

тики, сопровождается меньшим показателем числа рецидивов и осложнений раннего и отдаленного послеоперационного периода. Предлагаемая методика, по сравнению с герниопластикой местными тканями, спо-

собствует сокращению сроков госпитализации, временной нетрудоспособности, уменьшает период реабилитации в связи с более ранней трудовой активностью больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамьян А.А., Магомадов Р.Х., Кутин А.А., Наумов С.С. Комбинированная пластика при паховых грыжах // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. — 2007. — № 2. — С.74-79.
2. Алферова М.А. Основы прикладной статистики: Метод. рекомендации. — Иркутск.: ИГИУВ, 2007. — 101 с.
3. Герасимов А.Н. Медицинская статистика: Учебное пособие. — М.: МИА, 2007. — 480 с.
4. Жебровский В.В., Тоскин К.Д., Бабанин А.А. и др. Новый способ пластики пахового канала при лечении паховых грыж // *Вестник хирургии*. — 1995. — Т. 154, № 3. — С.81-85.
5. Скрипченко Н.А. Анализ данных в MICROSOFT

6. EXCEL. — Иркутск: Изд-во ИрГТУ, 1998. — 60 с.
7. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л., Федоров Д.А. Методики хирургического лечения паховых грыж: (методические рекомендации) // *Хирург*. — 2006. — № 9. — С.40-50.
8. Юрасов А.В., Шестаков А.Л., Федоров Д.А., Тимошин А.Д. Современные подходы к лечению паховых грыж // *Хирург*. — 2006. — № 9. — С.18-21.
9. Amid P.K., Lichtenstein I.L. Long term result and current status of the Lichtenstein open tension-free hernioplasty // *Journal Hernia*. — 1999. — Vol. 2. — P.89-94.
10. Henry J., Andrew M.R. Using numerical results from systematic reviews in clinical practice // *Ann Intern Medicine*. — 1997. — Vol. 126. — P.712-720.

Адрес для переписки:

664003, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, ИГМУ, кафедра факультетской хирургии.

Щербатых Андрей Васильевич - зав. кафедрой, профессор, д.м.н.

© МУТИНА А.Н., БРЕГЕЛЬ Л.В., СУББОТИН В.М., МИХАЛЕВИЧ И.М. — 2008

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В РАННЕЙ СТАДИИ СЛИЗИСТО-КОЖНО-ЛИМФО-ЖЕЛЕЗИСТОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

А.Н. Мутина, Л.В. Брегель, В.М. Субботин, И.М. Михалевич

(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра педиатрии, зав. — д.м.н., проф. Л.В. Брегель)

Резюме. Исследованы изменения ЭКГ в ранней стадии слизисто-кожного лимфо-железистого синдрома у детей. Сравнение групп детей с коронаритом и миокардитом показало, что отрицательный зубец $T_{II,III,V4-V6}$ при коронарите (группа III) встречается достоверно чаще, чем при миокардите (группа II, $p_{II-III}=0,047$), а снижение вольтажа зубцов комплекса QRS более характерно для миокардита, чем для коронарита ($p_{II-III}=0,003$). При коронарите с повреждением левой коронарной артерии либо обеих главных артерий патологические сдвиги ЭКГ выражены наиболее резко и включают инверсию зубца T, смещение ST-сегмента относительно изолинии (чаще ST-депрессию), патологический зубец Q, удлинение интервала QT. С помощью дискриминантного анализа были вычислены линейные дискриминантные функции, позволяющие прогнозировать поражение коронарных артерий по данным электрокардиограммы.

Ключевые слова: слизисто-кожно-лимфо-железистый синдром, дети, электрокардиограмма, коронарные артерии, коронарит.

ELECTROCARDIOGRAPHIC ABNORMALITIES IN AN ACUTE STAGE OF A MUCOCUTANEOUS LYMPH NODE SYNDROME IN CHILDREN

A.N. Mutina, L.V. Bregel, V.M. Subbotin
(Irkutsk State Institute for Medical Advanced Studies)

ECG abnormalities in an acute stage of a mucocutaneous lymph node syndrome in children are investigated. Comparison of groups of children with coronaritis and myocarditis has shown, that negative wave $T_{II,III,V4-V6}$ in coronaritis (group III) met authentically more often, than in myocarditis (group II, $p_{II-III}=0,047$), and reduction voltage complex QRS is more typical for myocarditis, than for coronaritis ($p_{II-III}=0,030$). In coronaritis with damage of the left coronary artery or both main arteries pathological shifts of an ECG are expressed most sharply and include inversion wave T, displacement of a ST-segment is relative isoline (is more often ST-depression), pathological wave Q, lengthening interval QT. With the help of the discriminant analysis the linear discriminant functions have been calculated, allowing to predict defeat of coronary arteries according to the electrocardiogram.

Key words: mucocutaneous lymph node syndrome, children, electrocardiogram, coronary arteries, coronaritis.

Слизисто-кожно-лимфо-железистый синдром (СКЛС, болезнь Кавасаки) — один из наиболее распространенных в мире детских системных васкулитов, который часто сопровождается поражением сердца (в первую очередь коронарных артерий). Различают полную и неполную форму СКЛС, в зависимости от числа диагностических признаков в начале заболевания. К ним относятся: подъем температуры тела $\geq 37,50C$ аксиллярно в течение 5 дней и более, изменения кожи конечностей, полиморфная экзантема, 2-х-сторонний катаральный конъюнктивит, изменения слизистых обо-

лочек ротовой полости, негнойный шейный лимфаденит [1]. Если у пациента нет других известных заболеваний, наличие 4-5-ти из этих симптомов позволяет поставить диагноз полной формы СКЛС. При неполной форме отсутствуют 2-3 перечисленных признака. Большинство публикаций о болезни Кавасаки посвящено серьезным осложнениям коронарита — аневризмам, инфаркту миокарда, внезапной сердечной смерти [3,4,8,9]. Клинические симптомы коронарита включают стенокардию или ее эквиваленты у младенцев (внезапное беспокойство, бледность, проливной пот, боли

в животе), миокардиальную дисфункцию, приступы сердцебиения [1]. В мире для диагностики поражения коронарных артерий при СКЛС обычно используется 2-х-мерная эхокардиография, при которой обнаруживают изменения диаметра коронарных артерий (КА) (чаще дилатация), гиперэхогенный сигнал от периваскулярного ложа и стенок, утолщение стенок и неравномерность сосудистого просвета.

Электрокардиографические признаки коронарита мало знакомы педиатрам и врачам детской функциональной диагностики. В то же время, электрокардиографическая диагностика ишемии миокарда при атеросклерозе коронарных артерий у взрослых считается неотъемлемой частью обследования. Патоморфологически ишемическое повреждение миокарда по глубине бывает субэндокардиальным, субэпикардиальным и крупно-очаговым (трансмуральным), хотя это разделение достаточно условно. При субэндокардиальной ишемии на ЭКГ отмечается высокий, равнобедренный и заостренный зубец Т, депрессия ST (ST-сегмент горизонтальный, косо-восходящий, вогнутый, косо-нисходящий) [2]. При субэпикардиальной и крупно-очаговой ишемии миокарда возникает отрицательный, равнобедренный зубец Т с заостренной вершиной и подъем ST над изолинией (ST-сегмент горизонтальный, выпуклый, вогнутый) [2]. При субэндокардиальном инфаркте на ЭКГ отмечается депрессия сегмента ST с максимумом V3-V5 [2]. При крупно-очаговом инфаркте миокарда возникает патологический зубец Q (i0,04 сек, при амплитуде более 1/3 зубца R) или комплекс QS [2].

стадии СКЛС и определение взаимосвязи этих изменений с эхокардиографическими признаками поражения венечных артерий.

Материалы и методы

Обследование проведено у детей с поражением сердца в ранней стадии СКЛС. Всего обследовано 47 пациентов в возрасте от 1 до 18 лет (группа I), средний возраст – $5,9 \pm 0,6$ лет; из них мальчиков – 32, соотношение М:Д=2,1:1. Полная форма СКЛС была диагностирована у 19, неполная – у 28 (40,4% и 59,6% соответственно, $p > 0,05$).

В качестве группы клинического сравнения (группа II) обследовано 25 детей с вирусным миокардитом в возрасте от 4 мес. до 7 лет, средний возраст – $3,5 \pm 0,6$ лет; из них мальчиков 13, соотношение М:Д=1,1:1.

Неинвазивное кардиологическое обследование (стандартная ЭКГ в 12 отведениях, 2-х-мерная эхокардиография с визуализацией КА, фронтальная рентгенограмма грудной клетки) проведено всем детям в группах I и II.

Для обработки данных при распределении, отличном от нормального, использовались непараметрические методы сравнения с поправкой Манна – Уитни. Для установления связи между некоторыми качественными и количественными признаками в исследуемых группах использован дискриминантный анализ. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Среди детей, обследованных в ранней стадии СКЛС (группа I), у 42 (89,4%) были обнаружены нарушения ЭКГ (ST-T-изменения, патологический зубец Q, аритмии); а у остальных 5 пациентов (10,6%) электрокардиограмма была нормальной. При эхокардиографии у 37 пациентов (78,7%) были найдены признаки коронарита, признаки миокардита – у 3 (6,4%), сочетание признаков коронарита и миокардита – у 4 (8,5%), при эхокардиографии изменений не было – у 3 (6,4%).

Таблица 1

Нарушения ЭКГ у детей с коронаритом и вирусным миокардитом

Патологические сдвиги ЭКГ	Группа II, (n=25)	Группа III, (n=37)	p
Отрицательный зубец T _{II,III,V4-V6}	3 (12,0%)	15 (40,5%)	$p_{II-III}=0,047$
Элевация ST _{V4-V5} над изолинией более 2 мм	0	2 (5,4%)	$p_{II-III}=0,720$
Депрессия ST _{II,III,aVF,V2-V5} глубже -2 мм	2 (8,0%)	5 (13,5%)	$p_{II-III}=0,740$
Деформация зубца T _{III,V3-V6}	7 (28,0%)	21 (56,8%)	$p_{II-III}=0,060$
Патологический зубец Q _{II,aVF,V1-V2} i 0,04 сек	0	3 (8,1%)	$p_{II-III}=0,594$
Комплекс QS	0	2 (5,4%)	$p_{II-III}=0,720$
Признаки гипертрофии левого желудочка	7 (28,0%)	2 (5,4%)	$p_{II-III}=0,119$
Снижение вольтажа зубцов комплекса QRS	12 (48,0%)	1 (2,7%)	$p_{II-III}=0,003$
Синусовая тахикардия	1 (4,0%)	12 (32,4%)	$p_{II-III}=0,067$
Синусовая брадикардия	3 (12,0%)	9 (24,3%)	$p_{II-III}=0,426$
Полная блокада правой ножки пучка Гиса	0	2 (5,4%)	$p_{II-III}=0,720$
Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса	0	2 (5,4%)	$p_{II-III}=0,720$
Миграция суправентрикулярного водителя ритма	2 (8,0%)	6 (16,2%)	$p_{II-III}=0,574$
Синоатриальная блокада 2 степени	2 (8,0%)	3 (8,1%)	$p_{II-III}=0,994$
Удлинение интервала QT	0	1 (2,7%)	$p_{II-III}=0,860$
Хаотическая предсердная экстрасистолия	0	1 (2,7%)	$p_{II-III}=0,860$
Пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия	2 (8,0%)	1 (2,7%)	$p_{II-III}=0,720$
Частая одиночная желудочковая экстрасистолия (одиночная 310/час)	0	1 (2,7%)	$p_{II-III}=0,860$

У детей электрокардиографические критерии ишемии миокарда при коронарите, сопровождающем СКЛС, не разработаны. Ряд авторов [4,5,6,7] описывает лишь отдельные изменения на ЭКГ, встречающиеся при этом заболевании.

Целью нашего исследования было изучение электрокардиографических признаков коронарита в ранней

Среди детей с ранней стадией СКЛС была выделена группа детей с коронаритом (группа III). Патологические сдвиги электрокардиограммы обнаружены у 35 из 37 (94,6%) пациентов с коронаритом. В первую очередь это были ST-T-изменения, характерные для ишемического повреждения миокарда – они зарегистрированы у 30 (81,1%) детей (табл. 1). Электрокардиографические

и эхокардиографические признаки гипертрофии левого желудочка встречались в 5,4%, и только у тех детей, кто перенес инфаркт миокарда. Нарушения ритма и проводимости документировались на стандартной ЭКГ у 27 (73,0%) пациентов с коронаритом.

В группе II (дети с миокардитом) при эхокардиографии признаков коронарита не было найдено ни у кого, а умеренная дилатация левого желудочка и снижение фракции выброса <50% наблюдались у всех 25 пациентов. На ЭКГ патологические сдвиги были обнаружены у всех 25 детей с миокардитом. Аритмии преобладали и встречались у 11 детей с миокардитом (44,0%), а ST-T нарушения — у 13 (52%). При коронарите в ранней стадии СКЛС заостренный глубокий (более 7 мм) отрицательный зубец T в отведениях II, III, V4-V6 встречается чаще, чем при вирусном миокардите ($p_{II-III}=0,047$). В то время как, снижение вольтажа зубцов комплекса QRS более характерно для миокардита, чем для коронарита ($p_{II-III}=0,003$).

Среди детей с эхокардиографическими признаками коронарита (группа III) были выделены три подгруппы пациентов: III.1 — с признаками поражения только правой КА (10, 27% от 37), III.2 — только левой (14, 37,8% от 37) и III.3 — обеих главных КА (13, 35,2% от 37).

В подгруппе III.1 у всех 10 детей при эхокардиографии отмечались отчетливые изменения стенок и периваскулярного ложа (дискретный гиперэхогенный сигнал в виде ярких округлых «зерен», утолщение стенок, неровный просвет сосуда), причем у 4 детей дополнительно наблюдалась дилатация правой КА. Патологические сдвиги ЭКГ присутствовали у 8 детей (80%) и выражались ST-T-нарушениями и нарушениями ритма, причем последние преобладали. ST-T-нарушения проявлялись: деформацией зубца T зубца $T_{III,V3-V6}$ у 3 пациентов (30%) и патологическим зубцом Q ($Q_{II,aVF,V1-V2} > 0,04$ сек) — у 1 (10%). Нарушения ритма были представлены: синусовой тахикардией у 3 детей (30%), синусовой брадикардией и полной блокадой правой ножки пучка Гиса поровну — у 2 (20%). Остальные нарушения ритма встречались реже: блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса, миграция суправентрикулярного водителя ритма и синоатриальная блокада 2 степени и пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия поровну — у 1 ребенка (10%). В подгруппе III.1 наблюдались 2 пациента (20%) с нормальной ЭКГ.

В подгруппе III.2 у всех 14 детей были обнаружены эхокардиографические признаки коронарита левой КА, причем у 10 детей эта артерия была дилатирована. В подгруппе III.2 ST-T-изменения встречались у всех пациентов, а нарушения ритма — у 10 (71,4%). Среди ST-T-нарушений наблюдались: деформация зубца $T_{III,V3-V6}$ у 9 больных (64,3%), отрицательный зубец $T_{II,III,V4-V6}$ — у 8 (57,1%), элевация ST_{V4-V5} над изолинией более 2 мм — у 1 (7,1%). Патологический зубец Q ($Q_{II,aVF,V1-V2} > 0,04$ сек) и комплекс QS отмечались поровну — у 1 ребенка (7,1%). Среди нарушений ритма наблюдались: синусовая брадикардия у 5 пациентов (35,7%), синусовая тахикардия — у 4 (28,6%), миграция суправентрикулярного водителя ритма — у 3 (21,4%). Остальные нарушения ритма такие как, удлинение интервала QT, частая одиночная желудочковая экстрасистолия (310/час), встречались реже у 1 ребенка (7,1%). В III.2 подгруппе, по сравнению с III.1, резко увеличилось количество патологичес-

ких изменений. Кроме того, у части больных дополнительно появились сдвиги, не встречавшиеся в группе III.1 — элевация ST_{V4-V5} над изолинией более 2 мм, комплекс QS, удлинение интервала QT, частая одиночная желудочковая экстрасистолия.

В подгруппе III.3 у всех детей были обнаружены эхокардиографические признаки воспалительных изменений стенок и периваскулярного ложа венечных артерий, и у 9 детей одновременно наблюдалась их дилатация, а у 1 ребенка стеноз. В подгруппе III.3 ST-T-нарушения отмечались у 12 пациентов (92%), нарушения ритма — у 10 (76,9%). ST-T-нарушения включали: деформацию зубца $T_{III,V3-V6}$ — у 9 детей (69,2%), отрицательный зубец $T_{II,III,V4-V6}$ — у 7 (53,8%), депрессию сегмента $ST_{II,III,aVF,V2-V5}$ глубже -2 мм — у 5 (38,5%) и элевацию ST_{V4-V5} над изолинией более 2 мм — у 1 (7,7%). Снижение вольтажа основных зубцов комплекса QRS наблюдалось у 1 ребенка (7,7%), перенесшего инфаркт миокарда с развитием острой сердечной недостаточности. Патологический зубец Q ($Q_{II,aVF,V1-V2} > 0,04$ сек) и комплекс QS встречались поровну — у 1 больного (7,7%). Нарушения ритма были представлены: синусовой тахикардией у 5 пациентов (38,5%); синусовой брадикардией, миграцией суправентрикулярного водителя ритма и синоатриальной блокадой поровну — у 2 (15,4%). Остальные нарушения ритма наблюдались реже: блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса и хаотическая предсердная экстрасистолия поровну — у 1 ребенка (7,7%). Признаки гипертрофии левого желудочка отмечались у 2 больных (15,4%), перенесших инфаркт миокарда. В III.3 подгруппе, как и в подгруппе III.2, у всех пациентов наблюдались патологические сдвиги ЭКГ, включая изменения зубца T. На ЭКГ обычно встречался отрицательный зубец $T_{II,III,V4-V6}$, резко деформированный зубец $T_{III,V3-V6}$, элевация ST_{V4-V5} над изолинией более 2 мм, комплекс QS. В этой подгруппе пациентов появилась, не встречавшаяся ранее ни в одной подгруппе, депрессия $ST_{II,III,aVF,V2-V5}$ глубже -2 мм и хаотическая предсердная экстрасистолия.

С помощью дискриминантного анализа была разработана модель прогнозирования поражений коронарных артерий на основании данных электрокардиограммы, в основе которой лежат линейные уравнения. В модель включены изменения ЭКГ, для которых установлен уровень значимости по F критерию $p < 0,05$. При создании модели установлены градации и числовые значения изменений ЭКГ, показывающие поражение коронарных артерий, где:

A1 — депрессия $ST_{II,III,aVF,V2-V5}$ глубже -2 мм: нет=0, от (-2,0) до (-3,0) мм=1, от (-3,0) до (-4,0) мм=2, от (-4,0) до (-5,0) мм=3, более -5,0 мм=4;

A2 — деформация зубца $T_{III,V3-V6}$ (высокий острокопечный, двугорбый, гигантский деформированный неправильной формы): нет=0, 1 отведение=1, 2 отведения=2, 3 отведения=3, 4 отведения=4, 5 отведения=5;

A3 — отрицательный зубец $T_{II,III,V4-V6}$: нет=0, от 0 до (-2,5) мм=1, от (-2,5) до (-5,0) мм=2, от (-5,0) до (-7,5) мм=3, более (-7,5) мм=4; дополнительно учитываем так же отведения, где встречается указанный элемент: нет=0, 1 отведение=1, 2 отведения=2, 3 отведения=3, 4 отведения=4, 5 отведения=5.

Линейные дискриминационные функции рассчитываются по формулам:

$F1 = -2,44207 - 0,30785(A1) - 1,53463(A2) - 1,41276(A3)$
 $F2 = -1,12159 - 0,67006(A1) + 0,14003(A2) + 0,41428(A3)$

$F2 = -1,77224 + 0,95841(A1) + 1,02968(A2) + 0,64059(A3)$

Перед расчетом F1-F3 признаки A1-A3 стандартизируются. Согласно полученным значениям дискриминантных функций, можно прогнозировать вовлечение в патологический процесс той или иной коронарной артерии. Отнесение больного к определенной группе выполняется по максимальному значению линейных классификационных функций после их расчета по набору признаков пациента для каждой группы. Чувствительность метода по указанным формулам составила в среднем 78,4%.

Таким образом, в ранней стадии СКЛС у 89,4% де-

тей наблюдаются изменения ЭКГ. Коронарит встречается у 78,7% больных в ранней стадии СКЛС и сопровождается в 94,6% сдвигами ЭКГ. Сдвиги ЭКГ включают в себя: заостренный отрицательный либо резко деформированный зубец Т в отведениях III, V4 – V6, депрессию сегмента ST в отведениях II, III, aVF, V2-V5 глубже -2 мм либо подъем ST над изолинией более 2 мм в отведениях V4-V5, появление частой желудочковой экстрасистолии. При коронарите в ранней стадии СКЛС заостренный глубокий (более 7 мм) отрицательный зубец Т в отведениях II, III, V4-V6 встречается чаще, чем при вирусном миокардите ($p_{II-III} = 0,047$). Наиболее серьезные сдвиги ЭКГ, свидетельствующие об ишемии миокарда (ST-депрессия, патологический зубец Q) в ранней стадии СКЛС, возникают при коронарите с дилатацией левой либо поражением обеих коронарных артерий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брегель Л.В., Субботин В.М. Клинические и эхокардиографические проявления коронарита при болезни Kawasaki у детей: Руководство для врачей. – Иркутск: РИО ИГИУВа, 2006. – 101 с.
2. Руксин В.В. Неотложная кардиология. – СПб.: Невский диалект, М.: Лаборатория базовых знаний, 2003. – С.330-340.
3. Levy D.M., Silverman E.D., Massicotte M.P., et al. Long-term outcomes in patients with giant aneurysms secondary to Kawasaki disease // J. Rheumatol. – 2005. – Vol. 32, № 5. – P.928-934.
4. Martins V.P., Macedo A.J., Kaku S., et al. Acute myocardial infarct in infants // Acta Med. Port. – 1996. – Vol. 9, № 10-12. – P.341-346.
5. Osada M., Tanaka Y., Komai T., et al. Coronary arterial involvement and QT dispersion in Kawasaki disease // Am. J. Cardiol. – 1999. – Vol. 84, № 4. – P.466-468.
6. Suzuki Y., Iijima M., Sasaki H., et al. Tachycardia as a potential risk indicator for coronary arterial lesions in Kawasaki disease // Eur. J. Pediatr. – 1999. – Vol. 158, № 3. – P.207-209.
7. Towbin J.A., Bricker J.T., Garson A. Electrocardiographic criteria for diagnosis of acute myocardial infarction in childhood // Am. J. Cardiol. – 1992. – Vol. 69, № 19. – P.1545-1548.
8. Tsuji T., Suzuki J., Shimamoto R., et al. Morbidity prevalence rate of Kawasaki disease assessed by single cross-sectional history-taking // Int. Heart J. – 2007. – Vol. 48, № 5. – P.615-621.
9. Wong D., Harder J., Jadavji T. Kawasaki disease, myocardial infarction and coronary artery revascularization // Can. J. Cardiol. – 2005. – Vol. 21, № 7. – P.601-604.

Адрес для переписки:

664079, г. Иркутск, м/р Юбилейный, 100, ИГИУВ, кафедра педиатрии,

Брегель Л.В. - зав. кафедрой, профессор.

ЗДОРОВЬЕ, ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© БЕЛОГОРОВ С.Б., ДОЛГИХ В.В., СМИРНОВ Е.Л., ЧИЧКАЛЮК В.А., АТАМАНЮК А.Б., ТУНГУСОВЕ.И., КОЛЕСНИКОВАЕ.Н. – 2008

ЗДОРОВЬЕ ПРИЗЫВНИКОВ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

С.Б. Белогоров, В.В. Долгих, Е.Л. Смирнов, В.А. Чичкалюк, А.Б. Атаманюк, Е.И. Тунгусов, Е.Н. Колесникова

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра военной и экстремальной медицины, зав. – к.м.н., доц. С.Б. Белогоров; ГУ «НЦ Медицинской экологии» ВСНЦ СО РАМН, директор – член-корр. РАМН, д.м.н., проф. Л.И. Колесникова, 325 Военный клинический госпиталь, начальник – полковник м/с В.В. Лобач)

Резюме. Проведен анализ заболеваемости и негодности юношей по состоянию здоровья к военной службе за последние 12 лет. Выявлены высокие показатели впервые установленных заболеваний при первичной постановке на воинский учет и негодности призывников к военной службе. Установлено, что основную долю в заболеваемости молодых людей Иркутской области, приводящую к негодности к службе в Вооруженных Силах, составляют психические расстройства, эндокринные болезни и расстройства питания, а также болезни костно-мышечной системы, соединительной ткани и болезни пищеварительной системы.

Ключевые слова: военно-врачебная экспертиза, заболеваемость призывников.

THE HEATH OF CONSCRIPTS IN IRKUTSK REGION

S.B. Belogorov, V.V. Dolgikh, E.L. Smirnov, V.A. Chichkaluk, A.B. Atamanuk, E.N. Tungusov, E.N. Kolesnikova