя и отчество соискателя, название диссертации, шифр специальности и отрасли науки (в соответствии с номенклатурой специальностей научных работников), название и адрес диссертационного совета, а также автореферат диссертации для размещения на указанном сайте. Федеральная служба по надзору в сфере образования и науки не позднее чем за месяц до защиты размещает на указанном сайте автореферат и текст объявления.

При принятии к защите кандидатской диссертации диссертационный совет размещает на официальном сайте организации, при которой он создан, в сети Интернет не позднее чем за месяц до защиты автореферат и текст объявления, в котором указываются фамилия, имя и отчество соискателя, название диссертации, шифр специальности и отрасли науки (в соответствии с номенклатурой специальностей научных работников), название и адрес диссертационного совета.

Текст объявления о защите докторской диссертации с указанием номера Бюллетеня Высшей аттестационной комиссии Министерства образования и науки Российской Федерации, в котором он был опубликован, и даты размещения на официальном сайте Высшей аттестационной комиссии в сети Интернет, а также текст объявления о защите кандидатской диссертации с указанием даты размещения на официальном сайте организации, при которой создан диссертационный совет, в сети Интернет приобщаются к аттестационным делам соискателей.

Типовой текст объявления и порядок оплаты его публикации в Бюллетене Высшей аттестационной комиссии Министерства образования и науки Российской Федерации устанавливаются Федеральной службой по надзору в сфере образования и науки.

Защита докторской диссертации проводится после опубликования текста объявления в Бюллетене Высшей аттестационной комиссии Министерства образования и науки Российской Федерации и размещения на сайте Высшей аттестационной комиссии в сети Интернет автореферата и текста объявления, а защита кандидатской - после размещения на сайте организации, при которой создан диссертационный совет, в сети Интернет автореферата и текста объявления."

13) в пункте 23 слова "сотрудники Министерства образования Российской Федерации" заменить словами "работники Министерства образования и

науки Российской Федерации и Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки";

14) в пункте 25:

в абзаце первом слова "или экономики" исключить;

в абзаце втором слова "для науки и производства" исключить;

15) в пункте 28:

в абзаце первом слова ", которому предоставлено право рассмотрения докторских диссертаций," и слова "при защите докторской диссертации и не менее половины его членов при защите кандидатской диссертации" исключить;

абзац второй исключить;

16) в пункте 32:

абзац первый изложить в следующей редакции: "32. При положительном решении по результатам защиты диссертационный совет в 30-дневный срок после защиты направляет в Федеральную службу по надзору в сфере образования и науки первый экземпляр аттестационного дела соискателя (с аттестационным делом по защите докторской диссертации дополнительно направляется первый экземпляр диссертации). Второй экземпляр аттестационного дела хранится в диссертационном совете в течение десяти лет. Оформление аттестационных дел соискателей производится в порядке, устанавливаемом Министерством образования и науки Российской Федерации.";

в абзаце втором слова "Высшую аттестационную комиссию" заменить словами "Федеральную службу по надзору в сфере образования и науки";

17) в пункте 33:

в абзаце первом слова "Высшую аттестационную комиссию" заменить словами "Федеральную службу по надзору в сфере образования и науки";

в абзаце втором слова "президиум Высшей аттестационной комиссии вынес" заменить словами "Высшая аттестационная комиссия вынесли";

18) в абзаце втором пункта 34:

слово "президиума" исключить;

слова "в Бюллетене Высшей аттестационной комиссии Министерства образования Российской Федерации" заменить словами "в порядке, установленном пунктом 18 настоящего Положения";

19) в абзаце втором пункта 35 слова "Министерства промышленности, науки и технологий Российской Федерации" заменить словами "Федерального агентства по науке и инновациям";

20) в пункте 36:

в абзаце первом:

слова "Контроль за работой диссертационных советов и за соответствием" заменить словами "Экспертизу соответствия";

слово "президиума" исключить;

в абзаце третьем слова "экспертный совет" заменить словами "Федеральная служба по надзору в сфере образования и науки по представлению экспертного совета";

в абзаце четвертом слово "он" заменить словами "Федеральная служба по надзору в сфере образования и науки по представлению экспертного совета";

в абзаце седьмом слова "президиум Высшей аттестационной комиссии" заменить словами "Высшая аттестационная комиссия";

в абзаце девятом слова "Министерством образования Российской Федерации" заменить словами "Министерством образования и науки Российской Федерации";

21) в абзаце втором пункта 37 слова "президиумом Высшей аттестационной комиссии" заменить словами "Высшей аттестационной комиссией";

22) в абзаце втором пункта 38 слова "ее президиумом" исключить;

23) в пунктах 39 и 40 слово "президиумом" заменить словами "Федеральной службой по надзору в сфере образования и науки на основании заключения", а слова "Министерством образования Российской Федерации" заменить словами "Министерством образования и науки Российской Федерации";

24) в пункте 41 слова "президиумом Высшей аттестационной комиссии" заменить словами "Высшей аттестационной комиссией";

25) в пункте 43 слова "Министерством образования Российской Федерации" заменить словами "Министерством образования и науки Российской Федерации";

26) в абзацах первом и втором пункта 44 слова "президиумом Высшей аттестационной комиссии" заменить словами "Высшей аттестационной комиссией";

27) в пункте 46 слова "Министерством образования Российской Федерации" заменить словами "Министерством образования и науки Российской Федерации";

28) в абзацах первом и втором пункта 47 слова "Высшую аттестационную комиссию" заменить словами "Федеральную службу по надзору в сфере образования и науки";

29) в пункте 48 слова "президиум Высшей аттестационной комиссии" заменить словами "Высшая аттестационная комиссия";

30) пункт 49 изложить в следующей редакции: "49. На решения Высшей аттестационной комиссии по вопросам присуждения, лишения (восстановления) ученых степеней и выдачи диплома кандидата наук не позднее 2-месячного срока со дня вынесения решения может быть подана апелляция в указанную комиссию.

Апелляция на решение Высшей аттестационной комиссии по вопросу присуждения, лишения (восстановления) ученой степени и выдачи диплома кандидата наук рассматривается указанной комиссией с учетом заключений экспертных советов и членов Высшей аттестационной комиссии - специалистов по соответствующей отрасли наук. Решение Высшей аттестационной комиссии по апелляции является окончательным.

На решения Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки по вопросам переаттестации научных и научно-педагогических работников не позднее 2-месячного срока со дня вынесения решения может быть подана апелляция в указанную Службу.

Апелляция на решения Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки рассматривается указанной Службой с учетом результатов рассмотрения апелляции Высшей аттестационной комиссией и заключения экспертного совета Высшей аттестационной комиссии.";

31) пункт 50 изложить в следующей редакции: "50. Процедура рассмотрения апелляций в диссертационных советах Высшей аттестационной комиссии и Федеральной службе по надзору в сфере образования и науки устанавливается Министерством образования и науки Российской Федерации."

Москва,
25 апреля 2006 г.,
N 0721

Издательство "Научная книга",
сообщает о требованиях, предъявляемых к статьям, предоставляемым в научно-практический журнал "Врач-аспирант".

Языки:

1. русский;
2. английский.

Основные направления:

1. Внутренние болезни
2. Информационные технологии в медицине
3. Кардиология
4. Нефрология
5. Онкология
6. Педиатрия
7. Ревматология
8. Стоматология
9. Фармакология
10. Физиология
11. Хирургия

Даты

Научно-практический журнал "Врач-аспирант" издается не реже 6 выпусков в год.

N	Получение статьи редколлегией до	Уведомление авторов до	Оплата авторами до	Выход номера
1	10 января	20 января	28 января	10 февраля
2	10 марта	20 марта	28 марта	10 апреля
3	10 мая	20 мая	28 мая	10 июня
4	10 июля	20 июля	28 июля	10 августа
5	10 сентября	20 сентября	28 сентября	10 октября
6	10 ноября	20 ноября	28 ноября	10 декабря

Требования к материалам

Материалы предоставляются по электронной почте logvin@yandex.ru в присоединенном файле-архиве (WinRar, WinZip).

Материалы должны содержать инициалы и фамилии авторов, название (большими буквами), название организации, представляющей статью, E-Mail. Размер статьи должен находиться в пределах от 5 до 10 страниц стандартного машинописного текста (при размере шрифта 14 pt, шрифт Times New Roman, страница A4, поля 25 мм всюду, одинарный межстрочный интервал). Текст должен быть набран в формате WORD. Рисунки должны содержаться в отдельных графических файлах (bmp, jpg, gif, tif, wmf). Рисунки включаются в текст статьи "не поверх текста", "не хранить в документе". Список использованных источников обязателен.

В архиве с материалами в отдельном файле должны содержаться:

1. сведения об авторах (фамилия, имя, отчество, место работы и должность, ученая степень, звание, почтовый - с индексом - и электронный адрес);
2. указание на количество заказываемых экземпляров;
3. обязательство уплаты оргвзноса - ориентировочно около 60 (80 - вне России) рублей (при оплате за наличный расчет) за одну страницу статьи в одном экземпляре журнала вместе со стоимостью пересылки в ценах декабря 2005 г. Например, оргвзнос за один экземпляр журнала, включающего авторскую статью объемом 6 страниц, составит 360 руб. для России и 480 руб. для авторов из-за рубежа. Цена одной страницы при безналичной оплате - 85 руб., включая НДС.