ботки в 1,3 раза по сравнению с алгоритмом, где используется один фильтр Калмана, моделью для которого является реализация ВП, являющаяся результатом усреднения по всем вероятностным компонентам. Решающее устройство в 75,2% случаях приняло правильные решения.

## СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭКОНОМИКИ И ФИНАНСИРОВАНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Шапошников В.И.

Государственная медицинская академия, Краснодар

В современных условиях развития нашей страны отмечается целый ряд нерешенных проблем в здравоохранении, главные из них: 1) переход от планового ведения этой отрасли народного хозяйства на рыночной принцип экономического развития, 2) достойное обеспечение медицинской помощью сельского населения, 3) полное отсутствие у значительной части лиц нашей страны контроля за состоянием своего здоровья, 4) серьезное отставание практического здравоохранения от достижений ведущих научных центров, 5) обеспечение действенного материального стимулирования лиц, производственная деятельность которых связана с медициной, 6) полномасштабное использование природных ресурсов в укреплении здоровья населения, 7) создание лекарственных препаратов и разработка новых технологий, позволяющих отказаться от закупки соответствующих аналогов в других странах мира.

Все перечисленные проблемы тесно взаимозависимы друг от друга и для своего разрешения требуют разработки единого комплексного плана. Если еще два - три года назад стоял вопрос только об выживании отечественной медицины, то нынешняя экономическая ситуация в России позволяет уже продуманно переводить здравоохранение на рыночную основу и тем самым сделать медицину рентабельной отраслью. Для этого действия имеется и юридическая база пункт 2 статьи 41 Конституции РФ ( развитие частной системы здравоохранения в стране в качестве альтернативной государственной и муниципальной систем).

В настоящее время работу медицинских страховых компаний нельзя даже отнести к категории посреднической, так как в основном они заняты самофинансированием - за счет средств, отчисляемых промышленными предприятиями здравоохранению. Это мнение подтверждает следующее. Величина зарплаты медицинских работников полностью зависит об бюджетного финансирования - согласно тарифного разряда. Частные «пожертвования» населения за медицинские услуги вообще не поддаются контролю, так как идут напрямую в карман своим лечащим врачам. Единственными средствами, попадающие почти в полное распоряжение медицинских страховых компаний, оказываются как раз эти целевые отчисления. Для их распределения среди медицинских подразделений, создан «новый хозяйственный механизм», в основу которого положен анализ лечения каждого больного в той или иной больнице по критериям качества медицинской помощи. Эта «дополнительная» зарплата не только очень разная, но и, как правило, вовсе отсутствует - путем различных штрафных санкций (в основном за оформление медицинской документации) эти деньги изымаются из приработка медицинских работников и остаются в медицинских компаниях. Критерии качества лечения основаны на соблюдении «золотого срединного стандарта» - своеобразного прокрустова ложа, то есть наказываются и те кто плохо работает и те кто хорошо. Поощрительные же меры в этой системе вообще не предусмотрены. Плохая работа - это очень и очень субъективная оценка труда. И при желании, а это желание конечно имеется, всегда можно найти огрехи. Сложилась такая ситуация, что существующая форма медицинского страхования просто препятствует развитию медицины в нашей стране - стиль «середнячка» не является предпосылкой для прогресса.

Для этого надо в первую очередь создать банк «Здоровье», через который будут выдаваться кредиты как на строительство, так и на техническое оснащение частных медицинских объектов (возможно и еще большее расширение его финансовой деятельности), что обеспечит быстрое реагирование здравоохранения на запрос населения в деле оказания того или иного вида медицинской помощи. Этот же банк может субсидировать частным лицам средства на лечение и обследование. На нам взгляд, любые предложения по улучшению современного здравоохранения в России заслуживают критического рассмотрения. Это и побудило нас высказать свою точку зрения по существу всех поставленных вопросов.

## ОСОБЕННОСТИ АДАПТИВНЫХ РЕАКЦИЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ОДНОКРАТНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ НА ФОНЕ ВВЕДЕНИЯ ГИДРОКОРТИЗОНА

Шахматов И.И., Вдовин В.М., Легких П.В. Алтайский государственный медицинский университет, Алтайский филиал ГУ НИИ физиологии СО РАМН, Барнаул

Исследование выполнено на 83 белых беспородных крысах обоего пола. У животных первой опытной группы забор крови для оценки показателей гемостаза осуществлялся сразу после однократной длительной физической нагрузки в виде бега в тредбане на протяжении 4 часов со скоростью 8 м/мин. Второй опытной группе животных вводился внутримышечно гидрокортизон в дозе 12,5 мг/100 г массы тела с последующим забором крови через 4 часа после инъекции. Третью опытную группу составили животные, которые после инъекции гидрокортизона подвергались 4часовой физической нагрузке в виде бега в тредбане со скоростью 8 м/мин. Также были сформированы контрольные группы животных. Первой контрольной группе животных за 4 часа до забора крови вводился подкожно физиологический раствор, вторую контрольную группу составили "интактные" животные.

В ходе исследований установлено, что однократная длительная физическая нагрузка в виде бега приводила к активации начальных и конечного этапов свертывания, умеренному росту уровня растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК), снижению

активности протеина С, уровня плазминогена и угнетению фибринолиза.

При изолированном введении гидрокортизона система гемостаза отреагировала невыраженной гиперкоагуляцией конечного этапа свертывания, повышением активности протеина С и угнетением фибринолиза. При введении животным физраствора в системе гемостаза наблюдалась активация тромбоцитарного звена гемостаза, активация начальных и угнетение конечного этапа свертывания, повышение активности протеина С, некоторое снижение уровня плазминогена.

При сочетанном воздействии гидрокортизона и физической нагрузки наблюдалась гиперагрегация тромбоцитов, умеренная активация конечного этапа свертывания, повышение активности протеина С, значимое угнетение фибринолитической активности плазмы крови.

Выводы: Обнаруженное при однократной длительной физической нагрузке рассогласование в реакции свертывающей и фибринолитической систем, а также начальные признаки угрозы внутрисосудистого свертывания крови, могут быть расценены как проявления несовершенства механизмов срочной адаптании

Изменения в системе гемостаза, зафиксированные при введении гидрокортизона, отличаются от таковых при контрольном введении физраствора отсутствием активации тромбоцитарного и контактной фазы плазменного гемостаза, что может быть расценено как благоприятное влияние данного гормона на последствия психо-эмоционального стресса.

Предварительная инъекция гидрокортизона уменьшала гиперкоагуляционные изменения, регистрируемые при однократной физической нагрузке. При этом наблюдалось более выраженное угнетение фибринолитической активности.

## НАРАСТАНИЕ ДИЗАДАПТИВНЫХ СДВИГОВ СО СТОРОНЫ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПО МЕРЕ УВЕЛИЧЕНИЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ГИПОКИНЕЗИИ

Шахматов И.И., Киселев В.И.
Алтайский государственный медицинский университет, Алтайский филиал ГУ НИИ физиологии СО РАМН, Барнаул

Снижение физической активности населения на фоне увеличения стрессорного воздействия, осуществляющегося в различных по силе и длительности вариантах, а также различные комбинации воздействия на организм одновременно нескольких стрессоров требует глубокого изучения особенностей такого влияния на физиологические системы организма. В настоящее время различные формы стресса рассматриваются как факторы риска, при которых угроза тромбообразования резко возрастает.

Целью экспериментов, представленных в данной работе, явилось изучение состояния системы гемостаза в ходе адаптации к стрессорному воздействию иммобилизации различной продолжительности с помощью современных методов, позволяющих не толь-

ко качественно, но и количественно оценить содержание и активность компонентов системы.

С этой целью было проведено три серии экспериментов. Во всех экспериментах иммобилизация создавалась путём помещения крыс в пластиковые пеналы, резко ограничивающие двигательную активность животных, но не затрудняющих дыхание, а также приём пищи и воды. В первой серии экспериментов крысы подвергались однократной кратковременной иммобилизации на протяжении 30 минут, во второй серии – однократной длительной иммобилизации на протяжении 3 часов и в третьей - долговременной иммобилизации в течение 7 суток. По истечении времени воздействия во всех сериях экспериментов после предварительной наркотизации у животных забирали кровь.

Оценка показателей гемостаза проводилась с помощью методик, позволяющих исследовать состояние тромбоцитарного звена гемостаза, внутренний и внешний путь активации коагуляционного гемостаза, конечный этап образования фибринового сгустка, состояние антикоагулянтного звена гемостаза и фибринолитической системы плазмы крови. Определяли также показатели, характеризующие адаптированность организма к различным двигательным режимам: надпочечниковый показатель (НП), массу тела крыс в динамике эксперимента и процент гибели крыс в ходе эксперимента.

Проведенные исследования показали, что кратковременная однократная иммобилизация на протяжении 30 минут характеризовалась со стороны тромбоцитарного гемостаза повышением агрегационной функции тромбоцитов. Исследование коагуляционного звена гемостаза выявляло незначительную активацию контактных факторов свертывания и более существенный рост фибринолитической активности.

Такие изменения в состоянии системы гемостаза могут быть охарактеризованы как одно из проявлений стандартной ответной реакции организма на кратковременное воздействие, укладывающееся в рамки физиологического стрессора.

При увеличении длительности однократной иммобилизации до 3-х часов наряду с изменениями, выявленными со стороны коагуляционного гемостаза на более ранних сроках воздействия, были зафиксированы и некоторые отличия. Так, регистрировалась более существенная, чем при кратковременной иммобилизации, гиперкоагуляция, что проявлялось в активации контактной фазы гемокоагуляции, снижении уровня фибриногена и антитромбина III. Фибринолитическая активность плазмы крови при длительном однократном воздействии стрессора оставалась повышенной.

Таким образом, изменения со стороны системы гемостаза, зафиксированные при однократной 3-часовой иммобилизации, характеризуются нарастанием гиперкоагуляционных сдвигов, выявленных при более краткосрочном воздействии. Появляются первые признаки, характерные для скрытой тромбинемии. Следовательно, несмотря на сохраняющуюся повышенную фибринолитическую активность, сглаживающую возможные последствия выявленных гиперкоагуляционных сдвигов, можно предположить, что 3-часо-