

имеет тенденцию к снижению (в 2005 году в 2 раза ниже, чем в 1991 г.). В то же время отмечаются два подъема заболеваемости, особенно в Спасском и Черниговском районах в 1992-1993 гг. и 2001-2002 гг. Стабильный уровень заболеваемости отмечен в 1995-1999 годах. Уровень заболеваемости системы кровообращения значительно повысился от 38,8 случаев на 1000 населения в 1991 году до 379,5 случаев в 2005 году, особенно в Ханкайском и Черниговском районах. Среди районов высокие уровни заболеваемости органов дыхания наблюдаются в Спасском и Черниговском районах. Необходимо отметить, что показатели болезней органов дыхания во всех административных территориях превышают средние данные от 25% до 43%. Высокий уровень распространения болезней системы кровообращения выявлен в Ханкайском и Хорольском районах, причем только в Ханкайском регионе показатели заболеваемости выше средних на 14,7%.

По методике и классификации П.Ф.Кику (2000) была проведена оценка эколого-гигиенической ситуации административных территорий бассейна о. Ханка по 17 модулям параметров среды обитания: 1 – хозяйственно-питьевое водоснабжение и состояние водных объектов в местах водопользования; 2 – гигиеническая характеристика продовольственного сырья и пищевых продуктов отечественного и импортного производства; 3 – природоохранная инфраструктура; 4 – социальная структура территории; 5 – наличие предприятий по классам опасности, соблюдение санитарно-защитных зон; 6 – уровень загрязнения атмосферного воздуха; 7 – характеристика состояния почвы; 8 – характеристика химического загрязнения и неблагоприятные физические факторы в городских и сельских поселениях; 9 – транспортные нагрузки; 10 – характер растительного покрова; 11 –

уровень естественной лесистости; 12 – число дней с ветром >15 м/с; 13 – число дней с БАСР; 14 – условные температуры в январе; 15 – дефицит тепла в организме; 16 – широта местности; 17 – степень нарушенности лесов.

По степени экологической напряженности выделяются два района – Спасский и Хорольский, относящиеся к зоне напряженной экологической ситуации. Ханкайский и Черниговский районы входят в зону удовлетворительной экологической ситуации.

Регрессионный анализ факторов окружающей среды и заболеваемости выявил, что на уровень распространения болезней органов дыхания наибольшее влияние оказывают в ранговом порядке – загрязнение атмосферного воздуха, транспортные нагрузки, характер растительного покрова, число дней с ветром >15 м/с, широта местности (коэф. множеств. корреляции 0,42); на показатели болезней системы кровообращения – характеристика продовольственного сырья и пищевых продуктов, химическое загрязнение и неблагоприятные физические факторы, дефицит тепла в организме, широта местности (коэф. множеств. корреляции 0,49).

Таким образом, проведенное исследование позволило определить особенности распространения патологий, имеющих значительный удельный вес в структуре всей заболеваемости в специфических условиях бассейна о. Ханка. Выявленные причинно-следственные связи болезней органов дыхания и системы кровообращения с факторами окружающей среды послужили основой для ведения социально-гигиенического мониторинга в данном регионе и разработке организационных санитарно-гигиенических мероприятий по коррекции неблагоприятного влияния среды обитания на здоровье населения.

Поступила 5.11.2006

УДК 611.018.2+616-007.17-036.22+394.014

Л.В.Егорова, А.В.Глотов, О.В.Плотникова, Ю.Р.Аюбова, И.В.Жирнова, С.В.Добрых

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФЕНОТИПИЧЕСКИХ И ВИСЦЕРАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ГОРОДСКИХ ЖИТЕЛЕЙ

Омская государственная медицинская академия,

¹*Управление здравоохранения Администрации г. Омска,*

²*Городская поликлиника № 13, Омск*

**L.V.Egorova, A.V.Glotov, O.V.Plotnikova,
J.R.Ajubova, I.V.Zhirnova, S.V.Dobrih**

EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF EXTERNAL AND VISCERAL ATTRIBUTES OF CONNECTIVE-TISSUE ABNORMALITIES AT THE CITIZEN

Ограниченность профессионального выбора, не

пригодность юношей к службе в армии, осложнения беременности и родов у женщин, более длительные сроки временной нетрудоспособности по поводу интеркуррентных заболеваний, развитие тяжелых осложнений, приводящих к ранней инвалидизации, внезапная смерть в молодом возрасте наносят значительный материальный ущерб обществу, не говоря уже о тяжелом физическом и моральном ущербе кон-

кретному пациенту и конкретной семье. Эти обстоятельства диктуют необходимость создания организационной системы управления дисплазией соединительной ткани (ДСТ).

Для достижения поставленной цели изучена распространенность соматической патологии у лиц с внешними признаками ДСТ и у здоровых путем проведения эпидемиологического исследования «случай-контроль».

Основную группу составили 194 пациента с признаками недифференцированной ДСТ, 108 мужчин (55,7%) и 86 женщин (44,3%) в возрасте от 7 до 37 лет (средний возраст $19,66 \pm 0,52$ лет). 51% составляют лица до 18 лет, 37% – до 29 лет и около 12% – старше 30 лет. По социальному статусу 71% обследованных основной группы составили учащиеся школ, студенты средних и высших учебных заведений, 26% – служащие и 3% – рабочие. Критериями отбора служило наличие комплекса маркеров ДСТ – аномалий опорно-двигательного аппарата, кожи, глаз, обнаруживаемых при физикальном исследовании. Контрольная группа была сформирована на базе территориальной поликлиники г. Омска из медицинских работников и членов их семей, наблюдающихся в поликлинике, а также обслуживаемого населения. Критерием отбора служило отсутствие комплекса признаков несостоятельности соединительной ткани. Контрольную группу составили 406 человек, 221 мужчина (54,4%) и 185 женщин (45,6%) в возрасте от 7 до 37 лет (средний возраст $21,06 \pm 0,34$ лет). По социальному положению 70,7% составили учащиеся, 25,9% – служащие, 3,4% – рабочие. Лица с дифференцированными наследственными синдромами ДСТ (синдром Марфана, синдром Стиклера, несовершенный остеогенез, синдром Элерса-Данло и др.) в группу исследования не включались.

Всем пациентам на первом этапе проводились общеклинические исследования, включающие распрос, осмотр, антропометрию, оценку дефицита массы тела с использованием индекса Варги (Лисиченко О.В., 1986). На втором этапе проводились инструментальные исследования – ЭКГ и ЭХО-кардиография, абдоминальное УЗИ. В сложных случаях пациенты консультировались кардиологом, ортопедом-травматологом, окулистом, клиническим генетиком для исключения недиспластических причин изменений скелета, глаз, сердца.

Наиболее распространенными симптомами костно-мышечной дисплазии у пациентов основной группы являются астенический тип конституции (55,15%, $n=107$), врожденные воронкообразные деформации грудной клетки (ВВГДК) (59%, $n=114$), килевидные деформации грудной клетки (КДГК) (27%, $n=52$), сколиоз грудного отдела позвоночника (26%, $n=51$).

В контрольной группе у 174 человек, что составило 42,86%, были выявлены следующие признаки слабости соединительной ткани: астеническое телосложение у 99 человек (24,38%), миопия – у 39 человек (9,61%), у 20 человек сколиоз (4,93%), у 13 – плоскостопие (3,2%), по 1 человеку – астигматизм, неправильный рост зубов и клиндактилия (по 0,25%).

Случаев пролапса митрального клапана в контрольной группе выявлено не было. Указанные признаки, выявленные у лиц контрольной группы, встречались только изолированно и не указывали на системный характер патологии.

Из общего числа обследованных лиц с внешними признаками ДСТ (194 человека) у 85% (165 человек) – 46% мужчин и 39% женщин, был обнаружен ПМК, 15% лиц (29 человек) – 10% мужчин и 5% женщин с внешними признаками ДСТ не имели ПМК.

Обнаружение внешних признаков ДСТ более чем в 80% случаев позволяет ожидать при ЭХО-кардиографическом обследовании выявление ПМК. Аналогичные данные приводит в своей работе Э.В. Земцовский (1998).

Распределение лиц с ПМК по полу и возрасту показало, что данная патология одинаково часто встречается у мужчин и женщин в возрастных группах до 18 лет и старше 30 лет. В возрастной группе от 19 до 29 лет ПМК чаще встречается у женщин. На эту особенность распространения ПМК указывают также отечественные и зарубежные исследователи (Бова А.А. и др., 2002; Швецова Е.В., 2002; Devereux R.B. et al., 1987; Levy D., 1987). Большую частоту ПМК у женщин молодого возраста объясняют клапанно-желудочковой диспропорцией, считая, что меньшие по сравнению с мужчинами размеры полости левого желудочка у женщин предрасполагают к пролабированию створок митрального клапана в систолу (Boudoulas H., Wooley C.F. 1987; Boudoulas H., Kolibash A.J., Baker P. et al., 1987).

Из внешних признаков ДСТ у лиц с ПМК обоего пола наиболее часто встречались: ВДГК (59,39%) и астеническое телосложение (57%), несколько реже КДГК (26,67%) и сколиоз (27,88%), миопия (20,61%), плоскостопие (17,58%), арахнодактилия (10,91%), еще реже наблюдались кифоз (8,48%), синдром прямая спина (6,67%), клиндактилия (6,06%), крыловидные лопатки (6,06%), гипермобильность суставов (5,45%), неправильный прикус (5,45%), астигматизм (4,24%). В единичных случаях наблюдались гиперлордоз (3,03%), гиперэластичная кожа (1,82%), неправильный рост зубов (1,21%), синдактилия (0,61%).

Статистически значимого различия в появлении того или иного внешнего признака ДСТ в зависимости от пола обнаружено не было. Соотношение полов – М1:Ж1. Количество признаков ДСТ у одного обследованного колебалось от двух до семи, в среднем $3,5 \pm 0,1$. Следует отметить, что у лиц без ПМК почти в 2 раза чаще встречалась миопия, плоскостопие и арахнодактилия в сравнении с пациентами, имеющими ПМК. Некоторые признаки – неправильный прикус, неправильный рост зубов, астигматизм и синдактилия не встречались совсем.

Следует отметить, что статистически значимых различий встречаемости фенотипических признаков ДСТ в зависимости от возраста обследуемых лиц обнаружено не было.

В контрольной группе у 174 человек, что составило 42,86%, были выявлены следующие признаки

слабости соединительной ткани: астеническое телосложение у 99 человек (24,38%), миопия – у 39 человек (9,61%), у 20 человек сколиоз (4,93%), у 13 – плоскостопие (3,2%), по 1 человеку – астигматизм, неправильный рост зубов и клиндактилия (по 0,25%). Зависимости от пола выявлено не было. Указанные признаки, выявленные у лиц контрольной группы, встречались только изолированно и не указывали на системный характер патологии.

Таким образом, особенности конституции лиц с ДСТ являются морфологическим субстратом для формирования различных клинических проявлений этого состояния, имеющих прогредиентное течение. В то же время они могут служить в качестве диагностических и прогностических признаков на этапе, ко-

гда развернутая клиническая картина у пациентов с внешними признаками ДСТ еще отсутствует.

На основании полученных данных мы пришли к заключению: наиболее частыми внешними признаками ДСТ у лиц, принадлежащих популяции г. Омска, является ВДГК, КДГК, астеническая конституция в сочетании с другими признаками ДСТ; ПМК широко распространен у лиц с внешними признаками ДСТ (85%), встречается одинаково часто у лиц обоего пола, в возрастной группе 19-29 лет, чаще у женщин; наличие у пациента двух и более внешних признаков ДСТ может указывать на системный характер патологии и делает необходимым детальное обследование пациента для исключения возможной висцеральной патологии.

Поступила 26.09.2006

УДК 616-056.52:616-008.9-097.3

Т.А.Кантур, М.В.Антонюк, Г.С.Демина, В.Ф.Шопина

К ВОПРОСУ О ЗНАЧЕНИИ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ ПРИ РАЗВИТИИ ОЖИРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Владивостокский филиал ГУ ДНЦ ФПД СО РАМН – НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения;

**Океанский военный санаторий ДВО РФ, Владивосток*

**T.A.Kantur, M.V.Antonyuk, G.S.Demina,
V.F.Shopina**

SIGNIFICANCE OF INFLAMMATORY CYTOKINES UNDER THE OBESITY OF PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME

Метаболический синдром (МС) относится к актуальным проблемам современной медицины. Медико-социальная значимость МС обусловлена тем, что практически все составляющие этого синдрома комплекса являются установленными факторами риска кардиоваскулярных заболеваний, а их сочетание многократно увеличивает сердечно-сосудистый риск. В настоящее время этиопатогенетические механизмы МС интенсивно изучаются, единого мнения о первопричине МС до настоящего времени нет. На современном этапе большинство исследователей считают, что первичная инсулинорезистентность (ИР) и компенсаторная гиперинсулинемия являются ведущим звеном, объединяющим различные нарушения, развивающиеся при МС. Активно обсуждается роль непосредственно жировой ткани в генезе ИР и ожирения – основных компонентов МС.

Результаты исследований последних лет показали, что жировая ткань секретирует целый ряд активных молекул – адипокинов, влияющих на пищевое поведение человека, метаболические процессы, формирование оксидативного стресса и нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы, т. е. обла-

дающих различными локальными, периферическими и центральными эффектами. Подчеркивается, что при ожирении развитие и прогрессирование инсулинорезистентности и ее различных проявлений может быть отражением липотоксических эффектов свободных жирных кислот и дисбаланса адипокинов (Демидова Т.Ю., 2006; Zinman B. et al., 1999; Joseph N.A., Greenberg A.S., 2004).

Жировая ткань является источником синтеза белка α -фактора некроза опухоли (α -ФНО) (Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Романцова Т.Н., 2004). Основную физиологическую роль в норме ФНО- α играет в иммунорегуляции, но в некоторых случаях способен оказывать патологическое действие, принимая участие в развитии и прогрессировании воспаления, микрососудистой гиперкоагуляции, гемодинамических нарушениях и метаболическом истощении (кахексия) при различных заболеваниях человека как инфекционной, так и неинфекционной природы. Кроме того, ФНО- α принимает участие в регуляции апоптоза (регулируемая гибель) клеток. Ряд исследователей рассматривают ФНО- α как медиатор инсулинорезистентности при ожирении (Бутрова С.А., 2001). Считают, что механизм воздействия ФНО- α на инсулинорезистентность заключается в снижении активности тирозинкиназы рецептора инсулина, усилении фосфорилирования серина в субстрате инсулинового рецептора-1 (СИР-1), что сопровождается ослаблением проведения инсулинового сигнала (Насонов Е.Л., Самсонов М.Ю., 2000).