3. Удлинение интервала *Q-T* не является характерным электрокардиографическим феноменом для мужчин с опухолями надпочечных желез без клинически выраженной эндокринопатии.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

Ермолаева С.В., Каменек В.М.
Ульяновский государственный университет, кафедра экологии и генетики человека, Ульяновск

Здоровье человека – производная многих взаимосвязанных составляющих, от социально-экономических до генетических, которые, на наш взгляд, целесообразно интегрировать в три главных компоненты: экологическую, социальную и генетическую. Это позволяет провести корреляционный анализ и сделать картографическую оценку региона по основным формам заболеваний, которые являются индикаторами выделенных компонент.

Нами был проведен комплексный анализ Ульяновской области за период с 1992 по 2002 год. Для работы использовались данные по основным параметрам социально-экономического развития области Ульяновского областного комитета госстатистики, данные по заболеваемости населения, предоставленные Департаментом здравоохранения и фармации администрации Ульяновской области, по состоянию экологической обстановки Главного управления по природным ресурсам и охране окружающей среды, материалы по врожденным и наследственным заболеваниям, предоставленные медико-генетической консультацией.

По имеющимся данным для всех возрастных групп, анализировалась динамика экологически обусловленных заболеваний – органов дыхания, эндокринной системы, злокачественных новообразований, социально обусловленных заболеваний – туберкулеза, венерических и психических заболеваний. Проведена оценка генетической компоненты по врожденным порокам развития.

Ульяновскую область по уровню общей заболеваемости относят согласно типологии регионов Российской Федерации по этому показателю (2002 г. – 804,4 случая на 1000 населения) к среднему – 641-820. Она входит в число 40 регионов РФ с аналогичными показателями. 23 региона России имеют относительно низкий уровень заболеваемости (до 640). Лишь 13 регионов РФ (северные регионы, центр России, включая Москву) имеют уровень заболеваемости свыше 820.

В условиях экономического спада объемы выбросов в атмосферу от стационарных источников снизились в Ульяновской области (в период с 1992 по 2002 год) с 300 тыс. до 40 тыс. тонн в год, но с каждым годом увеличивается число автотранспорта, который является мощным источником оксида углерода, двуокиси азота, сернистого ангидрида, сажи, свинца, бенз(а)пирена. При этом общая заболеваемость взрослого населения за исследуемый период возросла с 542 случаев обращений к врачу до 607,7, у детей – с 1102,6 случаев до 1566, у подростков – с 802,9 до 1338,3 случаев за год. Заболеваемость бронхиальной астмой взрослых и детей увеличилась в 2-2,5 раза, а подростков - в 8 раз, эндокринной системы взрослых – в 2,5 раза, детей и подростков более чем в 5,5 раз. Анализ заболеваемости по злокачественным новообразованиям показал также увеличение данной заболеваемости у населения изучаемого региона на 12,5% (1992 г. – 23,9 на 10 000 населения, 2000 г. – 27,3). Известно, что заболеваемость туберкулезом наиболее адекватно отражает уровень социального благополучия. Заболеваемость данной нозологической формы увеличилась почти в 2 раза, при том это увеличение носит неравномерный характер по районам области. Врожденные пороки развития детей за анализируемый период увеличились на 15 %.

Результаты проведенных исследований показали, что существует определенная зависимость между экологическими, социальными и генетическими факторами с одной стороны и здоровьем населения – с другой. Дифференцированный подход по оценке факторов, вызывающих разные формы заболеваний позволит более эффективное прогнозирование состояния здоровья населения.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ, ТЕНДЕНЦИИ И ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ОЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В СЕВЕРНЫХ РЕГИОНАХ: ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Жиделева В.В.
Сыктывкарский государственный университет, Сыктывкар

По предварительным итогам Всероссийской переписи населения 2002 г. северные регионы России потеряли почти 2 млн. человек. Определяющим фактором в сокращении численности населения являются низкая рождаемость и неблагополучная динамика смертности, а все известные демографические прогнозы предсказывают дальнейшее ее сокращение. Значительное уменьшение числа жителей определяют, безусловно, и миграционный отток населения из этих регионов. Так, по прогнозу Госкомстата России, население в Республике Коми в 2016 г. составит 959,2 тыс. против 1201 тыс. в 1995 г. и 1107 тыс. в 2003г.

По оценке Всемирной Организации Здравоохранения, показатель продолжительности жизни – важная характеристика уровня и качества жизни населения, его здоровья. Ожидаемая продолжительность жизни населения Республики Коми снизилась: у мужчин с 61 года в 1998 г. до 58,2 года в 2002 г., у женщин – с 72,2 лет (1998г.) до 69,9 лет (2002г.). Уровень мужской смертности в рабочих возрастах в 3 раза выше уровня женской смертности. Причины этого кроются в традиционно более тяжелом характере мужского труда, наличии вредных привычек, пренебрежительном отношении мужчин к своему здоровью и пр.

Высокий уровень смертности среди мужчин работоспособного возраста оказывает также неблагоприятные воздействия на женщин и их семьи. Например, процент бедных среди вдов пенсионного воз-

раста обычно очень высок; условия жизни семей с детьми ухудшается, особенно если мужчина был основным кормильцем.

На протяжении последних лет в Республике Коми ежегодно регистрируется свыше миллиона случаев заболеваний с впервые в жизни установленном диагнозом. Первое место в структуре первичной заболеваемости занимают болезни органов дыхания, второе – травмы и отравления, затем идут болезни нервной системы, болезни глаза, болезни уха, инфекционные и паразитарные.

По данным военно-врачебной комиссии Военкомитета Республики Коми годными к военной службе были признаны в 2001 г. 50,7 %, в 2002 г. – 45,8 % молодых людей. Это объясняется большой отдаленностью населенных пунктов от районных центров и республиканских лечебно-диагностических учреждений, отсутствием денежных средств у населения.

Под особым контролем государства должно быть здоровье женщины, причем не только в репродуктивном возрасте, но и на протяжении всей жизни. Состояние здоровья женщин, в свою очередь, оказывает непосредственное влияние на показатели младенческой смертности. Более 70 % случаев смертности детей до одного года происходят по причинам, связанным со здоровьем родителей и условиями протекания беременности.

По данным Бюро медицинской статистики Республики Коми, неблагополучная динамика заболеваний репродуктивной сферы у женщин, на начало беременности к категории здоровых можно отнести только 1/8 часть женщин.

Серьезной остается ситуация с заболеваниями так называемой социальной группы: возросла заболеваемость туберкулезом и злокачественными образованиями, психическими расстройствами, наркоманией. Настораживает факт увеличения заболеваемости детей и подростков неврозами, психопатиями.

В учреждениях здравоохранения Республики Коми работают свыше 26 тыс. человек, из них 87 % - женщины. Укомплектованность врачебными кадрами оценивается на уровне 58 %. Бесплатность здравоохранения на территории республики становится все более иллюзорной. Однако оплата медицинских услуг для большинства семей становится недосягаемой. При этом низкое качество медицинского обслуживания, обусловленное отсутствием необходимых помещений, медикаментов, оборудования, применением устаревших лечебных технологий, становится дополнительным барьером для введения платности. Так как наиболее распространенной формой платных медицинских услуг являются диагностические процедуры, растет количество хронических заболеваний населения.

Наблюдается повсеместный дефицит бесплатных лекарственных средств и недоступность в связи с высокими ценами платных.

Все это свидетельствует о явно недостаточной роли государства в улучшении здоровья населения. Позитивные изменения показателей детской и материнской смертности связаны не столько с улучшением экономического положения в регионе, сколько со снижением рождаемости; все шире распространяются социальные болезни; почти не уменьшаются региональные диспропорции в состоянии здоровья; финансирование здравоохранения из региональных бюджетов отличается душевыми минимальными показателями.

Сохранение здоровья населения невозможно без активности самого населения, направленной на оздоровление образа жизни и среды обитания, заботу о своем здоровье и т.п. Необходимо также осознать, что могут дать в условиях нашей страны социальные и медицинские технологии, сохраняющие здоровье и снижающие смертность, успешно применяемые за рубежом. Особенно нельзя рассчитывать на то, что проблема чрезвычайно высокой смертности разрешится без введения системы специальных мер, взятых под особый контроль государством. Среди них: снижение потребления алкоголя, создание кабинетов медико-социальной помощи детям и подросткам; поддержка телефонов доверия как средства профилактики самоубийств; программы раннего выявления онкозаболеваний; улучшение медицинской помощи сельским жителям; обеспечение безопасных условий труда; предупреждение ДТП.

В условиях повсеместного дефицита региональных бюджетов регулирование в области охраны здоровья населения должно быть направлено на приоритетность профилактических мероприятий по снижению заболеваемости, формированию стремления людей к здоровому образу жизни, перераспределению средств в пользу более эффективных и менее дорогостоящих форм медицинской помощи путем расширения амбулоторно-поликлинической сети и развития стационарно-замещающих технологий лечения.

ЯИЧНИКИ КРЫС ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ТРИТЕРПЕНОВЫХ ГЛИКОЗИДОВ ИЗ КУКУМАРИИ ЯПОНСКОЙ

Зенкина В.Г., Каредина В.Г., Солодкова О.А.
Владивостокский государственный медицинский университет, Владивосток

В эксперименте использовали биологически активные добавки ТИНРО – центра г. Владивостока «Тингол-1» и «Тингол-2». «Тингол-1» представляет собой гидролизат мышечной ткани кукумарии японской, в качестве активного компонента которого используются тритерпеновые гликозиды – 250 мкг/мл, витамины группы В, гексозамины, сахара, белки, макро- и микроэлементы (Fe, Mn, Co, Zn и др.). «Тингол-2» - спиртовый экстракт их внутренностей кукумарии японской, содержащий тритерпеновые гликозиды – 650 мкг/мл.

Эксперименты проводились на нелинейных белых крысах-самках, которых разделили на следующие группы: 1) Интактные половозрелые животные (возраст 5.5 месяцев), получавшие обычный рацион (контрольная группа); 2) Половозрелые животные, получавшие наряду с обычным кормом «Тингол-1» в дозе 3 мл/кг в течение двух месяцев; 3) Половозрелые животные, получавшие наряду с обычным кормом «Тингол-2» в дозе 0.03 мл/кг в течение двух месяцев; 4) Интактные половозрелые животные (возраст 3.5 ме-