Таблица 2. Этиологическая структура аллергического ринита у детей (%)

Этиологически значимые аллергены	Аллергический ринит	Аллергический ринит в сочетании с бронхиальной астмой	Аллергический ринит в сочетании с атопическим дерматитом
Бытовые	36,2±3,1	14,9±1,2 Рсравн. <0,01	16,6±2,1 Рсравн. <0,01
Эпидермальные	18,3±5,1	15,0±4,9 Рсравн.>0,10	13,2±3,4 Рсравн.>0,10
Пищевые	12,2±1,6	4,3±0,5 Рсравн.<0,01	15,7±1,1 Рсравн.<0,01
Бытовые, эпидермальные	11,5±1,9	23,4±1,7 Рсравн.<0,01	12,6±1,2 Рсравн.<0,01
Бытовые, пищевые	8,8±3,6	15,5±5,3 Рсравн.>0,10	18,6±4,4 Рсравн.>0,10
Пищевые, эпидермальные	5,4±0,6	10,7±1,7 Рсравн.<0,01	10,4±2,1 Рсравн.<0,01
Бытовые, эпидермальные, пищевые, пыльцевые	6,5±1,6	19,2±2,0 Рсравн.<0,01	12,1±1,5 Рсравн.<0,01

Полученные результаты выявили, что у пациентов I группы наблюдалось сенсибилизация к бытовым (36,2±3,1%) или эпидермальным аллергенам (18,3±5,1%), как факторам развития аллергического ринита. Во II группе детей наблюдалась повышенная поливалентная чувствительность (19,2±2,0), а также к бытовым и эпидермальным аллергенам одновременно (23,4±1,7). У пациентов III группы не диагностирована выраженная сенсибилизация к какой-либо группе аллергенов.

Проведенные исследования выявили снижение показателей Т-лимфоцитарного звена иммунной системы. Выявленные изменения наиболее выражены на фоне сочетанной аллергопатологии. На фоне аллергического ринита основное значение играет сенсибилизация к одному виду аллергенов. Тогда как при сочетании АР с бронхиальной астмой и атопическим дерматитом развивается сенсибилизация к нескольким группам аллергенов.

О ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ С ДЕТСТВА В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Нефёдов П.В., Кутумова Н.Б.
Кубанская государственная медицинская академия, Краснодар

Настоящее исследование посвящено анализу первичной инвалидности детей до 18 лет по материалам государственной статистической отчетности в целом по Краснодарскому краю и административным его территориям за 2000-2002 годы в сравнении с 1972 годом.

За 3 года в крае выявлено 10312 детей-инвалидов (54% в городской и 46% в сельской местности), что составило от общего числа детского населения края 0,3%.

Уровень первичной инвалидности в среднем был равен 29,86 на 10000 детского населения до 18 лет с небольшими колебаниями по годам (29,85; 30,80 и 28,93, соответственно, в 2000, 2001 и 2002 году). Показатели первичной инвалидности оказались выше в городе, что, возможно, связано с более высоким уровнем медицинского обслуживания городского населения и более полной выявляемостью детей-инвалидов. Различие показателей первичной инвалидности между городским и сельским детским населением оказалась достоверным ($p < 0,001$).

Анализ структуры контингента инвалидов с детства по нозологическим формам показал, что наиболее распространены психические расстройства (22,9%), болезни нервной системы (18,82%), врожденные аномалии развития (14,13%), травмы, отравления (9,15%) и болезни костно-мышечной системы (6,7%).

В городской местности чаще, чем в сельской, причиной первичной инвалидности были болезни нервной системы, травмы и отравления, эндокринные заболевания, болезни органов дыхания, новообразования, болезни уха, болезни органов пищеварения и системы кровообращения, а в сельской местности - психические расстройства, болезни костно-мышечной системы, глаз, туберкулез. Близкими и в городе, и на селе оказались показатели врожденных аномалий развития и болезни мочеполовой системы.

Динамика структуры причин первичной инвалидности за последние 3 года характеризовалась увеличением доли туберкулеза, болезней эндокринной системы, психических расстройств, болезней мочеполовой системы, травм и отравлений и снижением доли новообразований, болезней нервной системы, органов дыхания, пищеварения, костно-мышечной системы.

Сопоставление полученных нами данных о распространенности первичной инвалидности детей с результатами исследований 1972 года показало резкое изменение структуры детской инвалидности. Первое место занимала глухонемота, на которую приходилось 21,3% всего контингента инвалидов, на втором месте - последствия полиомиелита (19,4%), на третьем - психи-ческие заболевания (13,7%), в основном - олигофрения (87%). Четвертое место занимал туберкулез (12,3%), в 92,5% случаев - туберкулез костей и суставов. Болезни глаз, костно-мышечной системы и соединительной ткани, травмы, врожденные пороки

развития в структуре рассматриваемой патологии занимали последние места.

Изменение структуры детской инвалидности за последние 30 лет с определенной долей вероятности можно объяснить разработкой и внедрением социально ориентированных программ ("Дети России" и др.), улучшением качества медицинского обслуживания населения, укреплением материальной базы учреждений здравоохранения (прежде всего, родовспоможения), развитием службы планирования семьи, профилактической вакцинацией против полиомиелита и некоторыми другими факторами.

Таким образом, анализ первичной инвалидности детского населения Краснодарского края позволил дать представление о её распространенности в городской и сельской местности, а также о её динамике за последние 30 лет.

Приведенные нами результаты изучения первичной детской инвалидности свидетельствуют о необходимости дальнейших исследований выяснения региональных факторов риска с целью разработки мер по охране здоровья детей и беременных женщин, оказания медико-социальной помощи детям-инвалидам, рассмотрение вопросов их реабилитации.

ДИНАМИКА УРОВНЯ ИНТЕРЛЕЙКИНА-1β И ИНТЕРЛЕЙКИНА-4 У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ

Озерова Е.А., Князева Л.И., Горяйнов И.И., Князева Л.А., Колесникова О.Е.
Курский государственный медицинский университет

Данные международных эпидемиологических исследований однозначно свидетельствуют о том, что хроническая сердечная недостаточность (ХСН) до сих пор остается одним из самых распространенных, прогрессирующих и прогностически неблагоприятных заболеваний сердечно-сосудистой системы. Частота сердечной недостаточности в популяции составляет 1,5-2,0%, а у людей старше 65 лет достигает 6-10%. В России число больных ХСН, предположительно, не менее 12-14 млн. человек. Ежегодно умирают 5-10% больных легкой степенью ХСН и 30-40% больных более тяжелыми формами нарушения кровообращения. По результатам исследований, проведенных ранее, обнаружены изменения содержания провоспалительных цитокинов в крови пациентов ИБС, однако до конца не определена их роль в прогрессировании СН. Практически не изучены противовоспалительные цитокины при ХСН.

Целью настоящей работы явилось исследование содержания ИЛ-1β и ИЛ-4 в сыворотке крови больных ХСН различных функциональных классов и изучение динамики их содержания в зависимости от особенностей фармакотерапевтического воздействия.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Обследовано 126 больных в возрасте 42–65 лет с признаками ХСН I-IV ФК (NYHA). Контрольную группу составили 22 здоровых донора. У 24 больных ИБС ХСН не определялась. Цитокины ИЛ-1β и ИЛ-4 в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа с использованием тест-систем «Протеиновый контур», г.Санкт-Петербург. Все больные получали комплексную терапию с учетом формы ИБС и функционального класса СН. У 51,2% больных лечение включало иАПФ, у 23,5% больных – иАПФ и бета-блокаторы и у 24,3% иАПФ и сердечные гликозиды.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Исследования показали, что уровень содержания ИЛ-1β в сыворотке крови больных ХСН был достоверно выше (291,0 ± 35,8 пкг/мл) в сравнении с группой больных ИБС без признаков сердечной недостаточности (121,0 ± 8,9 пкг/мл). ИЛ-1b является главным медиатором, ответственным за развитие местного воспалительного процесса и острофазового ответа на уровне организма, кроме того, он участвует в процессах ремоделирования сердца, нарушения эндотелийзависимой дилатации артериол. Представляло интерес изучение содержания противовоспалительного цитокина ИЛ-4 у больных ИБС. Определено повышение содержания ИЛ-4 (49,8 ± 4,8 пкг/мл; $\rho<0,05$) в сыворотке крови больных ИБС без СН. У больных ХСН данный показатель был значительно выше (83,0 ± 8,5 пкг/мл; $\rho<0,05$). Повышение уровня ИЛ-4, по-видимому, носит компенсаторный характер, ИЛ-4 угнетает продукцию макрофагами провоспалительных цитокинов ФНО-α и ИЛ-1β. Определена прямая корреляционная зависимость между содержанием ИЛ-1β и тяжестью ХСН ($r = 0,41$; $\rho<0,01$). Обратная зависимость имела место между уровнем ИЛ-1β и длительностью заболевания ($r = -0,44$). Содержание ИЛ-4 коррелировало с уровнем ИЛ-1β ($r = 0,54$; $\rho<0,05$). Не установлено достоверного влияния возраста обследуемых на цитокиновый статус. Установлено, что в группе больных, получавших лечение эналаприлом в течение 4-х недель уровень ИЛ-1β снизился на 6,8%; ИЛ-4 — на 5,7%. Показано, что сочетанная терапия эналаприлом и дигоксином обладает наиболее выраженным корригирующим воздействием на цитокиновый статус. Отмечено снижение уровня ИЛ-1β на 13,4%, ИЛ-4 — на 9,8%. После лечения эналаприлом и метопрололом уровень ИЛ-1β снизился на 7,3% , ИЛ-4 — на 6,2% по сравнению с исходными показателями.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ПРОГРАММ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ МАРКЕТИНГОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА ПРИМЕРЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОТДЕЛЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Оленева И.Н., Ликстанов М.И., Зарубина М.А.
Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, Кемерово

В связи с изменением экономических отношений в здравоохранении и возникновением проблемы недофинансирования лечебных учреждений, актуальными становятся попытки внедрения в практику лечебно-профилактических учреждений программ добровольно медицинского страхования (ДМС).