

Секция 32
**«Санитарно-гигиенические,
эпидемиологические и медицинские
проблемы сохранения
репродуктивного здоровья
подростков и молодежи»**

Содержание:

Брудастов Ю.А., Корнеева С.К., Шестакова Т.П. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОЕКТА ПО СОЗДАНИЮ ЦЕНТРА ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ ОГУ.....	2692
Брудастов Ю.А., Корнеева С.К., Шестакова Т.П. РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СТУДЕНТОВ В ВУЗАХ В СВЯЗИ С ДЕМОГРАФИЧЕСКИМИ ПРОБЛЕМАМИ ОБЩЕСТВА.....	2701
Коннов А.Д. ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ВРОЖДЕННОЙ КРАСНУХИ.....	2704
Конюхов А.В. СКРИНИНГ ТРАНЗИТОРНОГО ГИПОТИРЕОЗА В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ.....	2707
Конюхов В.А. ВЫБОРОЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ И МЕДИЦИНСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА НОВОРОЖДЕННЫХ.....	2716
Конюхов В.А. ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ КРАСНУХОЙ И УРОВНЕМ ТТГ В КРОВИ НОВОРОЖДЕННЫХ.....	2718
Конюхов В.А. ЙОДНЫЙ ДЕФИЦИТ – УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ – РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ.....	2720
Конюхова Л.В. К ВОПРОСУ О ВЗАИМОСВЯЗИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КРАСНУХОЙ И РИСКЕ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ.....	2722
Конюхова Л.В. О НЕОБХОДИМОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ МОНИТОРИНГА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ.....	2724
Корнеева С.К., Брудастов Ю.А. ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ЦЕНТРА ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ ОГУ.....	2726
Епифанова Е.А., Кривошеева Н.А. САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ, ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ.....	2729
Макарова Т.М., Конюхова Л.В. АНЕМИИ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ.....	2734
Малахова М., Сманцер Т. ОРГАНИЗАЦИЯ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ В ШКОЛАХ Г. БУЗУЛУКА ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ.....	2739
Малахова М.С., Килина Ю. АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СПОРТСМЕНОВ-ЛЫЖНИКОВ Г. БУЗУЛУКА.....	2741
Мухамеджанова Ю.Х. О НЕОБХОДИМОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ СКРИНИНГА НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН В РАМКАХ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА.....	2746
Настека Н.Л. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ В УСЛОВИЯХ ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА.....	2748
	2690

Нечаева Н.Г. ПАЦИЕНТЫ ЦЕНТРА ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ ОГУ ГЛАЗАМИ СЕКСОЛОГА.....	2752
Рыбалко Н.М. РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОК ОГУ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ.....	2754

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОЕКТА ПО СОЗДАНИЮ ЦЕНТРА ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ ОГУ

**Брудастов Ю.А., Корнеева С.К., Шестакова Т.П.
Оренбургский государственный университет**

Работа отражает результаты реализации первого этапа проекта по созданию Центра охраны репродуктивного здоровья подростков и молодежи (далее ЦОРЗ) на базе Представительства государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Оренбургский государственный университет» – медико-санитарной части (далее МСЧ ГОУ ОГУ). Проект носит статус пилотного и является результатом совместной деятельности медико-санитарной части ОГУ, фонда «Здоровая Россия» (ФЗР) и министерства здравоохранения Оренбургской области в области охраны здоровья населения региона. Реализация проекта начата в 2007 году по результатам конкурса, проведенного фондом «Здоровая Россия» и Министерством здравоохранения и социального развития РФ (март 2007 года), и в рамках двустороннего соглашения между ФЗР и МСЧ ГОУ ОГУ.

Поскольку целью проекта явилось создание «модели центра охраны репродуктивного здоровья подростков и молодежи», т.е. лечебно-профилактического учреждения (подразделения), главной задачей первого этапа реализации проекта стала организация практической деятельности врачей-специалистов.

На момент создания ресурсы медико-санитарной части ОГУ ограничивались мощностями студенческой поликлиники, располагающейся на первом этаже 16 учебного корпуса университета. Из-за загруженности поликлиники текущей лечебно-профилактической работой и нехватки помещений соблюдение ряда организационных принципов молодежных клиник (например, отдельные вход и регистратура) на данном этапе было невозможно. В этой связи было принято решение о переносе основного времени приема специалистов на вечерние часы, тем более, что это удовлетворяло потребностям большей части потенциальных пациентов (студентов ОГУ) и позволило разделить потоки и существенно снизить затраты на содержание персонала.

С первого дня работы центра лечебно-профилактическая деятельность велась по следующим направлениям:

- оказание консультативной помощи подросткам и молодежи по вопросам физиологии репродуктивной системы, контрацепции, превентивного поведения, а также послеабортной реабилитации;
- оказание гинекологической и эндокринологической лечебно-диагностической помощи;
- оказание реабилитационной помощи после лечения заболеваний репродуктивных органов;
- оказание индивидуальной и групповой психологической помощи

подросткам и молодежи.

Консультативный прием вели врачи акушеры-гинекологи, эндокринологи, сексолог, психолог, подростковый врач. Роль координатора приема пациентов выполнял врач-методист.

В общей сложности за период 10.12.2007 по 27.06.2008 в центр обратился 1911 человек. При этом активность девушек примерно в три раза превышала таковую у юношей (1420 девушек против 491 юноши, или 74,3% и 25,7% соответственно).

Основным источником информации о работе центра (рисунок 1) для подростков и молодых людей стала студенческая поликлиника, что объясняется как относительно небольшим периодом активной промоционной деятельности ЦОРЗ, а также преимущественным охватом первокурсников на кафедре профилактической медицины при наибольшем активном интересе к проблеме в старших возрастных группах (рисунок 2).

Возрастная структура обратившихся пациентов (рисунок 2) указывает на высокую активность подростков, обучающихся в ОГУ, несмотря на относительную новизну подобной формы работы для города Оренбурга и преобладание среди обучающихся в университете молодых людей более старшего возраста. В общей сложности в ЦОРЗ обратилось 560 подростков из 1596 впервые обратившихся пациентов (35,1% от всех первичных посетителей).

Важным показателем работы любой молодежной клиники является доля повторных обращений пациентов. За первые полгода работы ЦОРЗ ОГУ данный показатель составил 16,5% (315 пациентов).

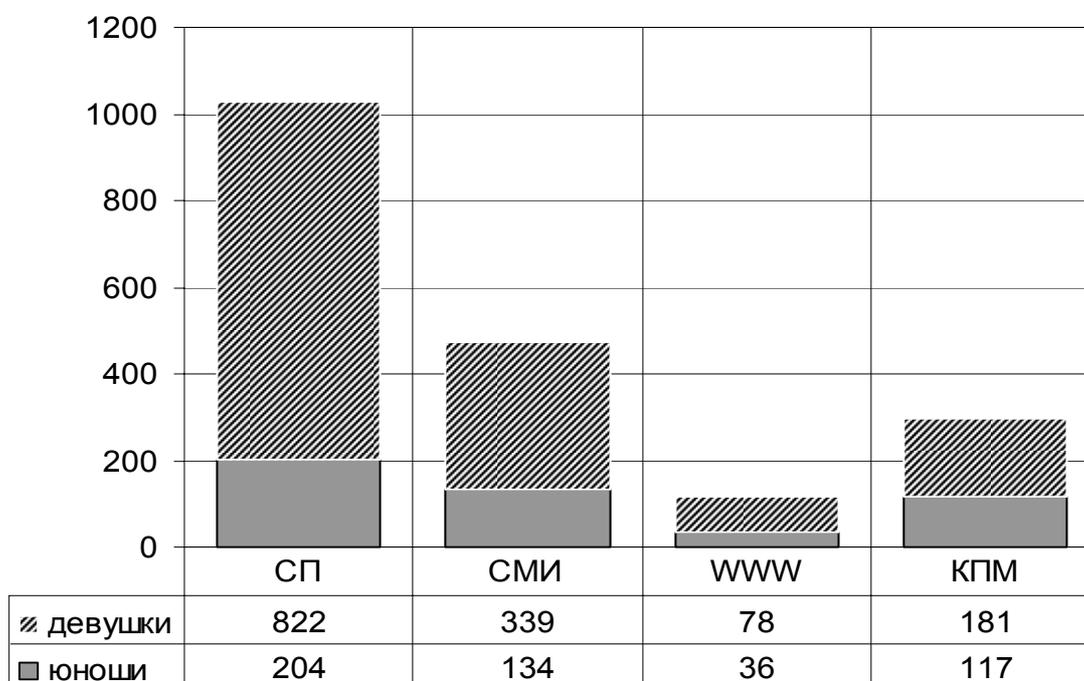


Рисунок 1. **Распределение обратившихся в ЦОРЗ по источнику информации о работе центра**

Обозначения: СП – студенческая поликлиника; СМИ – средства массовой информации; WWW – сайт университета; КПМ – кафедра профилактической медицины.

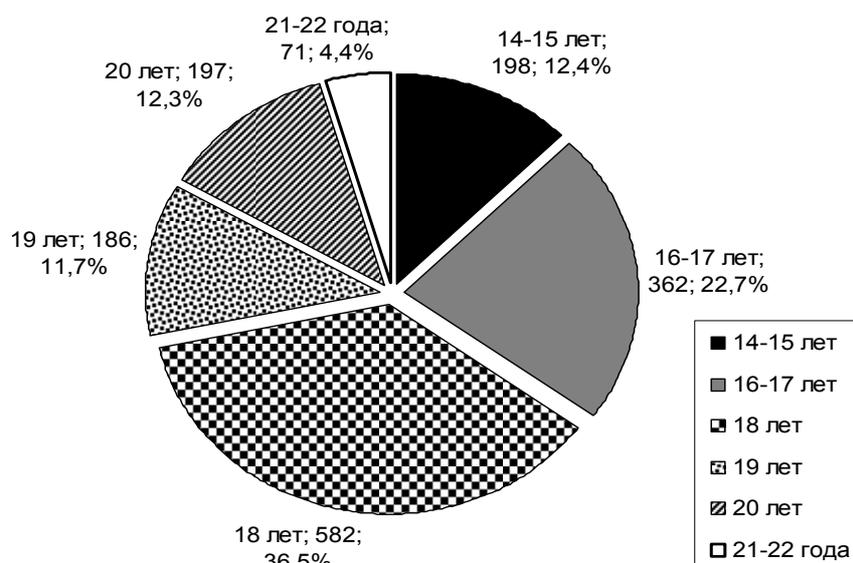


Рисунок 2. Распределение по возрасту обратившихся в ЦОРЗ первичных пациентов

Структура пациентов ЦОРЗ по причинам обращения (рисунок 3) указывает на незначительное преобладание потребности в консультациях и информировании, не связанной с жалобами и/или заболеваниями. Общее число таких пациентов составило 984 человека (51,5% обратившихся), интересовавшихся, как правило, проблемами контрацепции, полового дебюта, взаимоотношений с партнером и родителями. Значительная доля посетителей обратились с профилактической целью, не предъявляя жалоб на здоровье (549 человек, 28,7%). К таким пациентам можно добавить 119 пациентов (12,8%), проявлявших явные жалобы на психологические проблемы, связанные с конфликтом с родителями, ссорой с партнером, конфликтами с окружающими и неуверенностью в себе, но не проявлявших жалобы на физическое здоровье. В общей сложности доля пациентов с немедицинскими показаниями и причинами обращения составила 57,7%.

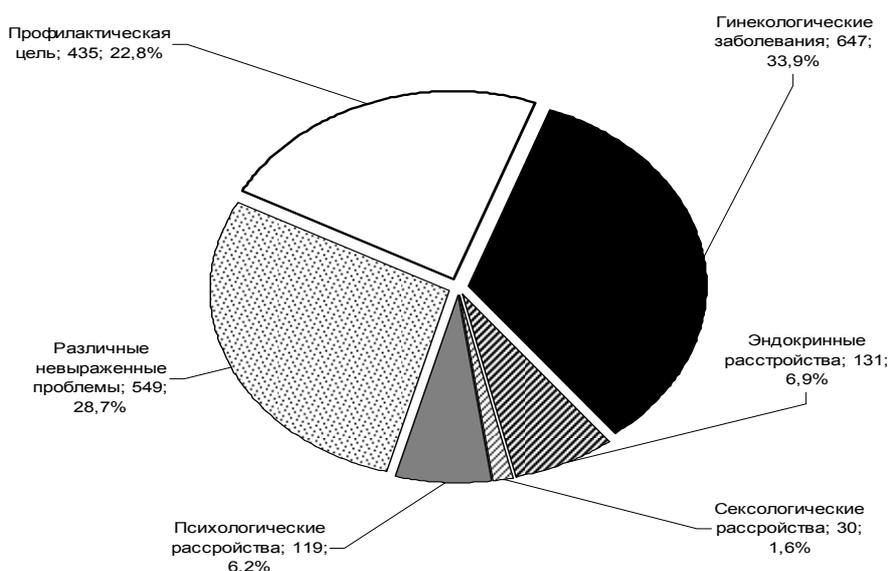


Рисунок 3. Структура посетителей ЦОРЗ ОГУ по причинам обращения

В связи с каким-либо заболеванием, выявленным ранее, или с подозрением на болезнь, или с жалобами на самочувствие в ЦОРЗ обратилось 808 человек (42,3%). Наиболее часто врачами ЦОРЗ диагностированы воспалительные заболевания половых органов, нарушения менструального цикла, патология щитовидной железы, реже нарушения полового развития, заболевания, передающиеся половым путем, беременность (рисунок 4).

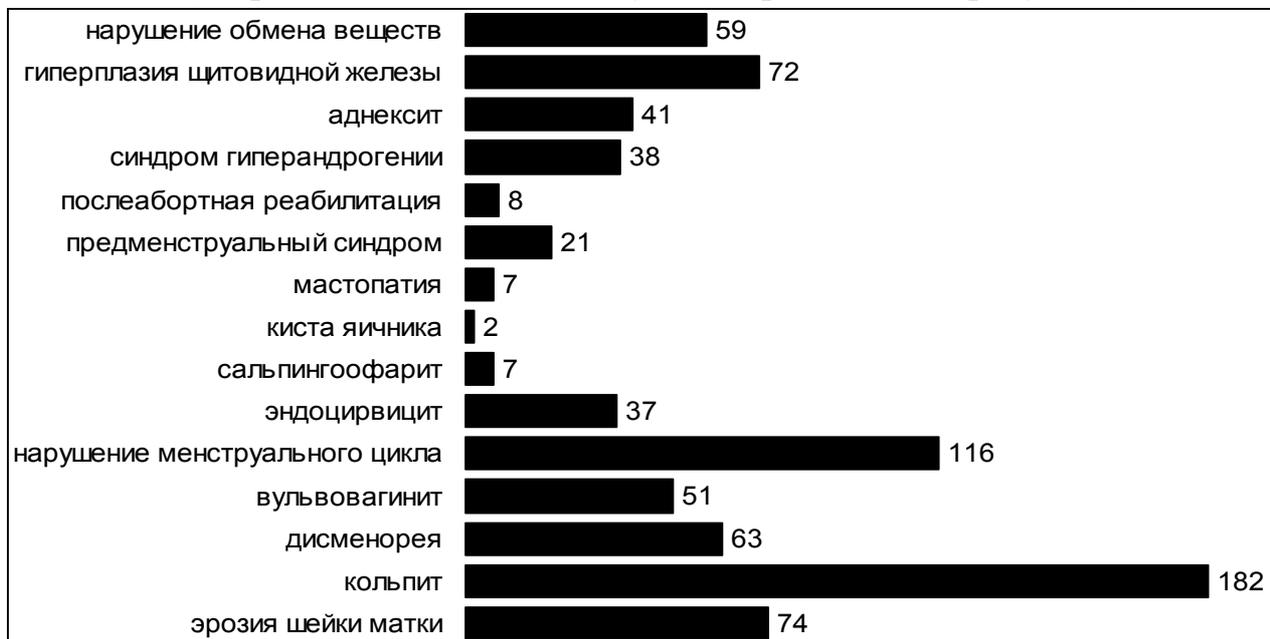


Рисунок 4. **Заболевания мочеполовой и эндокринной систем, диагностированные у пациентов ЦОРЗ ОГУ**

В рамках взаимодействия с муниципальными учреждениями здравоохранения 14 человек направлено на лечение в кожно-венерологический диспансер, 37 девушек – в женскую консультацию по поводу беременности, 16 человек – на дальнейшее углубленное обследование для исключения сложной патологии.

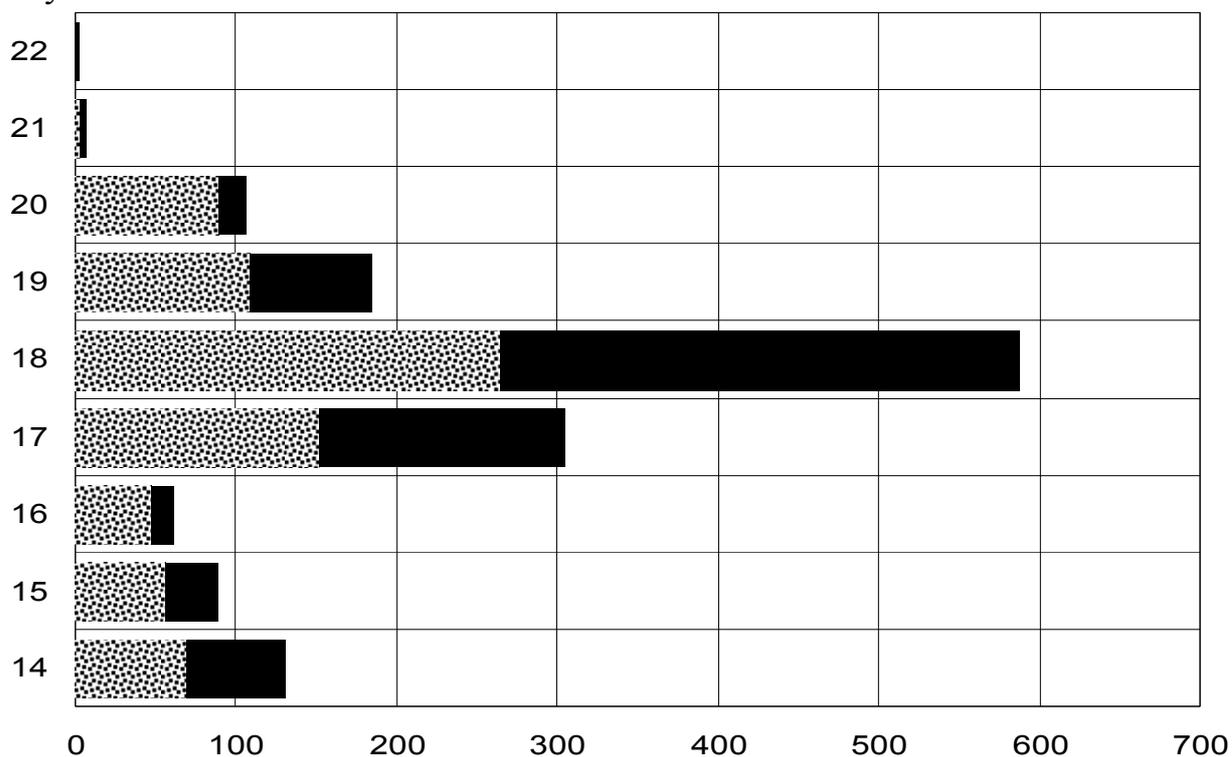
Промоционная деятельность в рамках проекта преследовала цели позиционирования ЦОРЗ в системе лечебно-профилактических учреждений города Оренбурга и информирование подростков и молодежи о начале работы центра и его функциях. В последнем случае основной акцент был сделан на университетской аудитории (студенты очной формы обучения и учащиеся колледжей, прикрепленные к студенческой поликлинике МСЧ ГОУ ОГУ).

Образовательная программа ОГУ включает в себя учебные планы по 107 специальностям различного профиля. Региональный компонент учебных планов для каждой специальности включает в себя обязательный курс валеологии, преподаваемый на кафедре профилактической медицины, как правило, на первом курсе обучения всем вновь поступившим в университет. Тесное сотрудничество медико-санитарной части ОГУ и кафедры профилактической медицины обеспечило быстрое и эффективное внедрение новой информации в учебные планы занятий по репродуктивному здоровью и инфекциям, передающимся половым путем.

При этом на всех практических занятиях и лекциях, посвященных

репродуктивному здоровью до студентов была доведена информация о начале работы Центра охраны репродуктивного здоровья подростков и молодежи на базе студенческой поликлиники, его функциях и предназначении, а после 10 декабря 2007 года дополнительно – информация о графике работы врачей специалистов. Работа по информированию университетской молодежи о ЦОРЗ на кафедре профилактической медицины была начата в ноябре. В общей сложности за период с ноября 2007 года по январь 2008 года на кафедре профилактической медицины прочитано 26 лекций на тему «Репродуктивное здоровье» и столько же – на тему «ВИЧ». Проведено 71 тематическое практическое занятие на тему «Репродуктивное здоровье», где рассматривались вопросы анатомии и физиологии репродуктивной системы, методы контрацепции, заболевания, передающиеся половым путем, и способы их профилактики. Общая цифра охвата подростков и молодежи на этих занятиях в осенний семестр 2007-2008 учебного года составила более 1500 человек.

Примерно такой же уровень охвата достигнут во втором учебном семестре (апрель-июнь 2008 года), в ходе которого проведено 83 специализированных занятия-семинара с первокурсниками ОГУ (1060 человек) и прочитано 26 лекций, посвященных репродуктивному здоровью. Распределение участников этих встреч-семинаров по полу и возрасту показано на рисунке 5.



	14	15	16	17	18	19	20	21	22
■ Муж	62	33	15	153	324	77	17	5	2
▨ Жен	69	56	47	152	264	108	89	2	

Рисунок 5. **Возрастно-половая структура участников встреч-семинаров Центра охраны репродуктивного здоровья подростков и молодежи ОГУ**

Кафедрой профилактической медицины к практическим занятиям по этой теме разработано соответствующее методическое пособие для студентов. В настоящее время сотрудниками ЦОРЗ совместно с кафедрой ведется совместная работа по обновлению и расширению доступного для подростков и молодежи методического материала. В частности, с учетом новых возможностей медико-санитарной части, современных сведений о репродуктивном здоровье молодежи, а также информации, собранной ЦОРЗ об уровне знаний и репродуктивном поведении пациентов центра, разработаны и сданы в печать новые краткие методические пособия для студентов и учащихся к практическим занятиям. Предполагается бесплатно распространять эти пособия на занятиях по репродуктивному здоровью в осеннем семестре 2008-2009 учебного года.

Параллельно с работой в университете по согласованию с областным Центром планирования семьи и репродукции и силами врача-методиста центра начата работа по информированию подростков-школьников о начале работы ЦОРЗ. Организовано проведение регулярных семинаров со школьниками старших классов в общеобразовательных учебных заведениях города Оренбурга по вопросам физиологии репродуктивной системы, контрацепции, и превентивного поведения. Семинары проходят в виде небольшой лекции и дискуссии, в ходе которой подростки имеют возможность задать специалисту любые интересующие вопросы и получить на них ответы. На семинарах организована демонстрация тематических фильмов. За период с декабря 2007 года по март 2008 года проведено 3 семинара с участием 55 человек в возрасте 14-16 лет.

На втором этапе реализации проекта (апрель-июнь 2008 г.) проведено 13 встреч-семинаров с учащимися общеобразовательных школ, в которых приняло участие 210 подростков. Занятия проводились врачом-методистом Областного центра планирования семьи и репродукции. Помимо областного центра планирования семьи и репродукции налажено сотрудничество с городским отделением планирования семьи муниципальной городской больницы №2. При финансовой поддержке Фонда «Здоровая Россия» в рамках реализации проекта в апреле-мае 2008 года проведено 10 встреч с подростками – учащимися профессиональных колледжей (208 человек). Занятия проведены заведующей городским отделением планирования семьи.

Перспектива расширения работы по вовлечению подростков из средних образовательных учреждений заключается в координации деятельности, по меньшей мере, трех лечебно-профилактических учреждений города Оренбурга: ЦОРЗ медико-санитарной части ОГУ (более 2000 обучающихся колледжей ОГУ и подростки-первокурсники в возрасте до 18 лет), городского отделения планирования семьи МГБ№2 (традиционно специализирующегося на работе со средними специальными учебными заведениями) и областным центром планирования семьи и репродукции (традиционно работающим с учащимися общеобразовательных школ).

Важной составляющей промоционной деятельности ЦОРЗ явилось участие в областных мероприятиях. Так медико-санитарная часть ГОУ ОГУ

приняли активное участие в проведении Дня детства. На открытой площадке перед зданием Правительства Оренбургской области МСЧ ГОУ ОГУ представила стенд с информацией о специалистах, времени работы и местонахождении центра. Сотрудники Центра информировали и консультировали подростков и их родителей об открытии ЦОРЗ, его работе, предлагали раздаточный материал. В самом Центре 17 мая был объявлен День открытых дверей. В этот день Центр и поликлинику посетило 155 человек.

Важной задачей промоционной деятельности ЦОРЗ является позиционирование его в системе лечебно-профилактических учреждений, в том числе в глазах населения региона. Такая работа начата в декабре 2007 года, при этом основное внимание было уделено региональным средствам массовой информации. С момента открытия ЦОРЗ за период с января по март 2008 года в центральных и местных печатных СМИ опубликована серия материалов о работе ЦОРЗ и проблемах репродуктивного здоровья молодежи. Кроме того, при поддержке регионального центра социальной информации была подготовлена и в январе 2008 года вышла в эфире телеканала «Домашний» специализированная передача «Про-здоровье» с участием координатора проекта. Репортажи, посвященные открытию ЦОРЗ и работе МСЧ ОГУ, а также интервью с главным врачом и заведующей студенческой поликлиникой МСЧ ГОУ ОГУ неоднократно выходили в новостных материалах программы «Здравствуйте».

24-26 июня 2008 года в соответствии с Приказом МЗиСР РФ №279 от 16.06.2008 г. в рамках мероприятий, посвященных году семьи, в Международном торговом центре (г. Москва) проведена школа-семинар по вопросу охраны здоровья детей. В рамках школы-семинара проведено совещание руководителей службы охраны материнства и детства субъектов Российской Федерации. В программе школы-семинара и совещания по приглашению департамента материнства и детства МЗиСР РФ 25.06.2008 г. были представлены опыт организации и предварительные итоги работы ЦОРЗ.

Одним из существенных факторов, сдерживающих планирование деятельности служб охраны репродуктивного здоровья молодежи в регионе, является отсутствие объективной информации об уровне знаний в молодежной среде, потребности в предоставлении консультационных и медицинских услуг, особенностях репродуктивного поведения, а также общем уровне лояльности к инициативам, подобным созданию ЦОРЗ. Отдельные социологические исследования, проведенные в предыдущие годы, либо устарели, либо ввиду отсутствия должной поддержки не доведены до уровня необходимой репрезентативности. В этой связи ЦОРЗ принято решение о начале социологического исследования среди подростков и молодежи региона. На предварительном этапе, учитывая опыт областного центра планирования семьи и репродукции и кафедры профилактической медицины ОГУ, в ЦОРЗ разработана анкета, включающая 9 вопросов об отношении анкетированного к своему репродуктивному здоровью. За период с января по март 2008 года на базе кафедры профилактической медицины проведена предварительная апробация анкеты на 316 студентах 1-2 курса ОГУ (средний возраст юношей

18,3 лет, девушек – 18,5 лет), не прошедших курс обучения на кафедре профилактической медицины по теме «Репродуктивное здоровье». Возрастной состав анкетированных представлен в таблице 3.

Таблица 3.

Распределение анкетированных по возрасту

Возраст, лет	Юноши		Девушки		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
16	2	1,54%	0	0,00%	2	0,63%
17	44	33,85%	46	24,73%	90	28,48%
18	42	32,31%	64	34,41%	106	33,54%
19	10	7,69%	34	18,28%	44	13,92%
20	20	15,38%	22	11,83%	42	13,29%
21	12	9,23%	14	7,53%	26	8,23%
22	0	0,00%	4	2,15%	4	1,27%
23	0	0,00%	2	1,08%	2	0,63%
ВСЕГО	130		186		316	

Наиболее существенным результатом предварительного этапа исследования явились данные об информативности разработанной анкеты и высоком уровне лояльности опрошенных к проблеме и предлагаемым методам ее разрешения. В частности, 61,3% юношей и 82,4% девушек утвердительно ответили на вопрос о потребности в дополнительной информации о репродуктивном здоровье (гендерные различия достоверны, $P < 0,05$). При этом используют или хотели бы использовать в качестве источника информации студенческую поликлинику 47,1% юношей и 64,8% девушек, а медицинский центр для подростков или молодежную клинику – 75,0% юношей и 83,1% девушек. Обращает на себя внимание не только достоверно большая заинтересованность девушек, но и достоверно более высокая лояльность к специализированному центру по сравнению со студенческой поликлиникой или (для юношей) кафедрой профилактической медицины (соответственно 53,2% и 79,4%). Кроме того, опрошенные проявили существенно меньший интерес к «телефону доверия» как источнику информации (30,6% юношей и 46,4% девушек). Таким образом, предпочтительным источником информации о репродуктивном здоровье для опрошенных является «специализированный центр для подростков или молодежная клиника», что указывает на оправданность вложенных ресурсов в создание ЦОРЗ.

Приведенные результаты носят характер предварительных в силу ограниченности выборки опрошенных. На втором этапе реализации проекта (апрель-июнь 2008 года) специалистами ЦОРЗ при сотрудничестве с кафедрой профилактической медицины ОГУ продолжена работа по анкетированию обучающихся в ОГУ. В настоящее время количество опрошенных превышает

1500 человек. Начата работа по обработке накопленных данных. Предполагается увеличение числа опрошенных до 3500-4000 человек (к декабрю 2008 года) в возрасте от 15 до 23 лет, расширение контингента за счет привлечения школьников и учащихся средних специальных учебных заведений (до 500 человек), а также колледжей ОГУ (до 500 человек). Кроме того, планируется провести изучение эффективности образовательной деятельности по вопросам охраны репродуктивного здоровья на базе кафедры профилактической медицины через тестирование обучающихся до и после проведения цикла лекций и практических занятий. Указанные исследовательские задачи планируется решить во втором полугодии 2008 года.

Проведение описанного социологического исследования преследует целью не только получение объективной информации об уровне восприятия подростками и молодежью проблемы своего репродуктивного здоровья. Полученные сведения станут весомым аргументом в диалоге с правительством области и руководством города в рамках обсуждения актуальности создания и развития служб охраны репродуктивного здоровья подростков.

РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СТУДЕНТОВ В ВУЗАХ В СВЯЗИ С ДЕМОГРАФИЧЕСКИМИ ПРОБЛЕМАМИ ОБЩЕСТВА

**Брудастов Ю.А., Корнеева С.К., Шестакова Т.П.
Оренбургский государственный университет**

Демографические проблемы в России, наблюдаемые и широко обсуждаемые сегодня, имеют глубокие исторические корни. Достаточно сказать, что по данным демографов ни одно поколение россиян, начиная с 1910 года, в полной мере себя не воспроизводило. Пережитый в 1990-е годы демографический спад – второй за последние полвека, предваряющий длительные среднесрочные неблагоприятные тенденции в популяции. Ситуационный анализ демографических проблем общества указывает на целый ряд вопросов, решения по которым еще только предстоит принять государству.

Наиболее важная демографическая проблема сегодня – это начало нового среднесрочного периода в развитии популяции, характеризующегося длительным (около 20 лет) и значительным сокращением доли трудоспособного населения. Так, согласно прогнозу Росстата от 2007 года, на протяжении 2008-2025 года естественная убыль трудоспособного населения составит около 15 миллионов человек, и это при существенно меньшей (примерно на 2 миллиона) суммарной естественной убыли.

На этом фоне ожидания, связанные с реализацией «Концепции демографической политики...», т.е. с государственной поддержкой рождаемости и мерами по сокращению смертности, лишь увеличат дисбаланс между потребностями общества и демографическими возможностями популяции.

Речь, прежде всего, идет о возрастающей сверхнагрузке на женское население России. Ключевыми факторами такого нарастания явятся социально-экономические. Так, переход к инновационной экономике и возрастающая потребность в более высоком уровне образованности и квалификации автоматически отодвинет «календарь рождений» и снизит и без того невысокую их интенсивность. Увеличение доли детей и пожилых людей (снижение коэффициентов поддержки пожилых людей и детей) в популяции резко увеличит экономическую нагрузку на семьи, что также автоматически станет сдерживающим фактором для рождения второго-третьего ребенка. При этом существующая перспектива роста расходов на образование детей и падения коэффициента замещения заработной платы пенсией только усугубляет указанные пессимистические прогнозы относительно успешности сегодняшней пронаталистской политики государства. Основными Названный перечень проблем можно продолжать, но даже указанные позволяют спроецировать максимальный интерес демографов, социологов и медицинских работников на сегодняшний контингент молодых людей в возрасте от 15 до 25 лет, на плечи которого ляжет основная в ближайшие 15-20 лет экономическая и

демографическая (репродуктивная) нагрузка. Причиной тому – простая и понятная всем истина – возраст интенсивного социального становления (образование, начало трудовой деятельности и т.п.) совпадает с наиболее благоприятным для деторождения возрастом.

Современные социальные тенденции в молодежной среде, помноженные на сегодняшние проблемы социального и, в частности, медицинского обеспечения молодежи в России (как и во многих странах мира), оборачиваются серьезными пробелами в системной организации социальных служб, целевая аудитория которых – молодые люди.

Применительно к медицинскому обслуживанию в перечне таких пробелов можно назвать следующие:

- Сокращение государственных социальных гарантий (в сфере оказания медицинской помощи, санитарно-эпидемиологического благополучия и гигиенической безопасности).
- Перегруженность муниципального первичного звена. Ликвидация подростковой службы.
- Неорганизованность в «организованных» коллективах (межведомственные проблемы, отсутствие функции первичной профилактики, кадровые проблемы и др.).
- Слабость материально-технической базы студенческих поликлиник, постоянная угроза их закрытия.
- Недостаток или отсутствие данных о состоянии здоровья, социальных предпочтениях, особенностях поведения (в т.ч. репродуктивного) молодых людей.

Указанные обстоятельства являются ключевыми аргументами в пользу развития вузовского здравоохранения. Дополнительным способствующим фактором является «мода на высшее образование», доминирующая в обществе. По нашему мнению, сегодняшняя ситуация может быть расценена как благоприятная для появления различных по организационно-правовому устройству вузовских медицинских подразделений, ориентированных на оказание всего комплекса мер первичной медико-санитарной помощи.

Очевидно, также, что пример медико-санитарной части Оренбургского государственного университета не является абсолютно приемлемым для всех вузов. В каждой конкретной ситуации вариантов построения может быть несколько. Однако сложившаяся схема взаимоотношений в системе «образование – здравоохранение – государственные внебюджетные фонды», воспроизведенная на примере медсанчасти ОГУ, может стать основой для построения подобных подразделений в других относительно крупных вузах страны.

В практической деятельности наибольшее внимание сегодня, по нашему мнению, должно быть уделено охране репродуктивного здоровья подростков и молодежи и всему связанному с этим комплексом мер первичной и медицинской профилактики. Сохранение репродуктивного потенциала и воспитание навыков ответственного репродуктивного поведения сегодняшних

студентов и при этом завтрашних родителей – главная задача медицинских учреждений (подразделений), работающих в организованных молодежных коллективах.

ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ВРОЖДЕННОЙ КРАСНУХИ

Коннов А.Д.

Оренбургский государственный университет

Краснуха - острая вирусная болезнь, характеризующая мелкопятнистой экзантемой, генерализованной лимфаденопатией, умеренно выраженной лихорадкой.

Источник инфекции – человек, больной краснухой. Вирус выделяется во внешнюю среду за неделю до появления сыпи и в течении недели после высыпания. Заражение происходит воздушно-капельным путем. Наибольшую опасность представляют больные субклинической формой краснухи, протекающей без сыпи, а также дети с врожденной краснухой, в организме которых вирус может сохраняться до полутора лет.

Краснуху принято считать легким заболеванием. Однако такое определение справедливо для течения этой инфекции у детей. Заболевание же краснухой беременных чревато серьезными последствиями для будущего ребенка.

По данным ВОЗ в 60-70-х годах по Европе прокатилась пандемия краснухи. Заболело более 50000 беременных женщин, что вызвало 11250 выкидышей и рождением около 30000 детей с синдромом врожденной краснухи, 11000 детей с глухотой, 3580 слепых детей и 1800 умственно отсталых.

При инфицировании женщины на первой неделе беременности поражение плода возникает в 80% случаев, на 2-4 неделе в 60%, на 5-6 неделе в 30% и на 9-12 неделе в 10%. При инфицировании на более поздних сроках вероятность развития врожденных пороков снижается, однако даже на пятом месяце еще существует такая опасность для 1 из 10.

Коварство вируса краснухи заключается в том, что при поражении беременных женщин он проходит через плаценту и может привести к развитию синдрома врожденной краснухи с тяжёлой хронической патологией и уродствами плода. Врожденная краснуха может повредить любой орган ребенка, но чаще всего наблюдаются:

1. Поражение глаз (катаракты).
2. Пороки сердца.
3. Глухота.
4. Поражение головного мозга.
5. Пороки развития скелета.
6. Пороки развития печени и селезенки.
7. Пороки развития мочеполовых органов.

Возможны также последствия в виде нарушений со стороны крови (гемолитическая анемия, тромбоцитопения).

Неблагоприятное влияние вируса краснухи на плод в первые 12 недель беременности проявляется также спонтанными абортами (30%), мертворожденными (20%), смертью в период новорожденности (20%).

Врожденная краснуха является причиной смерти в 20% случаев от числа всех умерших от внутриутробной инфекции.

Иммунизация студентов (девушки до 25 лет) ОГУ от краснухи проводится в соответствии с приказом Минздрава РФ от 27.06.2001г. «О национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям», постановления Главного государственного санитарного врача РФ от 3.11.06г. № 25 «О дополнительной иммунизации населения РФ». Необходимо отметить низкий процент привитых студентов от краснухи в 2005-06гг. из-за временного отсутствия прививочного материала в городе, а также не предоставлением частью студентов в поликлинику (более 500 в год) сведений о проделанных прививках (форма № 63), что увеличивало риск заражения краснухой, в том числе беременных женщин.

Таблица 1. Прививочная работа от краснухи в 2005-07гг.

Вид иммунопрофилактики	2005г.			2006г.			2007г.		
	План	Выполнение	%	План	Выполнение	%	План	Выполнение	%
Профилактика краснухи	2723	92	3	3523	0	0	1700	1700	100

Низкий процент привитых в 2005-06гг. привел к росту заболеваемости краснухой в 2006-07гг.

Таблица 2. Заболеваемость краснухой студентами ОГУ в 2005-07гг.

Заболевание	2005г.	2006г.	2007г.
Краснуха	11	23	24

С 2007г., в связи с реорганизацией здравпункта ОГУ в студенческую поликлинику, организация прививочной работы значительно улучшилась. Этому способствовало увеличение штата поликлиники, требование обязательного предъявления студентами формы № 63.

Таблица 3. Итоговые данные прививочной работы по краснухе (девушки до 25 лет) на 31.12.2008г.

Заболевание	Подлежало вакцинации	Вакцинировано	% вакцинации
Краснуха	6564	5949	90,6

По данным ФГУЗ Центра гигиены и эпидемиологии по Оренбургской области, в 2008г. среди студентов ОГУ зарегистрировано 7 случаев краснухи, что в 3,5 раза ниже, чем в 2007г.

По данным студенческой поликлиники ОГУ, в период 2006-08гг. заболевших краснухой среди беременных не было.

Профилактика синдрома врожденной краснухи заключается в следующем. Если планируется беременность, а женщина не знает, болела ли она краснухой или нет, то ей необходимо сделать анализ крови на наличие

антител к вирусу краснухи, чтобы определить наличие иммунитета к данному заболеванию, так как даже у привитых и переболевших женщин иммунитет может быть недостаточно сильным. Если в крови обнаруживаются антитела класса G (IgG), то иммунитет есть, значит, ребёнок защищён от этой болезни.

Необходимо учитывать то, что иммунитет у привитых сохраняется около 20 лет, а под видом краснухи могут протекать различные заболевания с мелкопятнистой экзантемой (аденовирусные и энтеровирусные заболевания, корь, инфекционный мононуклеоз, лекарственная экзантема, инфекционная эритема и т. д.).

При спорных результатах анализа необходимо обратиться к инфекционисту. При отсутствии антител к вирусу краснухи, женщине необходимо сделать прививку за 3 месяца до планируемой беременности. Причем, после прививки желательно сдать контрольный анализ на краснушные антитела, чтобы убедиться в том, что иммунитет выработан.

Если женщина беременна и находится в очаге краснушной инфекции, то она подлежит медицинскому наблюдению и серологическому обследованию для определения тактики предупреждения врожденных заболеваний новорожденного. Забор проб крови у беременных проводят одновременно с забором крови у первого больного в очаге.

В случае появления у беременной клинических признаков краснухи, проводится симптоматическое лечение. Беременную предупреждают о наличии риска врожденной патологии плода. Вопрос о прерывании беременности решается индивидуально после серологического подтверждения диагноза.

В случае отсутствия у беременной клинических признаков краснухи дальнейшая тактика определяется при серологическом обследовании по результатам иммуноферментного анализа (ИФА). Если при первом обследовании у беременной выявлены специфические IgG (при отсутствии IgM) к возбудителю краснухи в концентрациях (титрах) 25МЕ/мл и выше (условно защитный), то дальнейшее медицинское наблюдение за ней не проводится.

Если антитела (IgG и IgM) не обнаружены, беременной рекомендуется исключить контакт с больным краснухой, применять профилактические методы защиты и повторить обследование через 2 недели, в течение которых проводят медицинское наблюдение за беременной. При отрицательном результате повторного исследования через 2 недели проводят третье серологическое обследование, продолжая медицинское наблюдение за беременной. Если и при третьем обследовании антитела не выявлены, то беременную предупреждают о том, что она восприимчива (серонегативна) к возбудителю краснухи, и наблюдение прекращают. Если при первом обследовании в крови у беременной обнаружены специфические IgM к возбудителю краснухи, беременную предупреждают о наличии риска врожденной патологии плода. Через 2 недели после первого, проводят повторное серологическое обследование. При подтверждении диагноза вопрос о прерывании беременности решается индивидуально.

СКРИНИНГ ТРАНЗИТОРНОГО ГИПОТИРЕОЗА В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Конюхов А.В.

Оренбургский государственный университет

Известно, что клиническая диагностика транзиторного гипотиреоза в практических учреждениях здравоохранения затруднительна.

По данным иммунофлюоресцентных исследований к группе риска относят новорожденных с уровнем неонатального ТТГ от 20 до 50 МЕ/л. Представлялось важным оценить динамику и структуру этого показателя в многолетней динамике в Оренбургской области. Актуальность популяционной оценки определяется тем обстоятельством, что не выявленный и не скорректированный медикаментозными средствами в течение первого месяца после рождения транзиторный гипотиреоз может иметь следствием развитие необратимой умственной отсталости на всю жизнь, что оказывает негативное влияние, в том числе и на показатели репродуктивного здоровья.

Проведенный анализ динамики и уровней транзиторного гипотиреоза (табл.1, 2, 3, 4, 5) в отдельные периоды выявил сходные особенности с эпидемиологическим критерием ВОЗ.

Таблица 1. Динамика частотных характеристик транзиторного гипотиреоза ТТГ > 20 МЕ/л при неонатальном скрининге новорожденных в разрезе административных территорий Оренбургской области в 1995 – 1999 годах в %

Административные территории	1995	1996	1997	1998	1999
Бузулук	2,1	7,69	17,38	8,57	6,84
Медногорск	1,04	10,34	8,33	15,35	2,78
Новотроицк	4,18	7,69	17,83	30,44	25,84
Оренбург	2,53	5,69	11,08	2,69	2,23
Орск	3,1	5,05	6,31	5,62	8,75
Абдулинский	1,45	13,97	18,42	13,96	7,69
Адамовский	9,63	4,6	5,22	15,05	26,51
Акбулакский	1,14	0	23,75	9,14	2,94
Александровский	8,16	8,11		26,17	2,86
Асекеевский	10,59	3,3	10,26	8,33	3,13
Беляевский	0	4,41	7,32	11,83	5,26
Бугурусланский	3,12	19,22	20,78	37,56	12,59
Бузулукский	2,1	7,69	17,38	8,57	6,84
Гайский	2,6	11,97	6,67	14,58	12,5
Грачевский	19,61	5,98	20,83	25	23,81
Домбаровский	0	7,5	17,14	17,43	3,23

Илекский	0	17,22	9	10,33	
Кваркенский	2,06	8,05	6,25	16,26	20
Красногвардейский	2,6	17,92	16,28	20,11	8,7
Кувандыкский	10,46	7,91	6,45	12,18	5,26
Курманаевский	0	4		38,64	25
Матвеевский	3,12	18,75	13,33	27,96	39,13
Новоорский	2,65	6,71	11,65	6,72	4,54
Новосергеевский	4,17	24,69	3,7	14,92	4,17
Октябрьский	0	13,43	8	3,25	5
Оренбургский	2,53	5,69	11,08	2,69	2,23
Первомайский	0	14,78	6,06	23,73	
Переволоцкий	0	12	11,84	5,86	
Пономаревский	10,87	3,41	10	10,92	13,33
Сакмарский	0	13,09	11,39	11,63	
Саракташский	9,52	4,17	14	10,26	13,16
Светлинский	4,82	4,35	7,14	19,53	45,45
Северный	6,61	8,43	5,61	5,26	
Соль-Илецкий	2,55	18,27	21,58	16,01	
Сорочинский	2,52	15,53	19,55	20,13	16,22
Ташлинский	3,48	5,71	16,13	7,3	
Тоцкий	1,22	1,39	12,12	8,29	1,64
Тюльганский	0	7,89	9,09	4,51	
Шарлыкский	15,33	25,64		14,61	5,77
Ясненский	0	3,54	2,5	16,6	10,71
Среднеобластной	3,96	8,87	12,34	10,18	6,46

Таблица 2. Динамика частотных характеристик транзиторного гипотиреоза ТТГ > 20 МЕ/л при неонатальном скрининге новорожденных в разрезе административных территорий Оренбургской области в 2000 – 2004 годах в %

Административные территории	2000	2001	2002	2003	2004
Бузулук	1,96	2,99	0,05	0,42	0
Медногорск	0,6	1,92	0	0	0
Новотроицк	3,68	2,3	0	0	0,14
Оренбург	0,55	0,89	0,77	0,07	0,12
Орск	1,25	2,13	0,3	0,03	0
Абдулинский	1,88	2,67	1,19	0	0
Адамовский	2,01	6,54	0	0	0,32
Акбулакский	0,66	4,14	0	0	0
Александровский	0,96		0	0	0

Асекеевский	3,55	18	0,93	0	0
Беляевский	3,37	15	0	0,47	0
Бугурусланский	9,29	12,05	1,3	0,9	0,71
Бузулукский	1,96	2,99	0,05	0,42	0
Гайский	2,12	6,32	1,26	0,26	0
Грачевский	6,41	6,25	2,56	0,73	0
Домбаровский	2,4	3,12		0	0,56
Илекский	4,83	5,21	1,34	0	0
Кваркенский				0	0
Красногвардейский	3,36	14,81	1,85	0	1,15
Кувандыкский	2,83	5,42		0	0,2
Курманаевский	25	5,13	2,08	0	0
Матвеевский	7,06	9,23	1,75	0,8	0
Новоорский	2,63	0,59		0	0
Новосергеевский			0,59	1,15	0
Октябрьский	6,73			0	0
Оренбургский	0,55	0,89	0,77	0	0
Первомайский		1,61		0	0
Переволоцкий	3,91	3,85	0,78	0,38	1,28
Пономаревский	2,04	5,88		0,7	0
Сакмарский	1,67	15,15	0,77	0	0,46
Саракташский		3,12	0,68	0	0
Светлинский				0,47	0,99
Северный	1,32	4,92		0	0
Соль-Илецкий	1,98	0,47		0	0
Сорочинский	6,78	5,65	1,16	0,23	0,53
Ташлинский		4,76		0	0,69
Тоцкий	6,08	1,82	0,53	1,66	0
Тюльганский	2,56	3,23	0,63	0	0
Шарлыкский	0,88			0	0
Ясненский	0,71	3,87		0	0
Среднеобластной	2,01	2,85	0,5	0,14	0,14

Таблица 3. Сравнительная характеристика среднееголетних уровней частотных характеристик транзиторного гипотиреоза ТТГ > 20 МЕ/л в разные периоды времени в %

Административные территории	Частотные характеристики неонатального ТТГ > 20МЕ/л	
	1995-1999 гг.	2000-2004 гг.
Бузулук	8,52	1,08
Медногорск	7,57	0,50

Новотроицк	17,20	1,22
Оренбург	4,84	0,48
Орск	5,77	0,74
Абдулинский	11,10	1,15
Адамовский	12,20	1,77
Акбулакский	7,39	0,96
Александровский	11,33	0,24
Асекеевский	7,12	4,50
Беляевский	5,76	3,77
Бугурусланский	18,65	4,85
Бузулукский	8,52	1,08
Гайский	9,66	1,99
Грачевский	19,05	3,19
Домбаровский	9,06	1,52
Илекский	9,14	2,28
Кваркенский	10,52	0,00
Красногвардейский	13,12	4,23
Кувандыкский	8,45	2,11
Курманаевский	16,91	6,44
Матвеевский	20,46	3,77
Новоорский	6,45	0,81
Новосергеевский	10,33	0,58
Октябрьский	5,94	2,24
Оренбургский	4,84	0,44
Первомайский	11,14	0,54
Переволоцкий	7,43	2,04
Пономаревский	9,71	2,16
Сакмарский	9,03	3,61
Саракташский	10,22	0,95
Светлинский	16,26	0,73
Северный	6,48	1,56
Соль-Илецкий	14,60	0,61
Сорочинский	14,79	2,87
Ташлинский	8,16	1,82
Тоцкий	4,93	2,02
Тюльганский	5,37	1,28
Шарлыкский	15,34	0,29
Ясненский	6,67	1,15
Среднеобластной	8,36	1,13

Таблица 4. Ранжирование территорий Оренбургской области по среднемуголетнему уровню частотных характеристик транзиторного гипотиреоза ТТГ > 20 МЕ/л при неонатальном скрининге новорожденных в %

Административные территории	Среднеголетний уровень 1995-2004 гг.	Ранг
Матвеевский	12,11	1
Светлинский	11,82	2
Бугурусланский	11,75	3
Грачевский	11,12	4
Курманаевский	11,09	5
Новотроицк	9,21	6
Шарлыкский	8,89	7
Сорочинский	8,83	8
Красногвардейский	8,68	9
Соль-Илецкий	7,61	10
Кваркенский	7,52	11
Адамовский	6,99	12
Новосергеевский	6,67	13
Первомайский	6,60	14
Пономаревский	6,35	15
Абдулинский	6,12	16
Саракташский	6,10	17
Сакмарский	6,02	18
Гайский	5,83	19
Асекеевский	5,81	20
Александровский	5,78	21
Домбаровский	5,71	22
Кувандыкский	5,63	23
Ташлинский	5,44	24
Илекский	5,33	25
Бузулук	4,80	26
Бузулукский	4,80	27
Беляевский	4,77	28
Октябрьский	4,55	29
Переволоцкий	4,43	30
Ясенский	4,21	31
Акбулакский	4,18	32
Медногорск	4,04	33
Северный	4,02	34
Новоорский	3,94	35
Тоцкий	3,48	36

Орск	3,25	37
Тюльганский	3,10	38
Оренбург	2,66	39
Оренбургский	2,64	40
Среднеобластной	4,75	

Таблица 5. Максимальные уровни частотных характеристик транзиторного гипотиреоза ТТГ > 20 МЕ/л при неонатальном скрининге новорожденных в разрезе административных территорий Оренбургской области в %

Административные территории	Максимальные уровни йодной недостаточности		
	% > 20 МЕ/л	Год регистрации	Ранг
Грачевский	50,98	1996	1
Светлинский	45,45	1999	2
Матвеевский	39,13	1999	3
Курманаевский	38,64	1998	4
Бугурусланский	37,56	1998	5
Новотроицк	30,44	1998	6
Адамовский	26,51	1999	7
Александровский	26,17	1998	8
Шарлыкский	25,64	1996	9
Новосергеевский	24,69	1996	10
Акбулакский	23,75	1997	11
Первомайский	23,73	1998	12
Соль-Илецкий	21,58	1997	13
Сорочинский	20,13	1998	14
Красногвардейский	20,11	1998	15
Кваркенский	20	1999	16
Абдулинский	18,42	1997	17
Асекеевский	18	2001	18
Домбаровский	17,43	1998	19
Бузулук	17,38	1997	20
Илекский	17,22	1996	21
Ясненский	16,6	1998	22
Ташлинский	16,13	1997	23
Медногорск	15,38	1998	24
Сакмарский	15,15	2001	25
Беляевский	15	2001	26
Гайский	14,58	1998	27
Саракташский	14	1997	28
Октябрьский	13,43	1996	29
Пономаревский	13,33	1999	30
Кувандыкский	12,18	1998	31

Тоцкий	12,12	1997	32
Переволоцкий	12	1996	33
Новоорский	11,65	1997	34
Оренбург	10,08	1997	35
Оренбургский	10,08	1997	36
Тюльганский	9,09	1997	37
Орск	8,75	1999	38
Северный	8,43	1996	39
Среднеобластной	12,34	1997	

Вместе с тем в период ликвидации йодного дефицита (2003) выявлена наибольшая кратность снижения именно по группе транзиторного гипотиреоза (табл. 6), что свидетельствует о его коррегируемости средствами первичной профилактики.

Таблица 6. Характеристика частотных характеристик неонатального ТТГ в крови новорожденных в гигиенически значимых диапазонах концентраций и кратность различия в периоды альтернативных уровней риска йодной недостаточности

Год	Уровень ТТГ в крови новорожденных		
	> 5 МЕ/л	> 20 МЕ/л	> 50 МЕ/л
	P + m %	P + m %	P + m %
1997	33,9 \pm 0,53	12,34 \pm 0,49	0,13 \pm 0,05
2003	2,86 \pm 0,16	0,14 \pm 0,02	0,03 \pm 0,01
Кратность различия 2003 г. по сравнению с 1997 г. (раз)	11,8*	88,14*	4,3*

* - разница показателей статистически достоверна ($p < 0,001$).

С другой стороны, выявленные опережающие темпы снижения в группе новорожденных с уровнем ТТГ > 20 МЕ/л диктуют необходимость дополнительного изучения эпидемиологии транзиторного гипотиреоза с целью возможного обоснования новых, более информативных критериев оценки в системе социально-гигиенического и экологического мониторинга, что не является задачей настоящей работы, в которой изучение транзиторного гипотиреоза ограничивается контингентами городского и сельского населения, распределением по половому признаку и согласованием.

Представлялось очевидным, что наиболее важное значение изучение этих особенностей имеет в выявленной группе новорожденных с транзиторным гипотиреозом в диапазоне > 20 МЕ/л, отличающейся наибольшей кратностью снижения (различий) в альтернативные периоды риска йодной недостаточности.

Доказано, что в 1997 году распространенность транзиторного гипотиреоза ТТГ > 20 МЕ/л не имела существенных различий между городской и сельской местностью (табл. 7), что согласуется с аналогичной особенностью в группе новорожденных с уровнем ТТГ > 5 МЕ/л.

Таблица 7. Распространенность транзиторного гипотиреоза ТТГ > 20

МЕ/л среди новорожденных в городской и сельской местности Оренбургской области в периоды альтернативных уровней риска йодной недостаточности в расчете на 1 тысячу

Год	Местность		t
	городская	сельская	
	$P \pm m$	$P \pm m$	
1997	11,89±0,67	12,80±0,73	0,9
2003	0,07±0,02	0,25±0,05	3,4

t – критерий достоверности разницы показателей между городской и сельской местностью.

В 2003 году выявлена достоверно более высокая распространенность $0,25 \pm 0,05$ на 1 тысячу новорожденных в сельской местности по сравнению с городской $0,07 \pm 0,02$ на 1 тысячу ($p < 0,001$), причем статистическая значимость различия по критерию Стьюдента значительно выше по сравнению с группой новорожденных с уровнем ТТГ > 5 МЕ/л, что является дополнительным гигиеническим обоснованием необходимости развернутого изучения эпидемиологии транзиторного гипотиреоза.

Известно, что женщины болеют эндемическим зобом значительно чаще, чем мужчины, однако в форме Ф. 63 Федерального государственного статистического наблюдения не предусмотрена отдельная отчетность среди мужчин и женщин.

Работ по изучению распространенности транзиторного гипотиреоза у мальчиков и девочек нами также не обнаружено, поэтому представлялось важным оценить эту характеристику биологического ответа популяции по имеющимся данным 2001-2004 годов в реперезентативной выборке 70635 новорожденных, обследованных на уровне ТТГ в крови.

Установлено, что в 2003 году транзиторный гипотиреоз (табл. 8) у девочек регистрировалась в 9,7 раза чаще, чем у мальчиков, причем по мере снижения дефицита относительный риск транзиторного гипотиреоза у девочек по сравнению с мальчиками вырос с 4,76 в 2001 году до 9,89 в 2004 году, причем как в отдельные годы, так и по среднескользящим данным различия были статистически достоверны ($p < 0,001$), что диктует целесообразность внесения соответствующих дополнений в отчетность на федеральный уровень и дополнительного изучения этого критерия в рамках специального эпидемиологического исследования.

Таблица 8. Распространенность транзиторного гипотиреоза ТТГ > 20 МЕ/л среди новорожденных мальчиков и девочек в Оренбургской области в расчете на 10 тысяч

Год	Мальчики	Девочки	ОР	t
	$P \pm m$	$P \pm m$		
2001	40,79 ± 10,0	194,31 ± 21,8	4,76	2,4
2002	7,98 ± 3,2	65,08 ± 9,1	8,15	5,9
2003	2,79 ± 1,6	26,96 ± 4,8	9,66	4,6
2004	2,72 ± 1,6	26,90 ± 4,8	9,89	4,6

Среднемноголетние 2001-2004	13,57 ± 1,96	78,31 ± 4,69	5,77	12,9
--------------------------------	--------------	--------------	------	------

t – критерий достоверности различий в показателях между девочками и мальчиками;

ОР – относительный риск транзиторного гипотиреоза у девочек по сравнению с мальчиками.

Выводы:

1. Региональная структура биологического ответа популяции в гигиенически значимых диапазонах концентраций в период отсутствия йодной профилактики характеризуется высоким удельным весом новорожденных с уровнем ТТГ 20-49,9 МЕ/л – 12,21% и ≥ 50 МЕ/л – 0,13%. В 2003 году региональная структура биологического ответа принципиально отлична и характеризуется доминированием в структуре новорожденных с уровнем ТТГ < 5 МЕ/л – 97,14%.

2. Установлено, что наибольшей кратностью снижения частотных характеристик в региональной структуре биологического ответа отличается группа новорожденных с уровнем ТТГ > 20 МЕ/л – в 88,14 раз; несколько ниже группа новорожденных с уровнем ТТГ > 5 МЕ/л – в 11,8 раза; самая инертная группа с уровнем > 50 МЕ/л – в 4,3 раза.

3. В 2003 году выявлена достоверно более высокая распространенность транзиторного гипотиреоза >20 МЕ/л $0,25 \pm 0,05$ на 1 тысячу новорожденных в сельской местности по сравнению с городской $0,07 \pm 0,02$ на 1 тысячу ($p < 0,001$), причем статистическая значимость различия по критерию Стьюдента значительно выше по сравнению с группой новорожденных с уровнем ТТГ > 5 МЕ/л.

4. Установлено, что в 2003 году транзиторный гипотиреоз >20 МЕ/л у девочек регистрировалась в 9,7 раза чаще, чем у мальчиков, причем по мере снижения дефицита относительный риск транзиторного гипотиреоза у девочек по сравнению с мальчиками вырос с 4,76 в 2001 году до 9,89 в 2004 году.

Практические рекомендации:

1. Провести эпидемиологические исследования по обоснованию критериев донозологической популяционной диагностики йодной недостаточности с использованием количественных параметров неонатального ТТГ.

2. Ввести отдельную отчетность (мальчики, девочки) по неонатальному скринингу в Федеральный центр неонатального скрининга.

3. Изучить эпидемиологию транзиторного гипотиреоза и обосновать новые критерии оценки в системе экологического и социально-гигиенического мониторинга.

ВЫБОРОЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ И МЕДИЦИНСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИННГА НОВОРОЖДЕННЫХ

Конюхов В.А.

Оренбургский государственный университет

В современных условиях рутинная процедура скриннинга новорожденных на врожденный гипотиреоз – единственный и эффективный способ раннего выявления и последующей медикаментозной коррекции врожденного гипотиреоза, обеспечивающий предупреждение развития умственной отсталости у ребенка. Известна и высокая экономическая эффективность: стоимость затрат на организацию скриннинга в 4 раза меньше стоимости лечения поздно выявленного ребенка (без гарантии эффективного лечения). В развитых странах начало внедрения государственной системы неонатального скриннинга – 1973 г. (Канада, Квебек). В России система начала внедряться с 1992 г., в Оренбургской области с 1994 г. Принципиальное отличие организации работы в развитых странах – жесткое регламентирование сроков начала заместительной терапии после выявления новорожденного с повышенным уровнем ТТГ (12-15 дней) при невыполнении которых страховые компании и(или) мед. учреждения обязаны возместить вред здоровью.

В России в методических рекомендациях срок 1 месяц носит рекомендательный характер и ответственность за его нарушение не предусмотрена. С другой стороны в условиях неразвитой инфокоммуникационной структуры и громадной территории в большинстве регионов имеется единственная медико-генетическая лаборатория, которая собирает и исследует материал из родильных домов и отделений.

Нами проведен анализ своевременности сообщения о результатах анализа крови новорожденных по месту жительства (табл.) в группах высокого риска транзиторного гипотиреоза (ТТГ > 20 МЕ/л).

Таблица. Эколого-гигиеническая оценка своевременности сообщения по месту жительства о результате анализа в группе новорожденных высокого риска транзиторного гипотиреоза в %

	Сообщение о результате анализа от даты рождения на					
	28 день	30-60 дней	61-90 дней	91-134 дней	Не сообщено	Нет даты
%	2,3	4,5	20,4	56,8	11,4	2,3

Как видно из таблицы эффективность скриннинга составляет всего лишь 2,3%, основная же масса сообщений делается через 3,5-4 месяца, когда появляются клинические признаки и помочь ребенку уже невозможно. Проблема требует срочного решения в плане развития инфокоммуникации и обеспечения выходом в Internet (электронная почта) как самой медико-генетической консультации, так и всех лечебных учреждений области,

оказывающих медицинскую помощь детям. Ежегодный экономический ущерб от низкой эффективности скриннинга составляет около 4 млн. руб. (бесполезная трата бюджетных средств и расходных материалов). С другой стороны необходимо выделение средств в первую очередь сельским роддомам для оплаты доставки материала курьерской экспресс-почтой, а не с налаженной от случая к случаю, как это делается в настоящее время.

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ КРАСНУХОЙ И УРОВНЕМ ТТГ В КРОВИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Конюхов В.А.

Оренбургский государственный университет

Влияние заражения беременной женщины краснухой на репродуктивную функцию достаточно изучено, что определило рекомендацию о прерывании беременности если заражение произошло в первые 3 месяца. Однако подобная тактика возможна только в клинически выраженных случаях. Вместе с тем хорошо известно, что среди взрослого населения соотношение клинически выраженной и бессимптомной инфекции составляет 1:6.

С другой стороны щитовидная железа у плода формируется также в первые 12 недель беременности и испытываемый беременной женщиной в этот период йодный дефицит особенно пагубно отражается на репродуктивной функции, объективным критерием оценки которой может служить уровень ТТГ в крови новорожденных, что широко используется для раннего выявления и коррекции в ходе неонатального скрининга.

Представлялось важным оценить взаимосвязь между заболеваемостью краснухой и частотными характеристиками неонатального в крови ТТГ (>5МЕ/г), используемого для оценки степени тяжести йодного дефицита в соответствии с рекомендациями ВОЗ (WHO, 2001).

В качестве материала использованы опубликованные в госдокладах данные о заболеваемости краснухой среди населения Оренбургской области и результаты исследования крови новорожденных в ходе неонатального скрининга на базе областной детской клинической больницы.

Эпидемиологический анализ заболеваемости краснухой за 20 летний период (с 1988г.) позволил выделить 2 полных эпидемиологических цикла с 1988 по 1994гг. (максимальный уровень в 1994г.) и с 1995 по 2001гг. (максимальный уровень 2001г.) в период до начала массовой вакцинации и 1 незавершенный (неполный цикл) – с 2002-2008 гг. после проведения в 2002-2003гг. массовой вакцинации, что привело к резкому снижению заболеваемости среди населения.

Проведенный анализ йодной обеспеченности (рис.) выявил важную закономерность. В 2001г. на фоне эпидемии краснухи при хорошо налаженной йодной профилактики темпы снижения йодного дефицита снизились в 5 раз!!! Таким образом, имеются основания полагать, что сочетанное влияние эпидемии краснухи и природно-обусловленного дефицита йода увеличивают риск нарушений репродуктивного здоровья. При этом долевой вклад эпидемии краснухи в популяционном критерии йодной обеспеченности составляет не менее 5%. С другой стороны становится очевидным, что объективная оценка степени тяжести йодного дефицита по критериям ВОЗ без учета эпидемиологической ситуации по краснухе может привести некорректной оценке, что необходимо учитывать при организации мониторинга здоровья по биологическим параметрам.

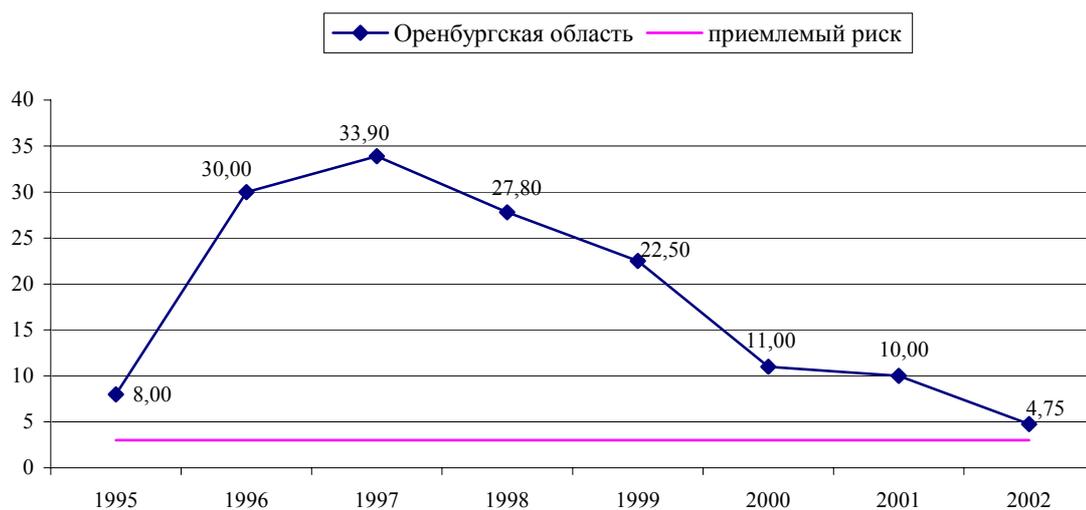


Рис. 1. Динамика йодной обеспеченности населения Оренбургской области по эпидемиологическому критерию неонатального скрининга в %.

ЙОДНЫЙ ДЕФИЦИТ – УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ – РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Конюхов В.А.

Оренбургский государственный университет

Одной из основных причин, определяющих ухудшение состояния здоровья детей и подростков является прогрессирующее ухудшение состояния психического здоровья, в том числе уже в ранние периоды детства.

При этом распространенность психической патологией (на 100 тысяч населения соответствующего возраста) на 21% выше среди детей старшего подросткового возраста (3286,7), чем среди детей до 14 лет (2720,4). За последние 5 лет распространенность психической патологией среди детей до 14 лет увеличилась на 16,7%, среди подростков – на 2,5%. Структура патологии при этом остается стабильной: среди детей 31,0% - умственная отсталость, среди подростков на первом месте – умственная отсталость (50,3%), на втором – непсихотические психические расстройства (43,9%), на третьем месте - психозы (5,8%).

Двадцатилетний мониторинг психического здоровья детей раннего возраста, проводимый Научным центром психического здоровья, показал, что если в начале 80-х годов на 100 малышей до 3 лет приходилось 9 – с психическими нарушениями и 30 – составляли группу риска, то к концу 90-х годов таких детей выявилось 15,5 и 35 соответственно. По данным Минобороны России среди заболеваний, послуживших причиной освобождения юношей от призыва на военную службу, более 20% приходится на психические расстройства, а в структуре заболеваний, явившихся причиной увольнения из войск в первые 3 месяца после призыва психические нарушения занимают первое место (39%). Низкий уровень психического здоровья опосредует высокую частоту пограничных психических расстройств среди детей (от 22,5 до 71% по разным регионам). Более 70% учащихся общеобразовательных школ испытывают серьезные затруднения в освоении базовой школьной программы. Появился и получил распространение феномен «подросткового» материнства, что негативно отражается как на здоровье новорожденного, так и юных матерей [«Сохранение репродуктивного потенциала подростков». Пресс-релиз // Здоровье населения и среда обитания, 2001. - №7. – С. 30-32.]

Большинство современных авторов рассматривают эти явления через призму социально обусловленных причин, кризисом семейных отношений, недостаточным воспитанием.

Между тем, если учесть, что репродуктивный потенциал – явление отсроченное от рождение ребенка и в репродуктивный период вступают поколения родившиеся после 1991 г. (начало разрушения и полное разрушение к 1995 г. государственной системы йодной профилактики), а основной причиной умственной отсталости [ВОЗ, 1991] является именно йодный дефицит, становится понятной цепочка причинно-следственных зависимостей в

системе: йодный дефицит – умственная отсталость – отклонения в репродуктивном здоровье подростков (рис.).

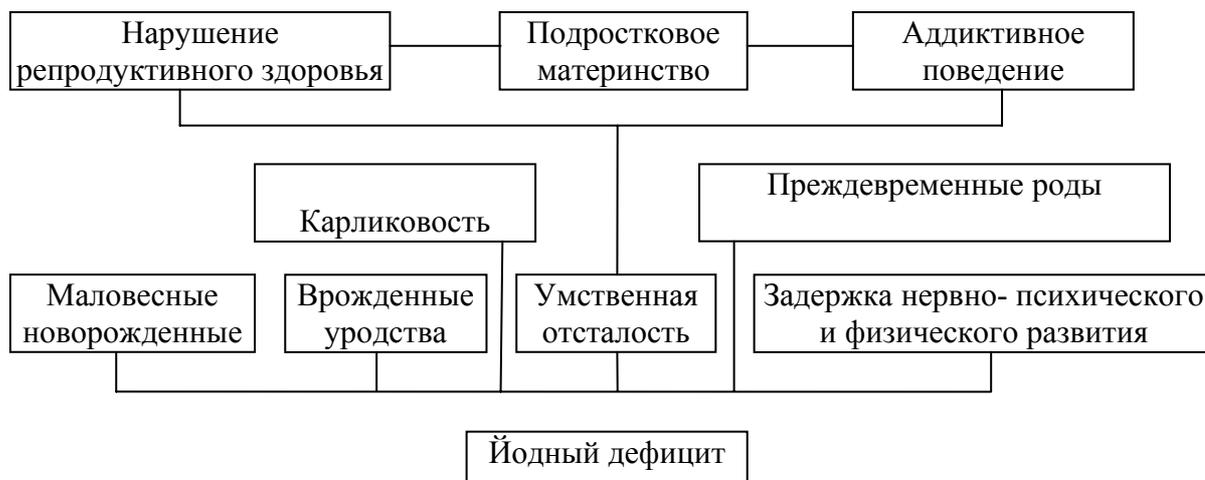


Рис. Причинно-следственная последовательность «йодный дефицит – умственная отсталость – нарушение репродуктивного здоровья».

Если учесть, что наиболее тяжелый йодный дефицит испытывают беременные и их дети из социально-незащищенных слоев населения, становится объяснимой основная причина, на которой необходимо сосредоточить внимание еще до рождения ребенка. Следует также отнести к непосредственным нарушениям репродуктивного здоровья – рост болезней у беременных, осложнение в родах, рождение неполноценного потомства в дополнение к отдаленным нарушениям у их детей.

К ВОПРОСУ О ВЗАИМОСВЯЗИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КРАСНУХОЙ И РИСКЕ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Конюхова Л.В.

Оренбургский государственный университет

Взаимосвязь между заражением краснухой беременной женщины (особенно в первые 3 месяца беременности) и нарушением репродуктивного здоровья (поражение плода, мертворождаемость, врожденные уродства, врожденная краснуха и п.д.) достаточно изучены. Угроза репродуктивному здоровью воспринималась как неизбежная, поэтому при заражении краснухой в первые 3 месяца беременности рекомендовалось прерывание беременности (правда открытым оставался вопрос о бессимптомной инфекции, которую не выявляли и таким образом вертикальная передача от матери к плоду все равно происходила).

Считалось, что источником инфекции является больной клинически выраженной формой (заразность с 7-8 дня инкубационного периода до 1-4 дня с момента появления сыпи) или бессимптомно протекающей инфекции. При этом представление о риске заражения формировалось с учетом соотношения между клинически выраженными и бессимптомными формами 1:3 среди детей и 1:8 среди взрослых (Черкасский Б.Л., 1994). Владея статистикой зарегистрированной заболеваемости несложно рассчитать относительные риски заражения и совершенно неизбежных при этом нарушений репродуктивного здоровья. За 20 летний период наших наблюдений максимальный популяционный риск для женщин детородного возраста составил 6 на 1 тысячу. Вместе с тем, эпидемиологические исследования, проведенные во многих развитых странах, показали, что к 10 годам более половины детей имеют краснушные гемагглютинины в крови, а к 20 годам – около 95%. Таким образом, становится очевидным, что риски, рассчитанные на традиционных, общепринятых представлениях занижены в десятки и сотни раз. Учитывая свойственную эпидемическому процессу при краснухе периодичность (3-4 года) и цикличность (7-10 лет) нами предложено принять допущение, что минимальный усредненный популяционный риск за период эпидемиологического цикла составляет 5 на 100 в год, в этом случае суммарный популяционный риск составит 50 на 100 в течение цикла. В этом случае относительный риск нарушения репродуктивного здоровья для женщин детородного возраста можно рассчитать по формуле в любой год эпидемического цикла.

$$P_1 = \frac{50 \times d_1}{100} = \frac{\frac{O_1}{O_1 + O_2 + O_3 + \dots} \times 100}{2}$$

P_1 – риск нарушений репродуктивного здоровья в связи с возможным

заражением краснухой в первый год эпидемического цикла в %.

d_1 – долевой вес относительного показателя заболеваемости краснухой в первый год эпидемического цикла.

$O_1, O_2, O_3 \dots$ - относительные показатели заболеваемости краснухой в отдельные годы эпидемиологического цикла.

В качестве примера приводится (табл.) рассчитанные риски нарушения репродуктивного здоровья в период с 1988-1994 гг. (полный эпидемический цикл).

Таблица. Взаимосвязь риска нарушений репродуктивного здоровья и заболеваемости краснухой в период эпидемиологического цикла

Критерии	Года						
	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Заболеваемость краснухой на 100 тыс.	105,0	107,4	117,0	131,8	45,8	30,9	201,1
Долевые веса в %	14,2	14,5	15,8	17,9	6,2	4,2	27,2
Риск нарушений репродуктивного здоровья в %	7,1	7,2	7,9	8,9	3,1	2,1	13,6
Относительный риск	3,4	3,4	3,8	4,2	1,5	1,0	6,5

Как видно из таблицы риски нарушений репродуктивного здоровья от 2,1 до 13,6% чрезвычайно высоки и представляют угрозу для здоровья женщин детородного возраста. Вместе с тем в отдельные годы эпидемиологического цикла они существенно различаются. Самый низкий риск в 1993 году (принят за фоновый), самый высокий – в 6,5 раз, превышающий фоновый в 1994 г.

Предложенный подход позволяет не только рассчитать количественные параметры рисков (угрозу), но и осуществить прогноз на следующий эпидемический цикл. В условиях Оренбургской области, следующие циклы 1995-2001 гг. и 2002-2008 гг. Вместе с тем имеются особенности интерпретации риска в периоды до и после начала массовой вакцинации. После достижения 95% охвата прививками рассчитанный на модели предыдущего цикла прогноз риска описывается, как предотвращенный и отражает эффективность работы по охране репродуктивного здоровья. С другой стороны анализ риска позволяет сделать однозначный вывод о необходимости массовой вакцинации женщин детородного возраста и детей предотвращения угроз здоровью.

О НЕОБХОДИМОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ МОНИТОРИНГА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ

Конюхова Л.В.

Оренбургский государственный университет

Врожденные пороки развития являются важным критерием репродуктивного здоровья.

В соответствии с действующими приказами МЗ и СР РФ ведение мониторинга врожденных пороков развития возложено на лечебно-профилактические учреждения и медико-генетические консультации (лаборатории).

Вместе с тем в этих документах не определены четко функции учреждений Роспотребнадзора и порядок их взаимодействия с системой мониторинга врожденных пороков развития, что затрудняет обоснование и поиск причин их развития и проведение целенаправленных профилактических мероприятий. В итоге информационная технология мониторинга недостаточно эффективна.

Проведенный нами системный анализ позволил обосновать необходимость и сформулировать следующие предложения по оптимизации мониторинга врожденных пороков:

1. Внести дополнения в приказ № 268 Минздрава РФ с учетом необходимости четкого определения функций и задач учреждений Роспотребнадзора и порядка их взаимодействия с системой мониторинга врожденных пороков основанных на следующих моментах:

- система мониторинга врожденных пороков в регионе (области) должна включать не одну (как сейчас), а две подсистемы. Первая – должна основываться на единой унифицированной форме сбора эпиданамнеза (анкета, карта, эпидрасследования и т.п.) и должна заполняться в лечебно-профилактическом учреждении являясь информационной основой регионального клинического (эпидемиологического) регистра, вторая – должна основываться на единой унифицированной форме сбора данных о санитарно-гигиенических характеристиках профмаршрута, условий проживания, водоснабжения, оценки природно и социально обусловленных факторов риска и т.д. и должна заполняться в ЦГСЭН являясь информационной основой регионального гигиенического регистра.

- предусмотреть передачу унифицированных форм клинического регистра в учреждения Роспотребнадзора вместе (или вместо) экстренных извещений.

2. Необходима централизованная разработка единого, совместимого программного обеспечения для учета, регистрации унифицированных форм, а также их статистической разработки и анализа (в том числе многофакторного) на уровне обеих подсистем.

3. С целью исключения дублирования при вводе унифицированных форм, протоколов диагностики и т.п. необходимо предусмотреть безбумажный обмен информацией между медико-генетической консультацией (центром) и учреждениями Роспотребнадзора.

4. Необходимо предусмотреть финансирование учреждений Роспотребнадзора с возложением на них функций по эпидемиологическому анализу, обоснованию причинно-следственных связей и т.п. в рамках региональных систем социально-гигиенического мониторинга.

5. Унифицированные формы необходимо дополнить с учетом природных, социально-обусловленных факторов риска, санитарно-гигиенических условий, не включенных в действующую систему мониторинга.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ЦЕНТРА ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ ОГУ

**Корнеева С.К., Брудастов Ю.А.
Оренбургский государственный университет**

В 2007 году по результатам конкурса, проведенного Фондом «Здоровая Россия» (ФЗР) и Министерством здравоохранения и социального развития РФ (март 2007 года), и в рамках двустороннего соглашения между ФЗР и МСЧ ГОУ ОГУ начата реализация проекта по созданию Центра охраны репродуктивного здоровья подростков и молодежи (далее ЦОРЗ) на базе Представительства государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Оренбургский государственный университет» – медико-санитарной части (далее МСЧ ГОУ ОГУ). Проект носит статус пилотного и является результатом совместной деятельности медико-санитарной части ОГУ, фонда «Здоровая Россия» и Министерства здравоохранения Оренбургской области в области охраны здоровья населения региона.

В рамках реализации первого этапа проекта созданы организационно-правовые основы деятельности ЦОРЗ.

В частности, разработано и заключено трехстороннее соглашение между фондом «Здоровая Россия», министерством здравоохранения Оренбургской области и Оренбургским государственным университетом о сотрудничестве. Получено согласование министерства здравоохранения Оренбургской области по вопросу обучения специалистов МСЧ ГОУ ОГУ в пределах имеющегося регионального образовательного ресурса. Определен порядок взаимодействия ЦОРЗ и министерства, назначен координатор от министерства, ответственный за это взаимодействие (заместитель начальника управления по лечебной и профилактической помощи населению И.Н.Боброва).

Разработаны и приняты внутренние нормативные документы ОГУ, позволившие начать практическую деятельность ЦОРЗ (Положение о ЦОРЗ, Приказ о создании ЦОРЗ). Положение о ЦОРЗ принято на заседании Ученого совета ОГУ (протокол №14 от 28.12.2007 года) после предварительного обсуждения на ректорате университета и при поддержке деканов факультетов и руководителей колледжей ОГУ. Соответствующий приказ о создании ЦОРЗ подписан ректором в январе 2008 года.

Внутренними распорядительными документами МСЧ ГОУ ОГУ определены специалисты и порядок их работы на базе студенческой поликлиники МСЧ ГОУ ОГУ. Разработаны и подписаны контракты с сотрудниками ЦОРЗ, осуществляющими врачебный консультативный прием и психологическое консультирование подростков и молодежи на базе ЦОРЗ, а также проведение групповых акций в подростковой и молодежной аудитории (школьники г. Оренбурга, учащиеся и студенты университета). Определен график приема специалистов. Проведена разъяснительная работа с сотрудниками регистратуры студенческой поликлиники по вопросам

соблюдения врачебной этики в отношении пациентов ЦОРЗ.

Определен порядок учета и отчетности специалистов ЦОРЗ по проведенным мероприятиям и лечебно-профилактической помощи, оказанной пациентам центра.

Важной задачей вновь организованного ЦОРЗ является интеграция его деятельности с работой специализированных муниципальных лечебно-профилактических учреждений, оказывающих медико-консультативную помощь по вопросам охраны репродуктивного здоровья. В этой связи руководством МСЧ ГОУ ОГУ совместно с руководством Областного центра планирования семьи и репродукции (главный врач – М.Г.Шухман) и городского отделения планирования семьи (заведующий – Н.В.Еловикова) Муниципальной городской больницы №2 (главный врач – Т.Н.Семивеличенко) определены ключевые вопросы сотрудничества, включающие в себя:

- преемственность при оказании медицинской помощи;
- взаимодействие при проведении профилактических мероприятий, а также промоционных и образовательных акций;
- координация усилий по борьбе с абортами;
- информационный обмен;
- проведение совместных мероприятий для специалистов и областной научно-практической конференции по проблемам охраны репродуктивного здоровья подростков и молодежи.

Поскольку целью проекта явилось создание «модели центра охраны репродуктивного здоровья подростков и молодежи», т.е. лечебно-профилактического учреждения (подразделения), главной задачей первого этапа реализации проекта стала организация практической деятельности врачей-специалистов.

На момент создания ресурсы медико-санитарной части ОГУ ограничивались мощностями студенческой поликлиники. Из-за загруженности поликлиники текущей лечебно-профилактической работой и нехватки помещений соблюдение ряда организационных принципов молодежных клиник (например, отдельные вход и регистратура) на данном этапе было невозможно. В этой связи было принято решение о переносе основного времени приема специалистов на вечерние часы, тем более, что это удовлетворяло потребностям большей части потенциальных пациентов (студентов ОГУ).

Подобное смещение по времени приема пациентов позволило разделить их потоки и существенно снизить затраты на содержание персонала.

С первого дня работы центра лечебно-профилактическая деятельность велась по следующим направлениям:

- оказание консультативной помощи подросткам и молодежи по вопросам физиологии репродуктивной системы, контрацепции, превентивного поведения, а также послеабортной реабилитации;
- оказание гинекологической и эндокринологической лечебно-диагностической помощи;
- оказание реабилитационной помощи после лечения заболеваний

репродуктивных органов;

- оказание индивидуальной и групповой психологической помощи подросткам и молодежи.

Консультативный прием ведут врачи акушеры-гинекологи, эндокринологи, сексолог, психолог, подростковый врач. Роль координатора приема пациентов выполняет врач-методист.

Промоционная деятельность в рамках проекта преследовала цели позиционирования ЦОРЗ в системе лечебно-профилактических учреждений города Оренбурга и информирование подростков и молодежи о начале работы центра и его функциях. В последнем случае основной акцент был сделан на университетской аудитории (студенты очной формы обучения и учащиеся колледжей, прикрепленные к студенческой поликлинике МСЧ ГОУ ОГУ). Эта работа проводится сотрудниками кафедры профилактической медицины, врачами-методистами городского отделения планирования семьи МГБ№2 (традиционно специализирующегося на работе со средними специальными учебными заведениями) и областным центром планирования семьи и репродукции (традиционно работающим с учащимися общеобразовательных школ).

С целью расширения спектра предоставляемых ЦОРЗ медицинских и консультативных услуг подросткам и молодежи города Оренбурга, а также улучшения их качества руководством университета и МСЧ ГОУ ОГУ было принято решение о выделении в ведение МСЧ ГОУ ОГУ нового здания поликлиники, которое станет базовым для осуществления деятельности ЦОРЗ, закуплено новое диагностическое оборудование.

САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ, ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ

Епифанова Е.А., Кривошеева Н.А.
Колледж электроники и бизнеса
Оренбургского государственного университета

В последнее время стало понятно, что одна только медицина не может справиться с растущей патологией у населения. доля влияния здравоохранения на здоровье человека составляет 10-15%, в то время как условия и образ жизни составляет более 50% этого влияния. В связи с этим возрос интерес к здоровому образу жизни, как среди специалистов, так и широких кругов населения. Происходит осознание тезиса: искусство продлить жизнь – это искусство не укорачивать ее. Становится ясно, что болезни современного человека обусловлены, прежде всего, его образом жизни и повседневным поведением. Здоровый образ жизни необходимо рассматривать как основу профилактики заболеваний.

При определении здорового образа жизни необходимо учитывать два фактора – генетическую природу данного человека и ее соответствие конкретным условиям жизнедеятельности. Здоровый образ жизни есть способ жизнедеятельности, данного человека, конкретным условиям жизни и направленный на формирование, сохранение и укрепление здоровья, на полноценное выполнение человеком его социально-биологических функций.

Обязательным является учет индивидуальности каждого человека. Здоровых образов жизни должно быть столько, сколько существует людей. В организации здорового образа жизни для конкретного человека необходимо учитывать следующие факторы:

- индивидуальные наследственные особенности человека;
- природно-экологические и социально-экологические условия среды жизни человека;
- возрастную и половую принадлежность человека и социально-экономические условия жизни;
- личностно-мотивационные особенности человека.

Структура здорового образа жизни должна включать следующие факторы:

- оптимальный двигательный режим;
- тренировку иммунитета и закаливание;
- рациональное питание;
- психофизиологическую регуляцию;
- психосексуальную и половую культуру;
- рациональный режим жизни;
- отсутствие вредных привычек;
- валеологическое самообразование.

Здоровый образ жизни позволяет решить следующие задачи:

- снижает или устраняет воздействие факторов риска, заболеваемость и как результат – уменьшает затраты на лечение;
- способствует тому, что жизнь человека становится более здоровой и долгой;
- обеспечивает хорошие взаимоотношения в семье, здоровье и счастье детей;
- является основой удовлетворения потребности человека в самореализации, обеспечивает высокую социальную активность и социальный успех;
- обуславливает высокую работоспособность организма, снижение усталости на работе, высокую производительность труда и на этой основе – высокий материальный достаток;
- позволяет отказаться от вредных привычек, рационально организовать и распределять время с обязательным использованием средств и методов активного отдыха;
- обеспечивает жизнерадостность, хорошее настроение и оптимизм.

Процесс обучения в системе среднего профессионального образования, формы его организации, методы и требования в значительной мере отличаются от школьных. Это обуславливает ряд трудностей, с которыми сталкиваются студенты в начале учебы. Их можно разделить на три группы:

- дидактические;
- социально-психологические;
- профессиональные.

Дидактические трудности связаны с изменением методов обучения, со сложностью и большим, чем в средней школе, объемом занятий, нередко со слабой школьной подготовкой или значительным перерывом в учебе. Особое значение имеет отсутствие навыков систематической самостоятельной работы.

Социально-психологические трудности обусловлены изменением образа жизни обучающихся. Многие меняют место жительства, с связи с чем происходит смена обстановки, круга общения, возникает необходимость самостоятельного ведения хозяйства. Требуется время, чтобы приспособиться к новому укладу жизни.

Профессиональные трудности возникают у студентов из-за того, что не с первого курса начинаются профилирующие дисциплины. Процесс формирования будущего специалиста на начальном этапе требует изучения общих гуманитарных и социально-экономических дисциплин, иностранного языка и ряда математических и естественнонаучных дисциплин, и только позднее начинается более углубленная профессиональная подготовка.

Учеба является разновидностью умственного труда и требует усилено работы головного мозга. Знание студентами основ культуры умственного труда будет способствовать сохранению здоровья и обеспечит высокую эффективность интеллектуального труда при минимальных нервных затратах. Этому посвящена специальная наука – гигиена умственного труда, изучающая трудовую (учебную) деятельность и производственную среду с точки зрения их влияния на организм человека. Многие правила гигиены умственного труда

достаточно хорошо известны, но важно не только знать, но и практически использовать научные рекомендации по созданию оптимальных условий учебы и быта студентов.

Негативные факторы, которые подстерегают человека, занимающегося умственным трудом, зависят не только от специфики самого труда, но и от условий, в которых он выполняется. Студенты подолгу находятся в душном помещении, в однообразной сидячей позе. В результате возникает переутомление. Соблюдение правильного режима дня способствует улучшению работоспособности, успешному выполнению заданий и усвоению нового материала, предохраняет от переутомления.

При умственной работе, как в любой другой, наблюдаются закономерные изменения работоспособности, ее определенная стадийность. Начальная – **стадия вработываемости**, когда работоспособность постепенно увеличивается, затем наступает **стадия устойчивой работоспособности**, наконец, **стадия снижения работоспособности**.

В соответствии с этим необходимо планировать свою работу. Сначала следует выполнять задания средней трудности, затем самые сложные и в конце работы, когда внимание ослаблено, - самые легкие. Примерно через каждые 1-1,5 часа занятий необходимо делать кратковременные перерывы (выходя на перемену в коридор или отвлекаясь от домашнего задания для того чтобы выпить чаю), чтобы восстановить работоспособность. Каждый студент устанавливает свой режим труда, предусматривающий чередование разнообразных видов деятельности в течение дня, чтобы труд своевременно сменялся отдыхом, твердо соблюдались часы и продолжительность занятий и был равномерный и стабильный жизненный ритм. Надо приучить себя ложиться спать в одно и то же время. Лучше раньше ложиться и раньше вставать. Сон должен составлять 7-8,5 часов в сутки, сокращение его на час снижает производительность труда на 5-20%, а сон свыше 9 часов в сутки действует на организм расслабляющее.

Нарушение биологических ритмов связано, прежде всего, с появлением искусственного освещения, продлившего световой день и изменившего общий ритм жизни. Часто ритмы становятся асинхронными, что приводит к развитию заболеваний. Возросший темп жизни, переизбыток информации, постоянные стрессы стали причинами учащения расстройств сна. Наиболее часто встречающимся расстройством является бессонница – нарушение, связанное с трудностью засыпания, частыми пробуждениями или короткой продолжительностью сна.

На производительность умственного труда влияет состояние окружающей обстановки. Стены в рабочем (учебном) помещении должны быть светлым и интенсивно отражать свет. При темном или слишком ярком свете очень быстро утомляются глаза. Освещенность на рабочем месте должна быть не менее 300 лк. Источник освещения следует располагать слева, чтобы не создавалось теней на рабочем месте. Для пишущих левой рукой – наоборот. Обязательно должно быть включено общее освещение.

Для эффективности умственного труда имеет большое значение и нагрузка на слуховой анализатор. Наиболее благоприятна абсолютная тишина читального зала, кабинета.

Температура воздуха в учебной аудитории должна составлять 18-20° С при относительной влажности воздуха 40-70%. Повышение содержания углекислого газа до 0,1% способствует появлению функциональных нарушений и снижению работоспособности, что предопределяет необходимость систематического проветривания помещения.

Учеба должна чередоваться с оптимальным отдыхом. Наиболее полезны активные виды отдыха – физкультура, спорт, туризм. Это мощные стимуляторы восстановления сил, поднятия настроения, укрепления воли. Отдых может быть и пассивным, например в сидячем положении. Сидеть следует, откинувшись на спинку стула, расслабив мускулатуру, вытянув ноги и закрыв глаза. Поможет снять утомление после напряженной умственной работы и повысит работоспособность еще на 1-1,5 часа обтирание лица холодной водой. Против утомления оказывают благоприятное действие сладкие вещества, например сахар, шоколад.

Однако режим и вид отдыха не могут быть одинаковыми для всех. Во многом они зависят от условий жизни, обстановки, индивидуальных особенностей человека.

В природе все совершается циклично. Также протекает и наша жизнь. Физиологами установлено, что в соответствии с биологическими ритмами умственная работоспособность человека достигает наивысшего уровня в период с 8.00 до 12.00 часов, между 16.00 и 18.00 часов. В недельном цикле максимум работоспособности приходится на вторник, среду и четверг. В течение года наиболее продуктивным является период с октября по март. Наблюдается понижение работоспособности к летней экзаменационной сессии. Как уже отмечалось, существуют люди с дневным и ночным ритмами бодрствования. Учитывая все эти факторы, необходимо самую ответственную работу планировать по периодам естественного подъема работоспособности.

Одним из элементов культуры умственного труда является умение обучающихся самостоятельно работать с разными учебными материалами, квалифицированно владеть технологией ведения разных видов учебной работы. Вместе с тем многие студенты в начале обучения испытывают большие трудности, связанные с отсутствием соответствующих навыков самостоятельной работы, основным принципом которой является ее систематичность.

С первых дней учебы необходимо ежедневно не менее 3-4 часов готовиться к лекциям, семинарам и лабораторным занятиям. При этом самостоятельную работу нужно обязательно четко планировать. Работать надо активно, напряженно и внимательно.

В работе студента значительное место занимает конспектирование. Надо научиться правильно записывать лекции, вести краткие конспекты. Ведение конспекта создает особенно благоприятные условия для запоминания услышанного. В этом процессе принимает участие слух, зрение и рука (то есть

все виды памяти). Существуют некоторые общие правила записи лекций. По каждому предмету следует иметь отдельную тетрадь, на страницах которой оставлять поля для заметок, вопросов, собственных мыслей. Наиболее важные положения следует выделять подчеркиванием.

Для того, чтобы информация быстрее усваивалась, необходимо разделять материал на абзацы, главы, параграфы. Писать нужно быстро и четко. Не следует стремиться вести дословную запись речи лектора, превращая ее в механический процесс. Главное – научиться отделять основную информацию от второстепенной.

Перед лекцией необходимо изучить материал предыдущей лекции, психологически настроиться на восприятие нового материала. Важно помнить: ни одна дисциплина не может быть изучена только по конспектам. Должно быть параллельное, систематическое изучение материала учебника и конспекта.

За время обучения приходится изучать до 25000 страниц различного текста. Установлено, что студент на начальном этапе обучения читает медленно: 150-160 слов в минуту вслух и 250-260 – про себя. Важно научиться различным видам чтения: *выборочному, сплошному, чтению с переработкой материала (конспектирование) и смешанному*. Студенты должны уметь выбрать наиболее эффективный вид чтения для выполнения конкретного задания.

Читать рекомендуется внимательно, вдумчиво, стараясь запомнить существенные моменты. Методика работы с текстом, конечно, индивидуальна. Она зависит от опыта, общего уровня культуры и начитанности студента, а также от вида изучаемой литературы и начитанности студента, а также от вида изучаемой литературы. Но имеются некоторые основные приемы работы с текстом: *предварительное знакомство с книгой, анализ текста, конспектирование, работа одновременно с несколькими источниками*.

Таким образом, путь к успешному обучению пролегает через скорейшее овладение навыками культуры умственного труда и самоуправления. Студенту следует поставить перед собой ясные цели и преодолевать лень, вялость, неорганизованность.

При обучении закладывается фундамент знаний и умений, плодотворно трудиться по выбранной специальности. Поэтому в процессе обучения студентам необходимо не только усвоить предлагаемую программу, но и приобрести навыки творческой самостоятельной работы, которые позволят эффективно осуществлять свою учебную, а в последующем и напряженную профессиональную деятельность, рационально используя психофизические и интеллектуальные возможности организма.

АНЕМИИ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Макарова Т.М., Конюхова Л.В.
Оренбургский государственный университет

Хотя такое очевидное клиническое проявление как бледность (следствие «малокровия») признавалось человечеством в течении тысячелетий, лишь за последние 60-70 лет ученые в области питания изучили и признали фундаментальную роль железа в здоровье человека (железодефицитные анемии). Однако, только в последнем десятилетии выяснилась реальная картина широкого спектра инвалидности, заболеваемости и смертности, а также огромных глобальных масштабов поражения миллионов людей этой формой недостаточности питания. В настоящее время уместно говорить не только о железодефицитной анемии (являющейся по сути лишь одним из состояний или синдромов), а о железодефицитных состояниях (ЖДС) и их последствиях в процессе формирования популяционного и индивидуального здоровья.

1. Согласно критериям и оценкам ВОЗ в мире в общей сложности 2150 млн. человек больны анемией (клинически выраженные формы), при этом 50 % этих заболеваний вызваны непосредственно недостатком железа в питании (в России – 75-85 %). Однако по оценкам ВОЗ такое же количество людей страдают скрытой (латентной) формой недостаточности железа, при которой диагноз как правило не устанавливается. По итоговой оценке ВОЗ более 2 млрд. человек на планете подвергаются риску заболевания железодефицитной анемией или уже поражены ею [3].

2. Последствия [9-14].

3. Часть последствий железодефицитных анемий и ЖДС имеет сходные черты с таковыми при йодной недостаточности:

4. Замедление роста и развития (физического и умственного) и снижение выживаемости детей грудного и раннего возраста.

5. Нарушение физического и интеллектуального развития детей школьного возраста.

6. Нарушения репродуктивной функции женщин (увеличение частоты преждевременных родов и самопроизвольных выкидышей, рост мертворождаемости).

7. Снижение производительности и продуктивности работы взрослых.

8. Другая часть последствий имеет выраженные специфические черты:

1. У детей с дефицитом железа имеет место нарушение гормонального фона, выражающееся в гиперфункции щитовидной железы и повышенной выработке тиреотропного гормона, что имеет особое значение для регионов эндемичных по недостатку йода, т.к. утяжеляет течение зубной эндемии.

2. В любом возрасте дефицит железа ведет к нарушению функции кроветворных органов, снижется фагоцитарный показатель индекс, иммунитет, и сопротивляемость к инфекциям, в свою очередь глистные инвазии и инфекционные заболевания усугубляют дефицит железа в организме.

3. При хроническом течении анемий развиваются дистрофические изменения во внутренних органах, страдает желудок вплоть до развития хронических гастритов, сердце, почки, печень и др.

4. Материнская анемия усиливает последствия кровотечения и сепсиса при родах и поэтому является основной причиной материнской смертности. Она также с неизбежностью ведет к анемии, низкой массе тела при рождении и белковокалорийной недостаточности у ребенка.

9. Резюмируя изложенное, можно утверждать, что проблема ЖДС по масштабам стоит на 1 месте среди отклонений в состоянии здоровья, которые достаточно изучены и которые в значительной степени можно предупредить. Как утверждает генеральный директор ВОЗ «Масштабы скрытого голода в отношении питательных микроэлементов (железо, йод) в последнее время овладели сознанием всего мира и являются движущей силой, которая лежит в основе глобальной и национальной озабоченности».

10. Для оценки степени недостаточности железа среди населения Оренбургской области и серьезности проблемы были использованы эпидемиологические (не клинические) критерии, используемые в мировой эпидемиологической практике и рекомендованные ВОЗ[3]. Основным показателем для оценки на популяционном уровне при этом является процент распространенности анемий у беременных женщин (с учетом тяжести и уровня ферритина сыворотки крови). В связи с тем, что соответствующая информация не входит в перечень показателей на организацию и ведение региональной системы СГМ [8], она была собрана дополнительно (первичные данные ф. 32) [5-6], материалы по структуре потребления основных продуктов питания на душу населения были привлечены из справочников по социально-экономическому развитию области, издаваемых госкомстатом [4], потенциальные последствия ЖДС приводятся на основе компьютерной обработки первичных материалов областного центра.

11. На основе анализа собранных данных можно утверждать, что до 1988 г. включительно, ситуация по распространенности анемий на популяционном уровне среди населения Оренбургской области была благополучной и уровень анемий в группе риска (беременные женщины) 3-4 % не превышал физиологически допустимого уровня, обусловленного особенностями женского организма, хотя негативные тенденции в структуре потребления основных продуктов питания наметились несколько раньше. 1989 год был первым годом подъема уровня распространенности анемий среди населения Оренбургской области и уже в 1990 г. уровень распространенности превысил 10 %, во всем мире признаваемом как критерий значимости для общественного здравоохранения и требующий разработки и принятия программ неотложных мероприятий по профилактике.

12. В связи с отсутствием системы мониторинга и оценки проблема осталась незамеченной и ситуация приобрела неуправляемый характер. С 1990 по 1996 гг. происходило лавинообразное нарастание степени недостаточности железа на популяционном уровне и распространенность анемий у беременных

женщин достигла 35,3 %, почти в 10 раз превысив физиологически допустимый уровень 1988г., а к 2004 году достигла 50 % и в настоящее время превышает этот уровень.

13. Эпидемиологический диагноз: средняя степень недостаточности железа у населения Оренбургской области с 1990г. с переходом в тяжелую форму с 2001 года.

14. К сожалению, по этому показателю (диагнозу) наша область приблизилась к слаборазвитым странам Африки. Из других эпидемиологических особенностей, вытекающих из эпидемиологического диагноза и подкрепляющих его на основе имеющихся материалов обращают на себя следующие:

1. Рост анемий у беременных женщин предшествовал общему ухудшению состояния здоровья беременных женщин (в виде роста сердечно-сосудистых заболеваний, болезней почек, поздних токсикозов и др.).

2. Начало роста анемий на популяционном уровне на 3 года предшествовало началу достоверного статистически значимого роста самопроизвольных аборт и преждевременных родов, мертворождаемости, врожденных пороков, детской инвалидности.

3. Между ростом анемий у беременных женщин и ухудшением показателей здоровья новорожденных существует прямая, сильная, статистически значимая причинно-следственная связь, причем процент детей родившихся больными или заболевших практически сопоставим с уровнем распространенности анемий («больная мать-больной ребенок»).

4. Рост анемий на популяционном уровне несомненно усугубил тяжесть зобной эндемии в Оренбургской области многократно усилив последствия йодной недостаточности, что подтверждается общими последствиями по п.2 и также другими последствиями йоддефицитных состояний и характерной клинической картиной гиперплазий щитовидной железы у детей в ходе скрининговых исследований.

5. Начало роста анемий на популяционном уровне практически совпало с усилением белковой и витаминной недостаточности в питании.

15. Особо следует отметить, что регистрируемый в ф. 12 уровень анемий среди других групп населения занижен по меньшей мере в 30-40 раз (по сравнению с расчетными уровнями рассчитанными по материалам ВОЗ), что свидетельствует о низком уровне диагностической работы педиатров и терапевтов и усугубляет проблему, т.к. не выявленные больные не получившие адаптационной терапии, формируют тот контингент у которого возникают необратимые изменения в состоянии здоровья, способствующие росту инвалидизации населения, не говоря уже о глубоких деградиционных процессах и ухудшении общего генофонда нации.

16. Выводы

17. В результате прикладного эпидемиологического исследования установлена средней степени тяжести недостаточность железа у населения Оренбургской области с 1990 г. с переходом в тяжелую форму с 2001 г. и выраженными последствиями на популяционном уровне как специфического

так и не специфического характера и все более проявляющимися чертами хронического течения, требующая принятия неотложных мер.

18. Прогноз

19. В случае непринятия неотложных мер первичной, вторичной и третичной профилактики неблагоприятный по всем аспектам ЖДС изложенных в предыдущих разделах. Недостаточность железа может стать хронической. В этом случае громадные дополнительные затраты лягут бременем на бюджет в связи с необходимостью содержания громадного количества инвалидов с детства (с необратимой задержкой нервно-психического развития, пороками развития и т.п.). Кроме этого в связи с серьезными отклонениями (часто необратимыми) у взрослого населения неизбежно ухудшение качества трудовых ресурсов, что может стать мощным тормозом социально-экономического развития в будущем, под вопрос может быть поставлена и боеспособность вооруженных сил, т.к. овладение современной техникой требует хорошего здоровья.

20. Неотложные мероприятия

1. Разработка и принятие целевой программы по преодолению недостаточности железа среди населения на основе принципов социальной профилактики, комплексности и организации межведомственного и ведомственного (различных медицинских служб) взаимодействия.

2. Разработка и внедрение системы мониторинга и оценки, как фундамента для успешной реализации программ профилактики и оценки эффективности проводимых мероприятий.

3. Законодательное решение вопроса о выделении средств ЛПУ за счет страховых компаний на проведение вторичной профилактики ЖДС.

4. На уровне МЗ и СР РФ с целью обеспечения координации и взаимодействия различных служб (терапевтическая, педиатрическая, акушерско-гинекологическая, санитарно-эпидемиологическая, санитарного просвещения и др.):

- издание методических указаний по клинике, диагностике, лечению и профилактике ЖДС,

- введение медицинской отчетности по ЖДА и ЖДС.

5. На уровне Роспотребнадзора РФ:

- в связи со значимостью проблемы и массовостью поражения населения недостаточностью железа введение критериев для эпиддиагностики недостаточности железа в программу социально-гигиенического мониторинга (СГМ) и в критерии оценки деятельности заместителей глав администраций по социальным вопросам;

- внесение соответствующих изменений в концепцию СГМ исходя из мирового опыта эпидемиологии массовых неинфекционных заболеваний [7], переход от деклараций системного подхода к разработке реальных механизмов, технологий основанных на достижениях таких дисциплин как информатика и управление (при необходимости привлечение специалистов из регионов для

решения прикладных задач и экспертных оценок), математическая статистика и др.;

- организация мониторинга и реальное изучение фактического питания населения в разных группах.

Литература.

1. Смирнов А.Н. с соавт. «Внутренние болезни» том 2. - С. 37-120.
2. «Гигиена и санитария».- 1996 г. № 1. – С. 18-23.
3. «Национальные стратегии преодоления недостаточности питания с точки зрения питательных микроэлементов» ВОЗ, - Женева, 1992 г.
4. Областной комитет статистики «Социально-экономическое развитие Оренбургской области в 1991-1995 г.» том 1 и 2.
5. Сводные отчеты по заболеваемости форма 12 и форма 32 Министерства здравоохранения Оренбургской области..
6. Основные показатели здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения Оренбургской области 1981-1985 гг. Облздравотдел, Оренбург, 1986 г.
7. Семинары по эпидемиологии окружающей среды. Учебник в 2 частях. Европейское региональное отделение ВОЗ, Москва 1994 г.
8. Система организации и ведения СГМ на региональном (областном) уровне. Техническое задание (1 этап), утв.ГК СЭН РФ 28.03.96 г.
9. Петров В.Н. «Физиология и патология обмена железа», Л. 1982.
- 10.Прегер С.М. «Микроэлементы и иммунологическая реактивность организма». – Томск, 1979.
- 11.Рудакова Т.Л. «Железодифицитное малокровие и некоторые вопросы регуляции эритропоэза». – Л., 1970. – С.235-246.
- 12.Ткач Ю.И. «Лабораторное дело» 1990. № 12. - С. 40-45.
- 13.Хагиров Д.Г. «Физиология и патология обмена порфиринов и гема». – Таллин, 1974. - С. 30-33.
14. Шустов В.Я. «Биологическая роль и практическое применение микроэлементов». – Рига, 1975. том 2. - С. 176-177.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ В ШКОЛАХ Г. БУЗУЛУКА ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Малахова М., Сманцер Т.

**Бузулукский гуманитарно-технологический институт
филиал Оренбургского государственного университета, г. Бузулук**

Если отец болезни не всегда известен,
то всегда мать ее — пища
(Гиппократ)

По данным Министерства здравоохранения и социального развития, только 30% российских школьников остаются относительно здоровыми. Именно в школьные годы увеличивается на 20% число детей, имеющих хронические заболевания, а частота хронической патологии возрастает в 1,6 раза.

Для организма важно, чтобы в принимаемой пище были все необходимые пищевые вещества (белки, жиры, углеводы, вода, минеральные соли, витамины). Важно и соотношение пищевых веществ в рационе. Для детей младшего школьного возраста наилучшим считается соотношение белков к жирам и углеводам как 1:1:6, для детей более раннего возраста как 1:2:3, для взрослых как 1:1:4; при этих условиях азот максимально задерживается организмом.

Учесть фактическую калорийность суточного рациона школьников сложно, поскольку питание их является частью общего питания семьи.

Калорийность горячих завтраков в городских школах независимо от питания учащихся в семье должна составлять 500—600 кал ежедневного рациона детей 7—12 лет. В школах обеды для учащихся должны состоять не менее чем из двух горячих блюд. Они составляют 35—40% суточного рациона школьника. Обеды такой калорийности (25 г белка, 25 г жира, 120 г углеводов) обязательны для учащихся школ и групп с продленным днем.

Для учащихся школ (групп) продленного дня обязательное двухразовое горячее питание обеспечивает до 55% их суточной физиологической потребности в пищевых веществах и энергии (завтрак — 20%, обед — 35%). Полдником (стакан молока и кусочек хлеба) дополняют еще 10% суточной калорийности. Общий рацион трехразового питания учащихся в школе доводят до 65% суточной потребности детей и подростков в основных пищевых веществах и энергии.

Продленным днем не охватываются учащиеся старших классов, но они часто остаются в школе до позднего времени (факультативные занятия, занятия в кружках и спортивных секциях, собрания). Очень заметна тенденция снижения горячего питания в старших классах, например с 9 по 11 классы горячее питание получают 87 человек, тогда как с 5 по 8 класс 146 человек и в начальных классах 200 человек (данные по одной школе). Поэтому для старшеклассников должна быть предусмотрена возможность получения

полдника или покупки в буфете молочных продуктов, хлебобулочных изделий, чая или кофе.

В школах г. Бузулука бесплатным питанием обеспечено примерно 50% детей. Это дети в группе продленного дня, малообеспеченные, дети сироты и дети, находящиеся под опекуном.

Ни в одной школе не обеспечивается питание для детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, и не учитываются потребности ребёнка в необходимых для организма веществах. Пища в основном углеводная, это объясняется низким финансированием. Единственной витаминизацией продуктов является добавление в чай лимона. В летне-осенний период всё готовится из свежих овощей и фруктов и ягод. Детям в горячее питание включаются салаты и второе блюдо, а детям в группе продленного дня обязательно и первое блюдо.

Проведённые исследования позволили нам сделать следующие выводы:

- Технологическое оборудование пищеблоков в школах обновляется крайне медленно. Износ оборудования в школах составляет от 80% до 90%.

- Пищевая ценность школьных завтраков и обедов, реализуемых в школах нашего города, не соответствует возрастным и физиологическим потребностям детей и подростков, принципам сбалансированного здорового питания.

- Основным недостатком в организации питания школьников является то, что меню составляется с учетом стоимости продуктов питания, а не физиологических потребностей детей в биологически ценных веществах.

- Низкий уровень материального достатка многих семей не позволяет родителям обеспечить детей полноценным питанием дома и оплачивать их питание в образовательных учреждениях.

1) На организацию питания школьников в Оренбургской области запланировано более 1 миллиарда 700 тысяч рублей. Об этом на Дне информации, который прошел 25 июля 2007г в Александровском районе, сообщил председатель комитета Законодательного Собрания по вопросам образования, науки, культуры и спорта Г. Аверьянов. Деньги будут выделены в рамках областной программы совершенствования организации питания учащихся общеобразовательных учреждений, принятой на 2008-2010 годы. По словам Г. Аверьянова, средства пойдут на увеличение дотаций общеобразовательным учреждениям на питание школьников и составят не менее 10 рублей на одного ученика, тогда как сегодня сумма, выделяемая на эти цели из областного бюджета, составляет всего 3 рубля 45 копеек.

2) Кроме этого, планируется провести модернизацию системы школьного питания. В ближайшей перспективе десять оренбургских школ будут получать завтраки и обеды из учебно-производственного комбината. И если этот проект оправдает себя, в дальнейшем таким же образом горячее питание будет организовано в большинстве образовательных учреждений области.

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СПОРТСМЕНОВ- ЛЫЖНИКОВ Г. БУЗУЛУКА

Малахова М.С., Килина Ю.

**Бузулукский гуманитарно-технологический институт
филиал Оренбургского государственного университета, г. Бузулук**

Ежегодно огромное число физически одаренных юношей и девушек достигают значительных вершин спортивного мастерства, становясь профессиональными спортсменами. Уровень спортивных достижений в профессиональном спорте в настоящее время настолько высок, что попасть в число профессионалов удается далеко не каждому спортсмену, имеющему высокие результаты. В связи с этим проблемы отбора в спорт высших достижений привлекают все большее внимание ученых и практиков.

Проблема отбора в профессиональный спорт, спорт высших достижений - комплексная. Ее основные аспекты - педагогические, психологические и медико-биологические.

Многие авторы отмечают, что на формирование спортивного таланта, спортивной одаренности и выносливости значительно влияет генетическая предрасположенность того или иного спортсмена. Выдающиеся спортивные достижения - это не только результат упорных тренировок, но и наследственные данные, которыми он обладает [3].

В настоящее время критериев оценки перспективности спортсмена в плане достижения высоких результатов немного. Высоких результатов в спорте можно добиться лишь при наличии определенных способностей, но пока не выявлены абсолютные научные критерии, с помощью которых можно определить природную одаренность в том или ином виде спорта, научные критерии для отбора перспективных спортсменов для профессионального спорта, спорта высших достижений.

Об уровне адаптационных возможностей спортсмена косвенно можно судить по его устойчивости к утомлению с помощью функциональных проб, позволяющих оценить деятельность сердечно-сосудистой и нервной систем при экстремальных нагрузках.

Организм человека в условиях спортивной деятельности непрерывно испытывает стрессовые воздействия. В условиях стресса (в том числе от повышенных физических и психоэмоциональных нагрузок) существенно перестраиваются важнейшие метаболические процессы: обмен углеводов, белков, аминокислот и другие, что в конечном итоге способствует приспособлению центральной нервной системы к деятельности в экстремальных условиях. Согласно этому положению организм спортсмена необходимо рассматривать как динамическую систему, которая непрерывно приспособляется к тем или иным условиям деятельности путем изменения уровня функционирования отдельных систем и соответствующего напряжения регуляторных механизмов. Если такое приспособление пройдет неадекватно, возможны срывы в работе физиологических механизмов. В лучшем случае

спортсмен выберет другой вид спорта (Е.Исинбаева начинала как гимнастка, в настоящее время – олимпийская чемпионка по прыжкам в высоту). В худшем даже при тщательном контроле за здоровьем спортсменов смерть во время тренировок или соревнований в последнее время становится обыденным явлением. За последние пять лет погибли А. Черепанов, 19 лет, В. Блинов, 23 года, А. Белов, 26 лет, С. Гринько, 28 лет и др. Причина смерти – острая сердечная недостаточность. Они могли бы жить, если бы знали основы безопасности жизни и вид спортивных занятий с таким диагнозом.

Особое место в определении степени физического развития рядом исследователей отводится функциональной конституции. Под функциональной конституцией понимают те особенности телосложения, которые непосредственно связаны с углеводно-жировым и водно-солевым обменом, в отличие от санитарной конституции, определяемой взаимоотношением трех размеров тела - длины (рост), обхвата груди и веса тела .

Фактически типы конституции в значительной мере различаются количеством жировой и мышечной тканей, а так же вытянутостью контуров. При описании мужских конституций широко используют схему советского антрополога Бунака В.В. [4], в которой учитывается степень жиросотложения и развития мускулатуры, а так же форма грудной клетки, живота и спины.

На основании этого антрополог Чтецов В.П. (1979) предложил классификационную схему для диагностики соматических типов и дал описание оригинальной методики, основанной на объективных измерительных признаках.

Эта схема адаптирована для диагностики мужчин в возрасте от 17 до 55 лет. Выделяют пять основных соматических типов.

1. Астенический - крайне низкое развитие жира и мышц (при узкокостном варианте); хорошее развитие костной ткани (при ширококостном варианте).

2. Грудной - низкое развитие костной ткани (узкокостный вариант), развитие мышц и жира несколько выше (ширококостный вариант).

3. Мускульный - слабое или среднее развитие жира; мощная мышечная или костная масса.

4. Брюшной - сильное развитие жира, слабое развитие мышц и костей.

5. Эуризомный - предельное развитие мышц, жира и костей.

Кроме классических антропометрических характеристик в настоящее время большое внимание уделяют дерматоглифическим рисункам пальцев и ладоней. В лаборатории спортивной антропологии Всероссийского научно-исследовательского института физической культуры и спорта уже 15 лет изучают рисунки на отпечатках пальцев спортсменов самой высшей «пробы» - чемпионов мира и Европы, членов олимпийских сборных. Существуют компьютерные программы, которые позволяют быстро, в течение 10 минут, обработать информацию и представить результаты для анализа.

В последние годы в лаборатории спортивной антропологии в поиске генетических маркеров функционального статуса широко проводятся дерматоглифические исследования.

Дерматоглифические признаки в большинстве своем генетически детерминированы, формируются на 3-5-м месяце беременности, не изменяются в онтогенезе, имеют структурное разнообразие и высокую индивидуальную и групповую изменчивость, отличаются относительной простотой и неинвазивностью идентификации, т.е. по морфогенетической природе соответствуют статусу генетического или морфогенетического маркера. Один из существенных моментов - отсутствие необходимости больших вложений и дорогостоящего оборудования.

Исследование контингента спортсменов высочайшей квалификации - участников, призеров и победителей чемпионатов мира, Европы и Олимпийских игр - показало, что циклические скоростно-силовые виды спорта, связанные с максимальной реализацией физических возможностей спортсмена, в короткое время при относительном ограничении координационных требований соотносятся с наиболее простыми узорами (дугами и петлями) и наименьшим гребневым счетом. Наиболее сложные узоры в сочетании с максимальным гребневым счетом характерны для видов спорта с приоритетом сложной координации. Промежуточную позицию по сложности узоров и величине гребневого счета занимают виды спорта с ориентацией на выносливость и статическую устойчивость.

Разработанность дерматоглифического комплекса как морфогенетического маркера к настоящему времени достигла уровня, обеспечивающего его научно обоснованное использование для прогностической оценки функционального статуса человека в практике самых различных отраслей жизнедеятельности человека.

Общность эмбрионального происхождения кожи и нервной системы служит гарантом адекватности дерматоглифических данных в изучении эктодермальных систем (наследственные или возникшие в связи с плодной патологией болезни нервной системы, олигофренические синдромы, дефекты зрительной сферы и др.), систем происходящих из латеральной (поражение сердечно-сосудистой систем и мезенхимных органов) и дорсальной мезодермы (грубые дефекты мышечной и костной систем конечностей) (И.С. Гусева, 1986; Б.А. Никитюк, 1988). За кожными узорами стоят сложные процессы роста и дифференцировки тканей в период онтогенеза.

В лаборатории спортивной антропологии Всероссийского института физической культуры уже 15 лет изучают дерматоглифику спортсменов высшей квалификации (Национальная Олимпийская сборная). Установлено, что представители различных видов спорта и даже различных спортивных амплуа отличаются по пальцевой дерматоглифике. Например, в скоростно-силовых видах спорта, где требуется максимальная реализация в короткое время, - наиболее простые узоры и наименьший гребневой счет (количество гребешков внутри узора) (Л.П.Сергеенко, С.Ф. Рыбаков, 1988). Напротив, наиболее сложный рисунок в сочетании с максимальным гребневым счетом характерны для спортсменов тех видов, где необходима сложная координация движений. Промежуточную позицию по этим показателям занимают виды спорта с ориентацией на выносливость и статическую устойчивость. В игровых

видах спорта отмечается одна и та же тенденция: усложнение игровой функции, расширение поля деятельности спортсмена соответствуют усложнению пальцевых узоров, увеличению гребневого счета (больше завитков, меньше петель, дуг нет совсем).

Сравнение особенностей пальцевой дерматоглифики с конкретными физическими качествами показало, что низкая узорная интенсивность и низкий гребневой счет сочетаются с высоким силовым потенциалом при снижении выносливости и координации движений. Напротив, высокая интенсивность узоров и гребневой счет соответствуют выносливости и координации при снижении качеств взрывной силы. На основе описанных закономерностей Э.Г. Мартисов и А.Ф. Маленко (1988) установили корреляцию между признаками дерматоглифики и показателями энергетического гомеостаза организма. Исследования Л.П. Сергиенко, С.Ф. Рыбаков (1988) показали, что люди с относительно простым рисунком (дуги и петли с низким гребневым счетом) даже при незначительных нагрузках работают почти на пределе своих возможностей. Если у испытуемых помимо петель и дуг имеются еще и завитки, то это не столько уровень их реальных возможностей, сколько неумение адекватно настраиваться на подобные нагрузки, то есть правильно рассчитывать свои силы. Люди с десятью петлями на пальцах составляют полную им противоположность - они реализуются как высокоэнергетические и высокорезактивные системы при обычной работе, но теряют свои возможности при экстремальных нагрузках (Евдокимова Т.А., Евдокимова О.М., Сивас Н.В., 1998). Наличие завитков и петель указывает на высокие адаптационные возможности организма при значительных и даже экстремальных нагрузках.

Связь кожных узоров с индивидуальными особенностями нервной системы уже позволяет в результате внимательного наблюдения давать некоторые оценки человеческого характера и поведения.

В настоящее время известно, что пальцевые дерматоглифы (ПД) маркируют различные виды спорта и приоритетное развитие основных физических качеств, типизируют врожденные особенности энергопотенциала человека, являются критериями риска снижения физического потенциала /1-3/.

Представители разных видов спорта и даже различных спортивных амплуа различаются по кожным узорам на пальцах. У спринтеров, конькобежцев, легкоатлетов (которым требуется максимальная реализация в короткое время) узоры на пальцах простые, и количество гребешков внутри узора минимальное. Зато у борцов, боксеров, гимнастов, фристайлистов (спортсменов, которым необходима сложная координация движений) сложный рисунок сочетается с максимальным гребневым счетом. Усложнение функции в игровых видах спорта ведет к усложнению узоров. У таких атлетов больше завитков, меньше петель, а дуг нет совсем.

За рисунок на каждом пальце дается определенное количество баллов: дуга - 0, петля - 1, узор или завиток - 2. Максимальный показатель (исходя из 10 пальцев) - 20.

Низкий (до 10) - характеризует незаурядные скоростно-силовые качества - велотрек, легкая атлетика, коньки, в футболе и баскетболе это нападающие.

Средний (от 10 до 13) - показатель выносливости - лыжи, велогонка, стайерские дистанции.

Высокий (выше 13) - способности к сложнокоординированной деятельности - штанга, бокс, фигурное катание, в футболе и баскетболе это защитники и вратари.

В своей работе мы предполагали использование не только характеристики на основе соматотипов, но и оценку дерматоглифического рисунка пальцев рук спортсменов-лыжников г. Бузулука. Всего было исследовано 20 спортсменов-мужчин – мастеров спорта, кандидатов в мастера спорта, лыжников 1 разряда. Для того, чтобы добиться успехов, лыжнику необходимо оптимальное сочетание массы тела, роста, длины стопы и др. физиолого-анатомических параметров. Кроме того, успех напрямую зависит от упорства человека, его стремления к успеху.

Для оценки антропометрических показателей использовали весы, сантиметровую ленту, кисточку, графитовый или любой другой темный порошок, клеящую ленту (скотч).

Установлено, что на коротких дистанциях (до 1,5 км) наибольших успехов добиваются спортсмены с мускульным соматотипом. На дистанциях от 5 до 15 км – с грудным соматотипом, у марафонцев преобладает астенический соматотип.

Среди спринтеров максимальный гребневый счет составлял в среднем 8-9 баллов, среди бегунов на средние дистанции – 10-12, у стайеров гребневый счет не превышал 10 баллов.

1. Абрамова Т.Ф., Никитина Т.М., Озолин Н.Н. Возможности использования пальцевой дерматоглифики в спортивном отборе// Теория и практика физической культуры. -М., 1995. - N 3. - С. 8-14.

2. Абрамова Т.Ф., Никитина Т.М., Озолин Н.Н., Конькова А.Ф., Липпай М.Р., Шафранова Е.И., Кочеткова Н.И., Секамова Г.А., Жданова А.Г. Пальцевые дерматоглифы - генетические маркеры энергопотенциала человека// Сборник научных трудов. ВНИИФК. -М., 1996. -С.3-13.

3. Шварц В.Б., Хрущев С.В. Медико-биологические аспекты спортивной ориентации и отбора. - М.: ФиС, 1984. - 151 с.

4. Бунак В.В. Антропометрия. -М.: МГУ, 1941. - 376с.ъ

О НЕОБХОДИМОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ СКРИНИНГА НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН В РАМКАХ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА

Мухамеджанова Ю.Х.

Оренбургский государственный университет

В современных условиях продолжающегося ухудшения репродуктивного здоровья женского населения России, не только усугубляет медико-демографическую проблему. Но и представляет одну из весомых угроз национальной безопасности России, так как не обеспечивает даже простое воспроизводство будущих поколений. Именно поэтому выявление причин и проведение на этой основе целенаправленных профилактических мероприятий превратилось в важное направление не только научных исследований, но и государственной политики в сфере здравоохранения [Всероссийская конференция детских и подростковых гинекологов «Сохранение репродуктивного потенциала подростков». Пресс-релиз // ЗНиСО, 2001, № 7. – С. 30-32.].

Решение этой задачи невозможно реализовать без использования методологии системного подхода, приемов «доказательной медицины» и современных информационных технологий. В соответствии с Рекомендациями к программно-аппаратному и кадровому обеспечению отделов социально-гигиенического мониторинга в Центрах Госсанэпиднадзора разного уровня управления [Москва, МЗ и СР РФ, 2002] в минимальный набор программных средств для отделов СГМ первого и второго уровня управления включена «Программа скрининга нарушений репродуктивного здоровья женщины в рамках социально-гигиенического мониторинга» («Анкета») (разработчики – Нижегородский НИИ гигиены и профпатологии Минздрава России, Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского, Нижегородская государственная медицинская академия).

Программа позволяет:

- создавать базу данных по патологии беременности, родов и нарушениям здоровья новорожденных;
- проводить выборку накопленной информации по признакам фильтрации, по работающим на предприятии с опасными условиями труда и не имеющих контакта с вредными химическими веществами, по районам и по годам;
- формировать суммарные показатели патологии в разделах анкеты, рассчитывать и представлять на бумажном носителе стандартную статистическую информацию: математического ожидания, дисперсии, коэффициента вариации, полуширины доверительного интервала – для числовых обрабатываемых параметров патологии;
- рассчитывать и представлять на бумажном носителе относительные показатели: на 1000 родов, на 1000 предшествующих беременностей, на 1000

родившихся живыми;

- осуществлять прогноз патологии беременности на основе корреляционных зависимостей между параметрами;

- проводить сравнение средних двух выборок по выбираемым признакам фильтрации.

Вместе с тем одномерная математическая модель, положенная в основу, позволяющая проводить все сравнения показателей здоровья только с профессиональной деятельностью и вредными условиями труда работающих женщин функционально не позволяет обосновать долевым вклад (и просто идентифицировать наличие) других важных факторов, оказывающих существенное влияние на репродуктивное здоровье женщин (социальные, природные и др.). Представляется необходимой ее оптимизация с учетом комплексного системного подхода к выявлению причин нарушений репродуктивного здоровья.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ В УСЛОВИЯХ ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА

Настека Н.Л.

Управление Роспотребнадзора по Оренбургской области

Проблема заболеваемости населения врожденными аномалиями является весьма актуальной для Оренбургской области, составив в структуре причин младенческой смертности 24,9%.

В 2007г. произошел рост первичной заболеваемости врожденными аномалиями взрослого населения области, составив (0,53 на 1000 взрослого населения), по результатам санитарно-гигиенического ранжирования, наибольшие уровни заболеваемости выявлены в 11 территориях области: Новосергиевский (3,55), г.Новотроицк (2,10), Северный (0,73), г.Оренбург (0,69), Беляевский (0,68), Первомайский (0,66), Шарлыкский (0,60), Ясенский (0,59), Домбаровский (0,58), Кувандыкский (0,57), Соль-Илецкий (0,55) районы.

Несмотря на снижение в 2007г. среднеобластного показателя первичной заболеваемости врожденными аномалиями детского населения (0-14) и подростков (15-17), по-прежнему в области остаются территории со стабильно высокими показателями заболеваемости и ростом данной патологии; среди детского населения рост в 26 территориях, среди подростков в 19 территориях, (табл. 1).

Таблица 1. Сравнительная характеристика первичной заболеваемости врожденными аномалиями в 2006-2007г.г.

Административная территория	Врожденные аномалии (первичная заболеваемость на 1000 населения)					
	дети		подростки		взрослые	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007
г. Бугуруслан	16,32	14,78	12,47	3) 356	0,35	4) ,32
г.Бузулук	17,89	19,15	8,71	5) ,14	0,06	6) ,22
г.Медногорск	5,51	8,66	1,38	7) ,84	0,11	8) ,19
г.Новотроицк	33,94	6,04	14,14	9)	1,00	10) ,10
г.Оренбург	57,73	44,50	11,66	11) ,98	0,74	12) ,69
г.Орск	4,45	3,67	0,89	13) ,81	0,07	14) ,06
Абдулинский	0,53	0,93	2,19	15)	0,11	16) ,23
Адамовский	1,40	3,94	3,26	17) ,49	0,18	18) ,18
Акбулакский	1,35	3,14	-	19) ,69	0,58	20) ,45
Александровский	0,81	1,71	3,32	21)	0,21	22)

				,79		,14
Асекеевский	4,48	5,84	3,51	23) ,75	0,06	24) ,22
Беляевский	3,62	5,19	6,30	25) ,72	0,20	26) ,68
Бугурусланский	10,31	11,19	5,73	27) ,56	0,17	28) ,51
Бузулукский	3,69	4,62	2,43	29) ,38	0,46	30)
Гайский	58,84	4,12	33,07	31) 6,30	0,29	32) ,19
Грачевский	5,81	4,83	4,97	33) ,76	0,50	34) ,08
Домбаровский	3,92	3,56	1,57	35) ,08	0,30	36) ,58
Илекский	17,35	14,22	5,63	37) ,40	0,18	38) ,14
Кваркенский	1,34	0,24	1,37	39) 9,66	-	40) ,06
Красногвардейский	1,50	1,55	-	41)	-	42)
Кувандыкский	5,69	15,82	3,48	43) ,15	0,57	44) ,57
Курманаевский	9,22	8,28	7,75	45) 3,49	0,50	46) ,06
Матвеевский	1,93	1,65	-	47) ,81	0,69	48) ,52
Новоорский	3,84	2,06	2,11	49) ,45	0,08	50) ,06
Новосергиевский	17,41	22,01	6,35	51) ,98	0,42	52) ,55
Октябрьский	11,15	21,13	16,08	53) 3,40	0,12	54) ,06
Оренбургский	17,20	18,19	4,67	55) ,74	0,20	56) ,23
Первомайский	8,75	17,68	2,65	57) ,71	0,05	58) ,66
Перволоцкий	1,16	1,76	1,72	59)	-	60)
Пономаревский	4,41	3,48	2,33	61) ,23	0,07	62) ,15
Сакмарский	8,75	9,87	7,19	63) ,94	0,22	64) ,21
Саракташский	4,27	5,02	9,05	65) 2,64	0,51	66) ,30
Светлинский	8,74	5,01	9,70	67) ,12	0,15	68) ,31
Северный	6,06	11,08	33,30	69) 7,58	0,80	70) ,73
Соль-Илецкий	4,45	11,34	13,33	71) 1,29	0,46	72) ,55
Сорочинский	6,54	7,25	6,22	73) ,76	0,26	74)
Ташлинский	17,77	27,61	4,07	75) ,90	0,20	76) ,35
Тоцкий	2,17	3,12	3,60	77) ,66	0,44	78) ,35
Тюльганский	10,02	13,97	4,95	79)	0,33	80)

				2,79		,49
Шарлыкский	20,08	12,93	30,41	81) ,60	0,96	82) ,60
Ясненский	31,69	34,10	5,03	83)	0,39	84) ,59
Область	21,83	17,41	7,93	85) ,62	0,44	86) ,53

В ходе анализа заболеваемости врожденными аномалиями среди новорожденных (1000г. и более) за период 2000-2007г.г. выявлены 8 приоритетных территорий области, где показатель заболеваемости выше среднеобластного (26,4 на 1000 родившихся): Ташлинский (41,7), г.Оренбург (40,5), Илекский (37,8), Сакмарский (33,3), Акбулакский (32,9), Пономаревский (30,6), г.Новотроицк (28,2), Светлинский (28,1) районы.

В 2007г. 11 приоритетных территорий: Матвеевский (59,4), Акбулакский (48,1), Новосергиевский (45,3), Домбаровский (39,5), Светлинский (38,5), Ташлинский (36,4), Тюльганский (35,7), г.Оренбург (35,7), Илекский (34,2), г.Новотроицк (28,0), Александровский (26,5), при среднеобластном (25,4 на 1000 родившихся).

С целью выявления наиболее распространенных врожденных и наследственных заболеваний, ежегодно проводится неонатальный скрининг новорожденных на врожденный гипотиреоз, фенилкетонурию, галактоземию, муковисцидоз, адреногенитальный синдром. Без своевременно назначенного лечения (или диеты), данные заболевания приводят к ранней инвалидизации ребенка без возможности поздней реабилитации.

В 2007г. в Оренбургской области неонатальным скринингом было охвачено 99% новорожденных, из них обследовано на врожденный гипотиреоз 15537 ребенка, выявлено 1243 ребенка с уровнем ТТГ крови от 5-20 МЕ/л, из них 11 детей с подозрением на врожденный гипотиреоз, диагноз врожденный гипотиреоз подтвердился у 5 детей (Первомайский, Светлинский, Домбаровский, Сакмарский, Переволоцкий районы), диагноз транзиторный гипотиреоз поставлен 1 ребенку (Соль-Илецкий район). К сожалению, врожденный гипотиреоз, является очень частой причиной кретинизма (тяжелое нарушение умственного и физического развития) и приводит к необратимым изменениям в нервной системе ребенка.

В основе заболевания лежит полная или частичная недостаточность тиреоидных гормонов и связана она в 85-90% случаев с дефицитом йода или дисгенезией щитовидной железы.

В свою очередь, недостаток йода остается стабильным природным фактором для Оренбургской области. Внедрение современных технологий оценки и управления риском йодного дефицита и целенаправленная работа по насыщению потребительского рынка йодированной солью, позволила существенно улучшить йодную обеспеченность населения в последние годы, однако, проведенный анализ результатов неонатального скрининга на врожденный гипотиреоз у новорожденных, с целью оценки степени тяжести

йодного дефицита показал, что в 2005г. резко сократилось количество территорий «свободных» от дефицита йода, а 2006 год явился предвестником (нет ни одной территории с отсутствием дефицита йода) сложившейся ситуации в 2007г., когда впервые за семилетний период, на одной из территорий Оренбургской области была зарегистрирована тяжелая степень йодного дефицита (Грачевский район - 42,3% детей с уровнем ТТГ 5-20 МЕ/л), (рис. 1).

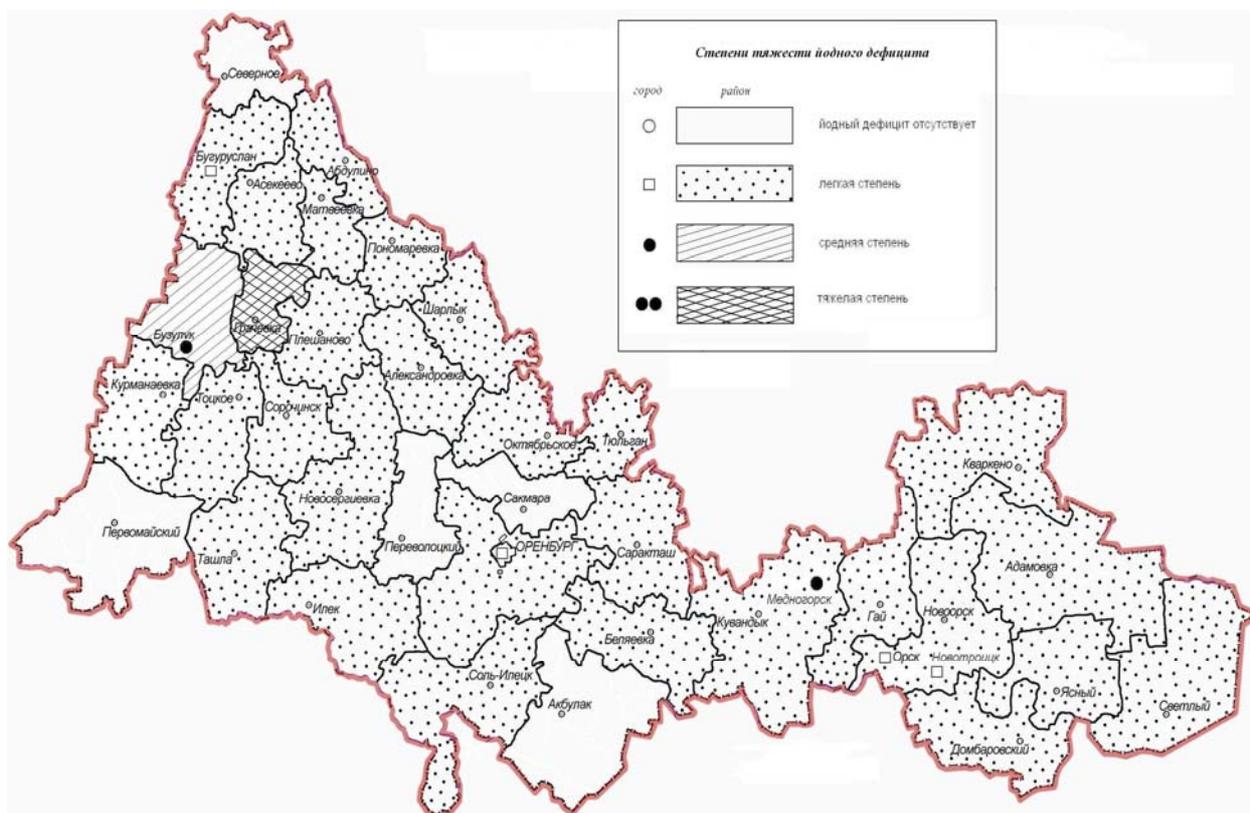


Рис. 1 Картограмма распространения йодного дефицита на территории Оренбургской области в 2007г. по степени тяжести.

Повышение концентрации ТТГ у новорожденных при неонатальном скрининге является одним из индикаторов наличия дефицита йода, что в свою очередь повышает риск развития тяжелых врожденных аномалий.

Анализ данных неонатального скрининга на врожденный гипотиреоз за многолетний период 1995-2007г.г. показал, что территориями риска по пограничному состоянию тяжелого йодного дефицита являются: г. Бузулук, г.Медногорск, г.Новотроицк, Абдулинский, Адамовский, Акбулакский, Александровский, Бугурусланский, Бузулукский, Гайский, Грачевский, Домбаровский, Кваркенский, Красногвардейский, Курманаевский, Матвеевский, Новосергиевский, Первомайский, Пономаревский, Соль-Илецкий, Сорочинский, Тоцкий, Шарлыкский районы.

ПАЦИЕНТЫ ЦЕНТРА ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ ОГУ ГЛАЗАМИ СЕКСОЛОГА

Нечаева Н.Г.

Оренбургский государственный университет

Гармоничное психосексуальное развитие в детском и подростковом возрасте является одним из важнейших факторов сексуального и репродуктивного здоровья взрослого населения. Современные особенности социально-культурных явлений и тенденций общества создают, к сожалению, богатую почву для различного вида искажений психосексуального развития на всех его этапах.

Нет более мифологизированной сферы жизни человека, чем сексуальная, а специализированной сексологической помощи в нашем городе и области нет.

Многие не обращаются за помощью к сексологу в силу особенностей менталитета и предрассудков. В то же время доступность информации сексуального характера с девлантными формами сексуальной активности для подростков и молодежи практически неограниченна ничем.

Центр охраны репродуктивного здоровья подростков и молодежи, созданный на базе медико-санитарной части Оренбургского государственного университета – это, пожалуй, первая попытка повлиять на формирование здоровой сексуальности молодых людей города Оренбурга как части репродуктивного здоровья и здорового образа жизни в целом.

За время работы центра в рамках пилотного проекта, поддержанного фондом «Здоровая Россия» в 2007-2008 учебном году к сексологу обратились 416 человек, из которых мужчин – 218, женщин – 198. Из числа обратившихся почти половина пришли к специалисту с профилактической целью (194 человека). Те или иные жалобы на сексуальную сферу предъявлял каждый четвертый посетитель (101 человек).

В целом структура сексологических расстройств была представлена следующими состояниями:

- супружеская дисгармония..... 9 пациентов,
- диспарецнией..... 18,
- НОМЦ 24,
- синдром гиперандрогении 17,
- различные неврологические расстройства..... 10,
- нарушения эякуляции..... 3,
- депрессивные состояния 2,
- здоровые..... 157.

На самом деле описанный контингент обратившихся к сексологу – лишь «верхушка айсберга». По нашему мнению и мнению большого количества специалистов реально нуждающихся в помощи сексолога на порядок больше. Речь идет о значительной части населения страны, и это в полной мере касается

молодых людей, в частности, учащихся вузов.

Социально-экономические изменения в обществе, в том числе «сексуальная революция», привели к изменению полового поведения населения, и в первую очередь подростков и молодежи. Раннее начало половой жизни, беспорядочные половые связи, рост сексуального насилия, распространение коммерческого секса и вовлечение в него детей, подростков, широкое распространение в подростковой и молодежной среде алкоголя и наркотиков определяют чрезвычайную актуальность создания специализированной сексологической службы. В сложившихся условиях особую актуальность приобретают также новые, адекватные современной России, формы и программы полового просвещения и сексологической помощи. Наш центр в их числе.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОК ОГУ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Рыбалко Н.М.

Оренбургский государственный университет

По определению ВОЗ, репродуктивное здоровье – это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов во всех сферах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов.

Здоровье населения, в том числе репродуктивное, определяется экономическим и социальным положением населения, демографическими процессами, экологическими условиями жизни, а также отношением общества к женщине, ее ролью в обществе.

Гинекологическая заболеваемость – один из критериев качества репродуктивного здоровья. Здоровье детей и подростков определяет репродуктивный потенциал нации. Состояние репродуктивной системы во многом зависит от своевременности и гармоничности развития девочки во время полового созревания. Только здоровая мать может родить здорового ребенка.

В условиях неблагоприятной демографической ситуации, на фоне постоянного ухудшения здоровья женского населения, проблемы его охраны приобретают особую значимость (Стародубов В.И., 2006). Непосредственное ухудшение здоровья женщин, в том числе и репродуктивного, препятствует выполнению ими детородных функций (Шарапова Е.И., 1998).

Реальная распространенность гинекологических заболеваний значительно выше статистических данных. Специальные исследования показывают, что 40-60% женщин в активном репродуктивном возрасте страдают гинекологическими заболеваниями, однако далеко не все обращаются к врачу (Фролова О.Г., Ильичева И.А., 2002). Данные литературы последних лет подтверждают, что уровень гинекологической заболеваемости остается высоким. Эти вопросы глубоко изучаются как организаторами здравоохранения, так и акушерами-гинекологами.

Ведущими причинами ухудшения здоровья современной российской молодежи следует считать: социальную незащищенность, психосоциальную дезадаптацию, отсутствие сдерживания рискованного поведения, снижение внимания со стороны властных структур.

Проведен анализ случаев обращения пациенток в наш центр (627 обращений). В 84,3% - были студентки ОГУ, и в 6,7% - учащиеся школ и колледжей. Возрастная группа определилась от 16 до 24 лет.

Проведена беседа о методах контрацепции в 100% случаев. В результате обследований превалирует раннее начало половой жизни среди 16-18 летних девушек 69,05%. На момент обращения пациенток в центр, диагноз «Практически здорова» поставлен лишь 22,2% девушкам. Основными жалобами при обращении были: выделения из половых путей, боли внизу

живота и болезненные менструации.

При анализе структуры гинекологических заболеваний по нозологиям установлено, около 37,1% девушек страдают воспалительными заболеваниями. Неспецифические вагиниты перенесли 18,8% пациенток, болезни яичников в 2,2%, расстройства менструации встречалось в 12,6%, и дисменорея у 6,7% девушек. В среднем на 1 пациентку приходилось 1,2 заболеваний. Воспалительные заболевания специфической этиологии были выявлены в 2,8% случаев, трихомонадный кольпит 1,4%, вирусные инфекции 0,8%, хламидиоз 0,6%. Обращает на себя внимание количество аборт 0,8%. В группе воспалительных процессов наибольший удельный вес 18,3% приходился на воспалительные процессы придатков. Патология шейки матки зарегистрирована у 11,8% пациенток. Во время приема чаще всего диагностированы эктопии и воспалительные заболевания шейки матки. Среди заболеваний шейки матки основная доля приходилась на эндоцервицит 3,1% и экзоцервицит (2,7%). Большую долю занимают эктопии цилиндрического эпителия без осложнений 6,5%.

Заслуживает внимания соматическая патология девушек-подростков. По данным анамнеза чаще всего встречались заболевания ЖКТ-9,6%, ВСД 11,5%, варикозное расширение вен-2,8% цистит и пиелонефрит-2,6%.

Таким образом, результаты исследования показали наличие неблагоприятного соматического фона у значительного числа девушек, что, несомненно, может повлиять на возникновение и течение гинекологической патологии. Вместе с тем, большинство подростков недостаточно внимательно относятся к своему здоровью, в том числе гинекологическому.

В течение анализируемого периода произошли динамичные и неоднозначные изменения как отдельных показателей, характеризующих гинекологическое здоровье девушек, и показателей, характеризующих объем и качество оказания амбулаторной и гинекологической помощи. Врачебное консультирование в таком центре должно предполагать индивидуальный подход к каждой пациентке, детальное объяснение преимуществ и недостатков того или иного метода диагностики и лечения. Решить медицинскую проблему сохранения репродуктивного здоровья женского населения - значит осуществить принцип сохранения репродуктивного здоровья каждой девочки и девушки (Г.А. Ушакова, 2001 г).

Скоординированные действия государственных, негосударственных, общественных структур и частных лиц, рост благосостояния общества и улучшение жизни широких масс населения, заинтересованность самих подростков в сохранении здоровья и реализации репродуктивной функции могут повлиять на улучшение демографической ситуации и создать условия для стабильного развития России.