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-

сяца), получавшие обычный рацион (контрольная группа); 5) Животные, получавшие «Тингол-1» в дозе 3 мл/кг в качестве добавки к основному корму в неполовозрелом периоде до момента полового созревания, т.е. с 1.5 месяцев жизни до 3.5 месяцев, 6) Животные, получавшие «Тингол-2» в дозе 0.03 мл/кг в качестве добавки к основному корму в неполовозрелом периоде до момента полового созревания, т.е. с 1.5 месяцев жизни до 3.5 месяцев.

Объектом исследования служили яичники 64 экспериментальных крыс и 34 интактных, содержавшихся в условиях одного вивария, при обычном световом и температурном режиме. Кормление животных биологически активными добавками осуществлялось в осенне-зимний период. Исследования яичников проводились в разные фазы полового цикла для чего каждую группу животных делили на две (эструс, диэструс).

На протяжении второго месяца кормления животных биологически активными добавками оценивали функциональное состояние яичников путем исследования эстрального цикла. Дополнительно фаза цикла подтверждалась методом Гордиенко Е.Н. и Целуйко С.С. (1999). Способ основан на идентификации фазы эстрального цикла при помощи морфометрической диагностики функциональной активности тучных клеток мезометриальной брыжейки. Общеморфологический анализ включал в себя определение массы тела животного, массы яичника, матки, надпочечника, печени, селезенки, изучение эстрального цикла, обзорное изучение препаратов, окрашенных гематоксилином и эозином.

На срезах, окрашенных гематоксилин-эозином, проводили обзорное изучение структур яичников. Исследовали следующие морфометрические показатели: среднее число примордиальных, растущих, преовуляторных и атретических фолликулов, желтых тел в разные стадии эстрального цикла в контроле и эксперименте; общее число генеративных элементов; при помощи PhotoM измеряли диаметр (в мкм), площадь фолликулов, овоцитов в них и их ядер, ядерно-цитопламатическое соотношение площадей, коэффициент формы овоцита и его ядра.

Результаты наших исследований показали, что «Тингол-1» и «Тингол-2» не оказывают токсического влияния на различные органы. Морфометрические данные указывают на то, что тритерпеновые гликозиды действуют на процессы роста и атрезии фолликулов, особенно при получении биодобавок до момента полового созревания. В этом случае мы наблюдаем достоверное увеличение растущих фолликулов в стадию эструса в обеих экспериментальных группах и достоверное снижение числа атрезирующихся фолликулов в диэструсе. При получении животными «Тингол-1» и «Тингол-2» в половозрелом возрасте выявлено достоверное уменьшение количества атретических фолликулов в обе фазы полового цикла.

ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЙ СИНДРОМ В СТРУКТУРЕ ВЕГЕТАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЕТИ

Злобина О.Ю., Шинкаренко В.С., Маслова Е.С.
МУЗ Поликлиника №1,Иркутск

Многообразие психогенных воздействий в современных условиях сопровождается ростом соматонервно-психических расстройств, отражающих дезадаптивный ответ организма на чрезмерное влияние среды. Динамика таких состояний отличается затяжным, социально дезадаптирующим течением с усложнением клинической картины и формированием терапевтической резистентности. (Linden M., Maier W. et al., 1996; Харитонова Н.К., Русакова Э.С., 1985; Александровский Ю.А., 1993; Аведисова А.С., Чугунов В.С. с соавт., 1995).К психогенным факторам относят как ряд отдельных индивидуально значимых микротравм (стимулы, эпизоды, ситуации по D.Magnusson), так и события, обстоятельства, препятствующие биологической и социальной реализации человека (Дмитриева Т.Б., Воложин А.И, 2001), которые вызывают состояние психоэмоционального стресса. Выделение стадии психофизиологической реакции при остром и хроническом эмоциональном стрессе привлекает внимание исследователей к изучению ранних форм психогенных расстройств. При любом стрессе психовегетативный синдром - непременный физиологический процесс, который принимает патологический характер при чрезмерно интенсивном или длительном аффективном напряжении, когда хронические эмоциональные состояния обусловливают неизбежно хронифицирующиеся висцеровегетативные расстройства. Психовегетативный синдром (ПВС) является важнейшей составляющей синдрома вегетативной дисфункции, которая наблюдается у 25-80% населения (Вейн А.М.2000).

Целью настоящего исследования являлся анализ структуры вегетативных и психических расстройств у пациентов общесоматической сети, направленный на оценку распространенности различных вариантов психовегетативного синдрома в амбулаторной сети.

За основу критериев отбора больных были избраны признаки пароксизмальных и перманентных вегетативных расстройств по А.М. Вейн 2000.

Изученная выборка состояла из 60 пациентов, которые проходили амбулаторное лечение у невролога в Поликлинике №1. В большинстве случаев речь идет о женщинах (52 человека – 86,6%), средний возраст 28,5 лет, имеющих высшее и среднее специальное образование.

Перманентное течение СВД наблюдалось у 42 человек (70%). Из них СВД имел психофизиологическую природу в 25% (15 человек), обусловленную длительной психотравмирующей ситуаций (семейное неблагополучие, конфликты на работе, социально-бытовые трудности). В 16,6% (10 человек) встречался при невротических расстройствах, в 13,3% (8 человек) имели профессиональные заболевания и органическую патологию нервной системы. В 33% ПВД сопутствовала соматическая патология (ГБ, бронхиальная астма, хронический панкреатит, мочекаменная бо-