

ООН, о профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними в 2011 г., указывается на необходимость введения политики и действий, направленных на укрепление здорового питания и повышение уровня физической активности на уровне всего населения.

Заключение-выводы. Эффективность и результативность общей деятельности по предупреждению и преодолению ожирения позволит повысить уровень здоровья, уменьшить медицинские, социальные и экономические потери для общества, улучшить качество жизни населения.

Ключевые слова: ожирение, избыточная масса тела, неинфекционные заболевания, факторы риска, стратегии борьбы.

Keywords: obesity, overweight, non-communicable diseases, risk factors, strategies.

УДК 613.62:616.8-003.99

О.А. Кочетова, Н.Ю. Малькова

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПОЛИНЕЙРОПАТИЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ¹

ФБУН «Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья», Санкт-Петербург, oa-kochetova@list.ru

Введение. Профессиональная вегетативно-сенсорная полинейропатия верхних конечностей относится к частой и актуальной на сегодняшний день профессиональной патологии периферической нервной системы. В этиологии заболевания значительную роль играют физические перегрузки, воздействующие на кисть и мышцы предплечий, в сочетании с микротраumatизацией вегетативных и сенсорных рецепторов ладоней, действием температуры и вибрации.

В данной работе представлены данные по больным с профессиональными полинейропатиями верхних конечностей, с обобщением закономерностей в клинике, течении заболевания и лечении пациентов.

Материалы и методы. Были проанализированы истории болезни 45 больных с

¹О.А. Kochetova, N.Y. Mal'kova. Clinical and epidemiological description of the occupational polyneuropathy (North-west Public Health Research Center, Saint-Petersburg, Russian Federation).

профессиональными полинейропатиями верхних конечностей (21 мужчина, 24 женщин). Возраст пациентов в момент установления профессионального заболевания колебался в диапазоне от 22 до 62 лет. Профессии заболевших были разнообразными: маляр, штукатур, тепличница, огнеупорщик, судосборщик, стерженщик и пр. Пациентов объединяет общая клиническая картина заболевания: у всех отмечались чувствительные расстройства кожи дистальных отделов рук (у 15,6 % умеренные, у 84,4 % выраженные), трофические расстройства встречались несколько реже - у 86,7 % (умеренные у 48,7 %, выраженные - у 51,3 %). Признаки умеренного периферического ангиодистонического синдрома отмечались в 18 % случаев.

Результаты. Из-за отсутствия ярких клинических проявлений и социальной установки пациентов профессиональная полинейропатия верхних конечностей чаще регистрировалась уже во II стадии (40 % наблюдений) или в пограничном варианте I - II стадии (49 %), когда симптоматика и степень ее выраженности не в полной мере соответствовали легкой степени обнаруживаемых расстройств. В I, начальной, стадии заболевание было диагностировано лишь у 6,6 % больных. Оставшиеся 4,4 % пациентов длительное время (более 20 лет) наблюдались в ФБУН "СЗНЦ гигиены и общественного здоровья" с остаточными явлениями профессиональной полинейропатии.

Изолированно профессиональная полинейропатия была описана у 38 % больных. В остальных случаях этот диагноз сочетался с другими профессиональными заболеваниями: чаще всего с миофиброзом разгибательно-супинаторной группы мышц предплечий (42,2 %), радикулопатией пояснично-крестцового уровня (11,1 %), эпикондилезом латеральных надмыщелков плечевых костей (6,6 %), радикулопатией шейного уровня (6,6 %), плече-лопаточным периартрозом (6,6 %) и пр.

Все пациенты наблюдаются в ФБУН "СЗНЦ гигиены и общественного здоровья", срок наблюдения варьирует от 2 лет до 51 года. У всех пациентов проявления профессионального заболевания периферической нервной системы стойко сохраняются на протяжении многих лет наблюдения, несмотря на проводимое комплексное лечение (медикаментозную терапию, физиотерапию, санаторно-курортное лечение) и отстранение от работы с физическими перегрузками.

Выводы. В практике невролога-профпатолога пациенты с профессиональной вегетативно-сенсорной полинейропатией верхних конечностей встречаются часто. Для них характерен широкий круг профессий, поздняя выявляемость,

типичная клиническая картина, стойкое сохранение симптоматики. Все это заставляет, несмотря на хорошую изученность заболевания, искать новые способы ранней диагностики и лечения.

Ключевые слова: профессиональные полинейропатии, физические перегрузки.
Key words: occupational polyneuropathy, physical overloads.

А.Н.Кравченко

ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ

*Государственное научное учреждение «Научно-практический центр
профилактической и клинической медицины» Государственного управления
делами, г. Киев, Украина*

Введение. Одной из основных причин смерти в мире остается инфаркт миокарда (ИМ), который диагностируют более, чем у 7 млн. человек ежегодно, в т.ч. более 3 млн. ИМ с повышением сегмента ST (ST-ИМ). В Украине ежегодно регистрируется свыше 50 тысяч случаев инфаркта миокарда, что составляет 1,3 на 1 тыс. населения, при этом уровень заболеваемости в 3-5 раз ниже, по сравнению со странами ЕС.

Результаты. Показатели заболеваемости ИМ-контингента, который обслуживается в нашем Центре, в 3-4 раза превышает данные по Украине, причем средний возраст больных ИМ равняется 74,2±07 г., что на 10 лет больше, по сравнению со средним возрастом больных ИМ, согласно данных украинского регистра. Отметим, что сохранение диспансеризации, применение современных диагностических подходов (тропонинный тест, 100% обследование ЭКГ больных с ангинозными приступами на догоспитальном этапе), способствовали существенному улучшению диагностики, и соответственно, увеличению показателей заболеваемости ИМ. Вместе с тем, уровень смертности прикрепленного контингента от ИМ остается высоким и в последние 5 лет колеблется от 12 до 18%. Современный протокол оказания неотложной медицинской помощи больному с инфарктом миокарда предусматривает раннюю реваскуляризацию (ЧКВ, ангиопластика и/или стентирование) в течение 90 мин. после первого контакта с медицинским персоналом, или проведение фибринолитической тера-