

Таблица 2

Динамика показателей жесткости сосудистой стенки у больных подагрой на фоне лечения урисаном

показатели	контроль	Больные с гиперурикемией I ст. < 520 мкмоль/л (n=39)			Больные с гиперурикемией II ст. 520– 620 мкмоль/л (n=48)		
		до лечения	1 месяц терапии	3 месяца терапии	до лечения	1 месяц терапии	3 месяца терапии
РТТ	174,2±2,3	121,2±2,4 * ¹	159,3±3,1 * ^{1,2}	172,2±3,5 * ¹⁻³	110,7±1,8 * ¹	142,4±2,1 * ^{1,5}	169,5±1,9 * ^{1,5,6}
(dPd)max (мм.рт.ст/с)	1343,4±10,4	913,4 ±1,7 * ¹	1178,2±8,6 * ^{1,2}	1337,1±9,7 * ¹⁻³	687,6 ±2,1 * ¹	866,6±1,7 * ^{1,5}	1325,1±3,4 * ^{1,5,6}
ASI	35,1 ±1,8	45,2±1,6 * ¹	37,8±1,3 * ^{1,2}	35,4±1,2 * ¹⁻³	52,1±2,1 * ¹	45,4±1,3 * ^{1,5}	36,0±1,9 * ^{1,5,6}
Alx (%)	-35,5±1,8	-11,6±0,4 * ¹	-19,6 ±0,3 * ^{1,2}	34,5±0,5 * ¹⁻³	-9,8±0,6 * ¹	-17,3±0,5 * ^{1,5}	-31,3±0,4 * ^{1,5,6}
Ssys (%)	58,7 ±2,1	62,4 ±1,5 * ¹	59,4±0,4 * ^{1,2}	56,2±0,7 * ¹⁻³	74,7±1,3 * ¹	68,7±2,3 * ^{1,5}	58,4±2,6 * ^{1,5,6}
СРПВ	156,5±8,6	176,4±10,1 * ¹	159,5±7,7 * ^{1,2}	155,1±9,1 * ¹⁻³	202,3±11,7 * ¹	181,1±9,7 * ^{1,5}	157,2±8,7 * ^{1,5,6}

У больных подагрой с низкой ГУ после месяца терапии урисаном концентрация вЧСРБ снизилась на 44,1% (p<0,05) в сравнении с исходными показателями, и не отличалась от показателей контрольной группы, через 3 месяца терапии его уровень в группе также не превышал значения контроля. У больных подагрой с умеренной ГУ, терапия урисаном сопровождалась достоверным снижением концентрации вЧСРБ сыворотки, так через месяц терапии урисаном уменьшение его концентрации составило 56,6% (p<0,05), после 3 месяцев лечения отмечено снижение содержания вЧСРБ ещё на 28,6% и не отличалось от показателя в группе контроля, что свидетельствует о достоверном регрессе активности воспаления на фоне приема урисана.

Исследования показали, что при легкой степени урикемии назначение урисана в течение месяца сопровождалось достоверным уменьшением содержания ТФР-β1 на 17,1%. После 3 месяцев терапии значения этого показателя не отличались от контроля. При умеренной ГУ применение урисана уже в течение 1 месяца вызывало достоверное снижение уровня ТФР-β1 на 28,2%; увеличение сроков лечения до 3 месяцев приводило к нормализации концентрации ТФР-β1.

После лечения урисаном в течении месяца в группе больных с низкой ГУ выявлено достоверное увеличение времени распространения пульсовой волны на 23,9% (p<0,05), снижение СРПВ на 9,6% (p<0,05). Также достигнуто значимое снижение индекса ригидности на 40,8% (p<0,05) индекса аугментации (Alx), определяющего эластичность сосудистой стенки; через 3 месяца терапии – данные показатели приближались к группы контроля. При умеренной ГУ использование терапии приводило к достоверной положительной динамике изучаемых величин – после 3 месяцев терапии РТТ, (dPd/dt)max, ASI, Alx статистически не отличались от значений группы контроля.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что терапия урисаном наряду с гипоурикемической эффективностью, обладает корректирующим влиянием на уровень вЧСРБ, ТФР-β1 и на параметры жесткости сосудистой стенки у больных подагрой.

Согласно полученным данным, у всех обследованных больных подагрой выявлено повышение жесткости сосудистой стенки, увеличение уровня вЧСРБ и ТФР-β1. Проведенный корреляционный анализ установил наличие достоверных взаимосвязей между исследуемыми показателями иммунного статуса и параметрами, характеризующими упруго-эластические свойства сосудистого русла, что позволяет рассматривать гиперпродукцию вЧСРБ и ТФР-β1 в качестве одного из механизмов прогрессирования жесткости артериального русла при подагре.

У больных подагрой на фоне терапии урисаном определено достоверное снижение СРПВ; индекса аугментации (Alx); а также увеличение времени распространения пульсовой волны (РТТ). РТТ – величина обратная скорости распространения пульсовой волны (СРПВ), являющейся маркером жесткости артерий [5]. Следует отметить, что СРПВ является сильным предиктором сердечнососудистой смертности. СРПВ напрямую зависит от артериальной растяжимости и жесткости: чем больше ригидность сосудистой стенки и меньше ее растяжимость, тем больше СРПВ, и соответственно меньше РТТ.

В нашем исследовании у больных подагрой под влиянием терапии урисаном достигнуто уменьшение уровня вЧСРБ, ТФР-β1, установлена положительная динамика параметров, характеризующих жесткость артериального русла. Полученные результаты свидетельствуют о наличии у урисана плейотропного корректирующего влияния на механизмы повышения жесткости сосуди-

стого русла, что потенциально связано с уменьшением риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

Выводы.

1. У больных подагрой имеет место нарушение иммунного статуса, проявляющееся сповышением вЧСРБ и ТФР-β1; снижение эластичности (уменьшение времени распространения пульсовой волны (РТТ), увеличение индекса аугментации (Alx) и ригидности (ASI) и повышение жесткости (увеличение СРПВ) сосудистого русла, более выраженные у больных с умеренной гиперурикемией.

2. Урисан обладает корректирующим влиянием на уровень вЧСРБ и ТФР-β1, что проявляется достижением достоверного снижения данных медиаторов после терапии урисаном.

3. У больных подагрой ремоделирование сосудистого русла прогрессируют с нарастанием гиперурикемии. Урисан наряду с гипоурикемическим действием, обладает корректирующим влиянием на упруго-эластические свойства артериального русла, эффективность которого возрастает с удлинением сроков лечения.

Литература

1. Барскова, В.Г. Как оптимизировать лечение больных подагрой с хроническим артритом. В фокусе – Урисан. /В.Г. Барскова, А.Е. Ильина// Современная ревматология. – 2009. – №1. – С. 49–50.
2. Барскова, В.Г. Подагра: клиническое течение, диагностика, лечение / В.Г. Барскова, В.А. Насонова // Качество жизни. Медицина. – 2003. – №3. – С. 49–53.
3. Кетлинский, С.А. Цитокины / С.А. Кетлинский, А.С. Симбирцев. – СПб.: ООО «Издательство Фолиант», 2008. – 552.
4. Кобалава, Ж.Д. Мочевая кислота – маркер и/или новый фактор риска развития сердечно-сосудистых осложнений? / Ж.Д. Кобалава, В.В. Толкачева, Ю.Л. Караулова // Русский медицинский журнал. – 2002. – Т.10, №10. – С. 431–436.
5. Высокое систолическое давление: акцент на эластические свойства артерий / Кобалава Ж.Д. [и др.]// Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – М., 2006. – Т.6. – №5. – С. 10–16

THE CONTENT OF HIGH-SENSITIVITY C-REACTIVE PROTEIN, TRANSFORMING GROWTH FACTOR AND ELASTICITY OF BLOODSTREAM IN PATIENTS WITH GOUT AND THEIR DYNAMICS AT THE BACKGROUND OF TREATMENT

YE. A. MASALOVA, L.I. KNYAZEVA, V. YE. IVAKIN

Kursk State Medical University

The results of examining 87 patients with gout have shown the presence of c-reactive protein level increasing, transforming growth of growth facto β1, correlating with infringements of elastic properties of a vascular wall. It is established that urisan therapy corrects the immune inflammation activity, reduces rigidity and raises vascular wall elasticity at patients with gout.

Key words: vascular wall rigidity, pulse transit spread, c-reactive protein, transforming growth factor β1, agout, urisan.

УДК 616.36-089.844

АЛГОРИТМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КИСТАМИ ПЕЧЕНИ

И.Я. БОНДАРЕВСКИЙ*

Диагноз истинной кисты печени должен быть обоснован данными ультразвукографии, нормальными значениями уровня онкомаркёров и отсутствием титра антител к эхинококку. Использование предлагаемого алгоритма действий при выявлении кистозного поражения печени позволяет выбрать рациональную лечебную тактику у пациентов с этой патологией.

Ключевые слова: хирургическое ведение, печень, киста, ультрасонография.

Непаразитарные кисты печени встречаются в 2,5-5% случаев всех очаговых поражений печени. Только в 10-15% случаев кисты вызывают появление клинической симптоматики. Осложнения истинных кист печени крайне редки. Поэтому вопрос об оперативном лечении должен решаться по строгим показаниям.

Пункционно-склерозирующие методы лечения предлагают-

* ГОУ ВПО Челябинская государственная медицинская академия Росздрава, 454000 г. Челябинск, ул. Воровского, 64.

ся многими исследователями. Однако, несмотря на простоту исполнения, частота рецидивирования при этом способе достигает 100% [11,14]. Эти данные совпадают с наблюдениями [5,7], которые сообщают о рецидивах после малоинвазивных методик так же до 100% случаев. Это связано, по мнению авторов с большими размерами кист и формированием ригидных стенок. Прогностически благоприятными критериями возможности пункционного склерозирующего лечения являются размеры образования (не более 12 см), отсутствие внутренних перегородок и краевое расположение [5,11].

В то же время отмечается 100% успех малоинвазивного лечения поверхностных небольших кист. Но это относится к тем случаям, при которых лечение «простых» кист печени нецелесообразно [4,8].

Видеолaparоскопическое удаление истинных кист в настоящее время становится операцией выбора при истинных кистах или поликистозе печени [11,12]. Успех оперативного лечения, по их мнению, зависит от отбора больных с «доступной» локализацией кист, отсутствия признаков печеночной недостаточности при поликистозе, тщательном гемостазе, деструкции всей эпителиальной выстилки кист, закрытии остаточной полости большим салынником. С этими положениями согласны и отечественные ученые [1,2,9]. Авторы также считают, что видеолaparоскопическое лечение непаразитарных кист эффективно и безопасно только при их поверхностном расположении в доступных отделах печени.

«Открытое» хирургическое лечение непаразитарных кист показано в исключительных случаях [3,6,13]. Традиционные операции оправданы при возникновении неотложных состояний (кровотечение, разрыв и т.д.). А так же при появлении клинической симптоматики, связанной с растяжением капсулы печени или сдавлением соседних органов. Хирургическое лечение заключается во вскрытии, максимальном иссечении стенки кисты и деструкции эпителиальной выстилки [12], от которой зависит частота рецидивов образования [8,10]. Однако, несмотря на относительную простоту операций и техническое обеспечение, частота рецидивирования после «открытых» операций достигает 13-18% и связана с наличием остаточной полости после фенестрации кисты.

Таким образом, проблема радикального лечения при непаразитарных кистах печени ещё далека от разрешения. Хорошие результаты при малоинвазивном лечении возможны только при небольших размерах кист, которые в большинстве случаев нуждаются только в динамическом наблюдении.

В изученной литературе представлен только один способ одновременного сочетания коагуляции внутренней поверхности кист и пломбировки аллогенным трансплантатом - аллоплантом [8]. Однако, методика не получила распространения, вероятно в связи с малодоступностью этого материала. Тем не менее, единственный путь радикального решения этой проблемы нам представляется в разработке простой методики, сочетающей коагуляцию эпителиальной выстилки кист и ликвидацию остаточной полости.

Хирургические лазеры обладают определенными преимуществами перед другими инструментами из-за возможности стерилизующего эффекта, коагуляции сосудов мелкого, а при использовании компрессии и среднего диаметра, дозирования излучения. В международной литературе периодически появляются работы, посвященные успешному использованию высокоинтенсивных лазеров при некоторых операциях на печени. Однако, в целом, отношение хирургической общественности к этому виду физической энергии остаётся сдержанным. По всей вероятности это свидетельствует о перспективности и в то же время недостаточной изученности данного вопроса.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением с 2000 года находятся 48 мужчин и 54 женщины, в возрасте от 17 до 79 лет, у которых при диспансерном обследовании был установлен диагноз кисты печени. Во всех случаях клинических проявлений наличия кист не отмечалось. Первичное выявление осуществлялось при ультразвуковом обследовании печени, во время которого констатировался факт наличия анэхогенного аваскулярного образования с чёткими и ровными контурами, с тонкими стенками и эффектом усиления акустического сигнала за образованием (рис. 1).

Обязательным компонентом для постановки диагноза кисты было определение нормального уровня раковоэмбрионального антигена, карбогидратного антигена, α -фетопротеина и отрицательного титра антител к эхинококку в сыворотке крови.



Рис. 1. Ультразвуковое сканирование печени. Анэхогенное образование (1) с эффектом дистального усиления эхосигнала (2) – киста печени.

Тактика ведения пациентов с кистами печени определялась в зависимости от количества, локализации и размеров кист. А так же сопутствующей соматической патологией, повышающей риск проведения наркоза (табл. 1).

Показания к оперативному лечению при первичном выявлении кист печени были определены в 26 случаях (25,5%). Из них абсолютные показания, при кистах более 10 см, были определены у 14 человек (13,7%). Относительные показания при кистах пограничных размеров от 6 до 8 см у 10 человек (9,8%).

Таблица 1

Показания к оперативному лечению при кистах печени

Киста < 10 см Клинические проявления. Прогрессирующий рост.		Киста ≥ 10 см
Риск анестезии		
Невысокий. Средний.		Очень высокий.
Локализация:		Пункционно-склерозирующее лечение.
«Удобная»:		
Передние отделы печени	Задние отделы печени	
Видеолaparоскопия	«Открытая» операция	

На основании указанного алгоритма действий, оперативное лечение было выполнено у 14 пациентов. В двух случаях при локализации кисты в проекции II-III сегментов (рис. 2), была выполнена лапароскопическая фенестрация с деструкцией эпителия внутренней поверхности остаточной полости излучением диодного лазера (длина волны 805 нм).

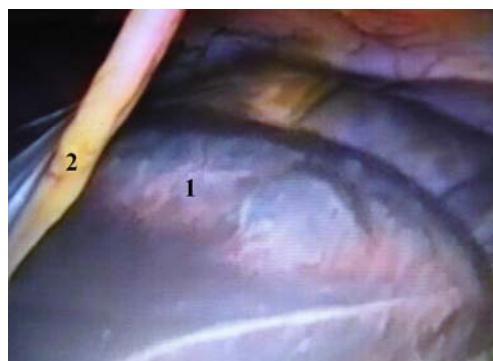


Рис. 2. Интраоперационная фотография. Киста II-III сегментов печени (1), расположенная слева от серповидной связки (2).

В остальных 12 случаях выполнялась «открытая» операция. Удаление кисты и ликвидация остаточной полости как источника возможных осложнений осуществлялось при использовании падающего лазерно-пластического способа хирургического лечения объемных образований паренхиматозных органов (патент № 2160068 от 10.12.2000).

Способ заключается в том, что производится вскрытие просвета кисты на всем протяжении и максимальное иссечение капсулы. После эвакуации содержимого выполняется тщательная ревизия внутренней поверхности для выявления возможных

внутренних отверстий желчных свищей. При обнаружении их они должны быть тщательно ушиты и решён вопрос о необходимости дренирования холедоха. Затем вся эпителиальная выстилка обрабатывается излучением диодного лазера (длина волны 805 нм) на мощности 10-15 Вт, до изменения её цвета и образования стойкого коагуляционного струпа. В результате этого происходит полная деструкция внутренней эпителиальной выстилки кисты, что предотвращает рецидивирование в дальнейшем. Гепатизация остаточной полости не проводилась. Вместо этого выполнялась её тампонада пластиной ксеногенной консервированной брюшины необходимых размеров и прядью аутосальника, которые фиксировались блоковидными швами (рис. 3). Впоследствии плоскостные сращения, прорастающие сосудами, обеспечивали надёжную фиксацию этого биологического тампона.

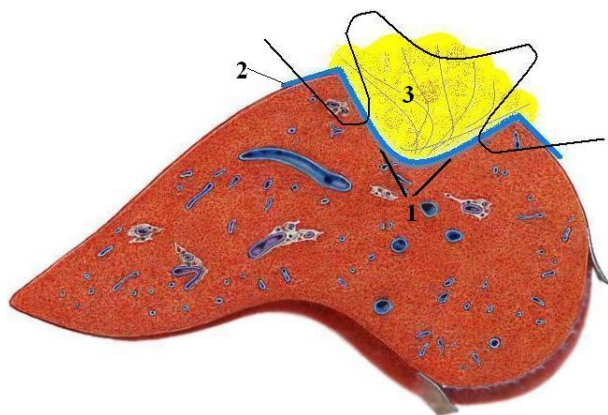


Рис. 3. Пластическое закрытие остаточной полости после фенестрации и лазерной деструкции кисты печени (схема): Поверхность остаточной полости (1), покрытая пластиной ксеногенной брюшины (2) и тампонирующая прядь сальника (3).

У 5 пациентов с размерами кист от 6 до 8 см выполнялось однократное пункционно-склерозирующее лечение под ультразвуковым контролем.

Ещё 5 пациентов с кистами пограничных размеров категорически отказались от проведения каких-либо лечебных вмешательств.

Результаты и их обсуждение. Послеоперационный период во всех случаях протекал удовлетворительно. Осложнений и летальности после операций не было. Длительность стояния контрольных дренажей во всех случаях не превышала 2 суток. Среднее количество отделяемого по дренажам составило $47,8 \pm 26,3$ мл/сут. Через сутки после «открытых» операций и в течение 24 часов после видеоэндоскопических операций проводилась успешная активизация больных, восстанавливалось энтеральное питание.

Каких либо изменений функциональных проб печени и других лабораторных данных после операций не было зафиксировано. Послеоперационный койко-день составил $5,4 \pm 2,3$.

Все пациенты ежегодно проходят контрольное ультразвуковое исследование. Период наблюдения составляет от 3 до 10 лет. За это время признаков рецидива оперированных кист и появления новых образований у этих пациентов не было зафиксировано.

Из 5 пациентов, которым выполнялось пункционно-склерозирующее лечение, рецидив образования в течение первого года после вмешательства был определён в 4 случаях. Впоследствии в 2 случаях у этих пациентов выполнена «открытая» операция.

Из остальных 81 пациентов, находящихся под наблюдением в 2 случаях (2,5%) в течение 3-5 лет отмечено прогрессирующее увеличение размеров имеющихся кист. Впоследствии это позволило выставить им показания и провести оперативное лечение из лапаротомного доступа по разработанному лазерно-пластическому способу.

Всего среди наблюдающихся пациентов с истинными кистами печени оперативное лечение выполнено в 18 случаях (17,6%), из них в 2 случаях видеоэндоскопическим доступом. По причине очень высокого риска общей анестезии, пункционно-склерозирующий способ лечения под ультразвуковым контролем

использован в 5 случаях и в 80% случаев это повлекло за собой рецидив образования.

Выводы. Таким образом, диагноз истинной кисты печени должен быть обоснован данными ультразвукографии, нормальными значениями уровня онкомаркёров и отсутствием титра антител к эхинококку. Использование предлагаемого алгоритма действий при выявлении кистозного поражения печени позволяет выбрать рациональную лечебную тактику у пациентов с этой патологией.

Операцией выбора при кистах печени должно быть видеоэндоскопическое пособие. А показания к «открытым» операциям должны базироваться в первую очередь на противопоказаниях к видеоэндоскопическому доступу. При локализациях в области портальных или кавальных ворот, в I-VIII сегментах, при подозрении на наличие цистобилиарного свища, операцию необходимо выполнять из лапаротомного доступа.

При соблюдении показаний видеоэндоскопическое удаление кисты с лазерной обработкой сопровождается минимальной кровопотерей и быстрым восстановительным периодом после операции.

Недостатком проведения видеоэндоскопических операций при кистах печени можно считать техническую невозможность создания пломбировки или тампонады остаточной полости. Если коагуляция внутренней эпителиальной выстилки кисты выполнена недостаточно, то существует реальная опасность формирования околораневой серомы или биломы с последующим инфицированием.

Предложенный лазерно-пластический способ операций при кистах печени является радикальным и органосохраняющей операцией при кистозном поражении печени.

Литература

1. Лапароскопическое лечение непаразитарных кист печени / М.А. Алиев [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2004. Том 9. – № 2. С. 69.
2. Альперович, Б.И. Применение низких температур в лечении кист печени / Б.И. Альперович, Н.В. Мерзилькин, В.Н. Сало и др. // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2004. – Том 9. – № 2. – С. 70.
3. Бородин, М.А. Применение малоинвазивных вмешательств под ультразвуковым контролем у больных с объемными образованиями печени / М.А. Бородин, Д.М. Красильников, И.В. Зайнуллин и др. // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2004. Том 9. – № 2. – С. 74–75.
4. Вишневский, В.А. Операции на печени. Руководство для хирургов / В.А. Вишневский, В.А. Кубышкин, А.В. Чжао, Р.З. Икрамов. – М. – «МИКЛОШ». – 2003. – 156 с.
5. Завеня, З.С. Тактические подходы к хирургическому лечению очаговых заболеваний печени / З.С. Завеня, Н.Н. Багмет, О.Г. Скипенко // *Хирургия.* – 2004. – № 6. – С. 54–58.
6. Корнилов, Н.Г. Хирургическое лечение очаговой патологии печени (20-летний опыт) / Н.Г. Корнилов, С.П. Чикотеев, М.В. Прокопьев // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2004. – Том 9. – № 2. С. 224.
7. Негативные последствия пункционного метода лечения паразитарных кист печени / Ф.Г. Насыров [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2004. – Том 9. – № 2. – С. 92–93.
8. Нартайлаков, М.А. Клинико-экспериментальное обоснование применения аллогенных трансплантатов и медицинских лазеров при хирургическом лечении больных с очаговыми образованиями печени: автореф. дис. ... док. мед. наук / М.А. Нартайлаков. – М. – 1995. – 27 с.
9. Шабунин, А.В. Хирургическое лечение непаразитарных кист печени / А.В. Шабунин, М.М. Тавоилов, И.Н. Лебединский // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2004. – Том 9. – № 2. – С. 103–104.
10. Миниинвазивный метод в лечении осложнений и травм печени / В.А. Шантуров [и др.] // *Хирургия.* – 2002. – № 2. – С. 23–27.
11. Fiamingo P. Laparoscopic treatment of simple hepatic cysts and polycystic liver disease / P.Fiamingo, U.Tedeschi, M.Veroux et al. // *Surgical Endoscopy.* – 2003. – № 17. – P. 623 – 626.
12. Giuliani F. Risk for laparoscopic fenestration of liver cysts / F.Giuliano, F. D'Acapito, M. Vellone et al. // *Surgical Endoscopy.* – 2003. – № 17. – P. 1735 – 1738

13. Giorgio A. Liver cysts: 13 years of experience in percutaneous needle aspiration with US guidance /A. Giorgio, L.Tarantino, N.Mariniello, at al// Eur. J. Ultrasound 2000; 12: 145-154.

14. Poggi G. Spontaneous rupture of non-parasitic hepatic cyst / Poggi G, Gatti C, Delmonte A., et al// J. Clin. Pract.- 2006.- V. 60.- № 1.- P. 99 – 103.

ALGORITHM SURGICAL MANAGEMENT OF PATIENTS WITH LIVER CYSTS

I.YA. BONDAREVSKY

Chelyabinsk State Medical Academy

The diagnosis of true liver cysts should be substantiated by ul-

trasonography data, normal values of tumor markers` level and the

absence of the antibody titer to Echinococcus. Using the proposed algorithm in identifying cystic liver lesions makes it possible to select a rational treatment policy in patients with this kind of disease.

Key words: surgical management, liver cyst, ultrasonography.

УДК 616-092.11

ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙ УРОВЕНЬ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ КАЛУЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Ю.И. ГРИГОРЬЕВ*, А.В. ЕРШОВ**

В статье представлены результаты изучения первичной заболеваемости населения Калужской области за десятилетний период. Выявлены распространенность, динамика и особенности её показателей по всем заболеваниям в целом и по отдельным классам болезней среди различных возрастных контингентов населения как по области, так и по административным районам. Установлено, что большое влияние на общий уровень первичной заболеваемости населения области оказывает состояние здоровья детей, особенно подросткового возраста. Первичная заболеваемость подростков имеет отчетливую тенденцию к росту. Среднегодовой темп её прироста составляет 8,9%. Среди первичной заболеваемости подростков первые три места занимают болезни органов дыхания, кожи и подкожной клетчатки, травмы и отравления. К территориям с уровнем подростковой первичной заболеваемости значительно выше среднего по области относится Перемышльский район, в котором он в 2009 г. составлял 2534,0 ‰ – больше среднеобластного показателя в 1,49 раза.

Ключевые слова: первичная заболеваемость, население, Калужская область.

Показатели, характеризующие уровень здоровья населения, служат важными индикаторами состояния системы здравоохранения и общего социально-экономического благополучия государства. Традиционно оценка состояния здоровья населения предусматривает анализ двух основных групп показателей, характеризующих демографические процессы и процессы заболеваемости населения [9,11,12].

Цель исследования. Поскольку сохранение и укрепление здоровья населения – одна из важных социально-экономических задач государственного управления, для ее решения должен быть использован комплексный системный анализ процессов и механизмов формирования здоровья [8]. Медико-демографическая ситуация, как в целом по Российской Федерации, так и в большинстве её регионов, характеризуется низкой рождаемостью и высоким уровнем общей смертности, являющихся следствием сложившейся социально-экономической ситуации и существующего состояния здоровья, что негативно сказывается на продолжительности жизни и численности населения [1,2,5,10,12].

Материалы и методы исследования. Для изучения состояния здоровья жителей Калужской области нами проведен ретроспективный системный анализ и оценка основных показателей распространенности и динамики нозологических форм первичной заболеваемости всего населения в целом и по возрастным группам за 1999-2009 гг. С этой целью использованы статистические сборники и материалы Росстата и Калугастата, федеральных

и региональных органов управления здравоохранением [1-7].

Результаты и их обсуждение. Основные показатели и динамика первичной заболеваемости населения Калужской области представлены в таблице.

Выяснено, что с 2003 г. по 2006 г. уровень первичной заболеваемости населения в целом по области имел явную тенденцию к постепенному, хотя и не очень значительному, его снижению. К сожалению, следует отметить, что после 2006 г. ситуация несколько изменилась в худшую сторону. Так, показатель первичной заболеваемости в 2009 г. составил 878,1 случая на 1000 совокупного населения (далее – ‰), что оказалось больше на 9,4% чем в 2006 г. и на 4,5% чем в 2008 г. (рис. 1).

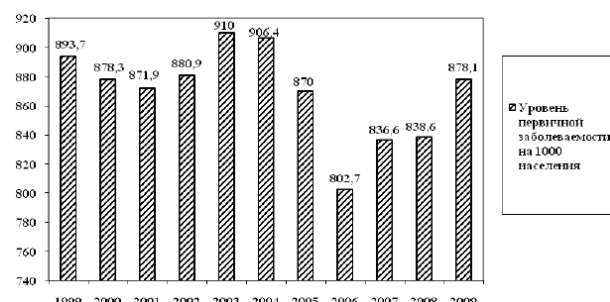


Рис. 1. Динамика первичной заболеваемости всего населения области с 1999 г. по 2009 г., в ‰

Таблица

Динамика первичной заболеваемости населения Калужской области по классам болезней за 1999-2009 гг. (число случаев на 1000 человек)

Классы болезней (МКБ-10)	1999	2004	2007	2008	2009	2009 г. в сравнении с 1999 г.
Все население области в целом						
В целом по всем классам, всего:	893,7	906,4	836,6	838,6	878,1	снижение (-) < на 1,74%
- инфекционные и паразитарные болезни	51,1	38,5	34,6	31,6	37,2	< на 27,2%
- болезни эндокринной системы	5,5	10,2	9,7	9,6	9,1	увеличение (>) в 1,65 раза
- психические расстройства	4,0	5,2	5,6	5,5	5,5	> на 37,5%
- болезни нервной системы	33,7	32,4	24,9	24,6	24,6	< на 27,0%
- болезни системы кровообращения	24,8	32,0	29,1	29,2	32,0	> на 29,0%
- болезни кожи и подкожной клетчатки	47,7	54,5	59,4	56,4	57,5	> на 25,8%
- врожденные аномалии и пороки развития	0,6	2,0	2,0	2,2	2,3	> в 3,8 раза
- травмы и отравления	63,5	67,6	64,0	73,2	72,7	> на 14,49%
Взрослое население (18 лет и старше)						
В целом по всем классам, всего:	651,9	646,8	583,6	593,0	607,1	< на 6,87%
- болезни эндокринной системы	4,1	6,5	8,0	8,5	8,0	> в 1,95 раза
- психические расстройства	3,9	5,4	5,7	5,7	5,5	> на 46,15%
- болезни нервной системы	31,9	27,2	19,0	18,6	18,9	< на 41,02%
- болезни системы кровообращения	30,3	37,1	33,3	33,1	36,0	> на 18,82%
- болезни кожи и подкожной клетчатки	33,0	51,3	47,5	42,7	43,5	> на 31,82%
- болезни костно-мышечной системы	58,7	50,4	42,4	41,9	40,1	< на 31,69%
Дети (до 14 лет)						
В целом по всем классам, всего:	1958,8	2244,1	2252,2	2206,2	2369,1	> на 20,95%
- болезни эндокринной системы	10,4	25,0	16,7	13,7	13,7	> на 31,7%
- болезни системы кровообращения	4,1	9,1	7,7	9,3	11,0	> в 2,68 раза
- болезни кожи и подкожной клетчатки	100,4	129,3	125,2	131,6	133,1	> на 32,6%
- врожденные аномалии и пороки развития	2,5	10,5	13,0	14,1	14,9	> в 5,92 раза
Подростки (15 – 17 лет)						
В целом по всем классам, всего:	1025,2	1317,0	1388,5	1485,8	1697,7	> в 1,65 раза
- новообразования	2,4	3,8	3,3	3,6	5,0	> в 2,08 раза
- болезни эндокринной системы	11,8	27,8	20,4	19,5	18,4	> на 55,9%
- психические расстройства	8,0	9,6	9,3	10,1	13,6	> в 1,7 раза
- болезни нервной системы	36,2	50,1	47,5	54,6	66,2	> в 1,83 раза
- болезни глаза	57,3	60,2	79,7	87,7	89,9	> в 1,59 раза
- болезни системы кровообращения	7,9	14,4	13,3	13,3	14,1	> в 1,78 раза
- болезни органов дыхания	518,1	654,2	757,6	805,1	978,8	> в 1,89 раза
- болезни органов пищеварения	32,8	51,8	47,0	55,2	63,3	> в 1,93 раза
- болезни кожи и подкожной клетчатки	57,0	94,7	86,4	96,8	107,6	> в 1,89 раза
- болезни костно-мышечной системы	49,8	100,3	79,8	85,6	84,2	> в 1,69 раза
- врожденные аномалии и пороки развития	2,6	6,6	3,3	4,4	4,8	> в 1,85 раза
- травмы и отравления	62,8	80,7	95,0	104,1	106,8	> в 1,7 раза

* Тульский государственный педагогический университет, 300000 г. Тула, пр-т Ленина, 105, тел. (4872) 33-17-72, e-mail: gyuitula@yandex.ru

** Калужский филиал Московского гуманитарно-экономического университета, 248000 г. Калуга, ул. Гагарина, 1, тел. (4842) 57-80-30, e-mail: amiga@Kaluga.ru

По среднегодовым показателям территорий районов области с высоким уровнем первичной заболеваемости не наблюдалось. Проведенный анализ статистических данных за 2009 г. позволил установить общую картину уровней первичной забо-