

лен, а на 3–4 неделе заболевания колонии микроорганизмов высевались в 48,4% наблюдений. *Escherichia coli* высевалась у 9 больных, *Enterococcus faecium* — у 4, *Staphylococcus aureus* — у 2, *Staphylococcus warneri* — у 2, *Staphylococcus haemolyticus* — у 2, *Staphylococcus intermedius* — у 2, *Enterobacter aerogenes* — у 4, *Enterobacter faecalis* — у 2, *Citrobacter freundii* — у 2, и *Pseudomonas aeruginosa* — у 2 больных, что служило диагностическим признаком состоявшегося инфицированного панкреонекроза, но не позволяло его прогнозировать в ранние сроки заболевания.

Таким образом, прогрессирование некротических и воспалительных процессов в поджелудочной железе и окружающих ее тканях приводит к изменению цито-

биохимических свойств перитонеального экссудата. Учет динамики показателей экссудата позволяет верифицировать и прогнозировать развитие клинко-морфологических форм панкреонекроза (табл. 1).

Нарастание процессов воспаления в поджелудочной железе, забрюшинной клетчатке и париетальной брюшине при инфицированном панкреонекрозе сопровождается повышением ферментативной активности перитонеального экссудата, его белкового и клеточного компонентов с увеличением ПМЯЛ, снижением антиоксидантной активности и отсутствием снижения ДК.

Отсутствие этих изменений перитонеального экссудата свидетельствует об асептическом течении деструктивного панкреатита.

COMPLEX RESEARCH OF PERITONEAL EXUDATE IN PROGNOSTICATION AND DIAGNOSTICS OF ACUTE NECROTIZING PANCREATITIS

P.V. Shelest, V.I. Mironov
(Irkutsk State Medical University)

Exudate from abdominal cavity was analyzed in 74 patients with acute necrotizing pancreatitis. Cytological and biochemical characteristics of exudate changed depending on acute necrotizing pancreatitis evolution. These characteristics may be used in diagnostics and prognostication of the different forms of acute necrotizing pancreatitis.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаврилов В.Б., Мишкорудная М.И. Спектрофотометрическое определение содержания диеновых конъюгатов в плазме (сыворотке) крови // Лабораторное дело. — 1983. — № 3. — С.33–36.
2. Гончаренко М.С., Латинова М.А. Определение содержания ТБК-активных веществ (малонового диальдегида) в сыворотке крови // Лабораторное дело. — 1985. — № 1. — С.60–61.
3. Клебанов Г.И., Бабенкова И.В., Теселкин Ю.А. Оценка антиокислительной активности плазмы крови с применением желточных липопротеидов // Лабораторное дело. — 1988. — № 5. — С.59–60.
4. Колб В.Г., Камышников В.С. Клиническая биохимия: пособие для врачей. — Минск: Беларусь, 1976. — 311 с.
5. Гульман М.И., Винник Ю.С., Миллер С.В. и др. Коррекция гомеостаза при остром панкреатите методом озонотерапии. — Красноярск, 2003. — 179 с.
6. Нестеренко Ю.А., Лаптев В.В., Михайлулов С.В. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита. — М.: БИНОМ-Пресс, 2004. — 304 с.
7. Острый панкреатит (Протоколы диагностики и лечения), МКБ-10-K85/С.Ф. Багненко, А.Д. Толстой, В.Ф. Сухарев и др. — СПб.: Знаменитые университеты, 2004. — 12 с.
8. Вашетко Р.В., Толстой А.Д., Курыгин А.А. и др. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы: руководство для врачей. — СПб.: Питер, 2000. — 320 с.
9. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под ред. В.С. Савельева. — М.: Триада-X, 2004. — 640 с.
10. Савельев В.С., Буянов В.М., Огнев Ю.В. Острый панкреатит. — М.: Медицина, 1983. — 240 с.
11. Скрининговый метод определения средних молекул в биологических жидкостях: метод, рекомендации / Н.И. Габриэлян, Э.Р. Левицкий, А.А. Дмитриев и др. — М.: Б.И., 1985. — 18 с.
12. Струков А.И., Петров В.И., Пауков В.С. Острый разлитой перитонит. — М.: Медицина, 1987. — 288 с.
13. Тарасенко В.С. Острый деструктивный панкреатит. Некоторые аспекты патогенеза и лечения: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. — Оренбург, 2000.
14. Толстой А.Д. Перитониты при острых панкреатитах: Дис. ...канд. мед. наук. — Л., 1980. — 179 с.
15. Beger H.G., Rau B., Isenmann R. Natural history of necrotizing pancreatitis // *Pancreatolgy*. — 2003. — Vol. 3. — P.93–101.
16. Isenmann R., Rau B., Beger H.G. Early severe acute pancreatitis — characteristics of a new subgroup // *Pancreas*. — 2001. — Vol. 22. — P.274–278.
17. Kikuchi Y., Shimosegawa T., Satoh A. The role of nitric oxide in mouse cerulean-induced pancreatitis with and without lipopolysaccharide pretreatment // *Pancreas*. — 1996. — Vol. 12. — P.68–75.

© КУВАЕВА О.В. — 2007

ЦИКЛИЧНОСТЬ ИЗМЕНЧИВОСТИ СТРОМАЛЬНО-ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОТНОШЕНИЙ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ОНТОГЕНЕЗЕ ЖЕНЩИНЫ

О.В. Куваева

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии, зав. — д.м.н., проф. Л.С. Васильева)

Резюме. В процессе роста и физиологической регенерации поднижнечелюстной слюнной железы происходит циклическое изменение соотношения стромы и паренхимы. Каждый цикл изменчивости структуры железы состоит из 4 фаз, во время которых происходит новообразование стромы, ее созревание, функционирование и разрушение. Временные периоды перехода фазы «разрушения» в фазу «новообразования» в каждом цикле характеризуются ослаблением стромы и активным ростом паренхимы, что создает повышенный риск повреждения органа различными факторами.

Ключевые слова: поднижнечелюстная железа, морфогенез слюнных желез, физиологическая регенерация слюнных желез.

Рост и дифференцировка эпителия паренхиматозных органов зависят от взаимодействия его с мезенхимой. Нарушение стромально-паренхиматозных взаимо-

отношений является одним из патогенетических факторов развития опухолей, склероза и других патологических процессов в паренхиматозных органах. Извест-

но, что коллаген играет важнейшую информационную роль в индукции морфогенеза, в регенерации, протеогликаны влияют на размножение клеток, в том числе эпителиальных. В свою очередь, эпителиальные клетки влияют на межклеточное вещество путем продукции ими коллагеназы и гиалуронидазы и продуцируют вещества, стимулирующие пролиферацию клеток соединительной ткани [3]. По современным представлениям, разносторонние взаимоотношения стромы и паренхимы подчинены законам флюктуантных преобразований, подвержены постоянным изменениям в онтогенезе [4]. В связи с этим, выяснение взаимовлияний эпителия и соединительной ткани в процессе морфогенеза и физиологической регенерации органов остается одной из актуальных проблем биологии и медицины.

Целью проведенного исследования явилось выяснение закономерностей морфогенеза и физиологической регенерации поднижнечелюстной слюнной железы в онтогенезе женщин.

Материалы и методы

Проведено морфологическое исследование структуры 68 поднижнечелюстных желез (ПЧЖ) женщин в различные возрастные периоды (доношенные плоды, новорожденные, грудничковый период, раннее, первое и второе детство, подростковый, юношеский, первой и второй зрелости, пожилой, старческий). Морфологические методы включали макро-микроскопическое препарирование, гистотопографическое исследование, гистологические методы (окраска гематоксилин-эозином, морфометрия), гистохимические методы (пикрофуксин по ван Гизону для выявления коллагеновых волокон, орсеином по Унна-Тенцеру для выявления эластических волокон, импрегнация азотно-кислым серебром по Карупу и Гордону-Свитсу для выявления ретикулярных волокон, щелочным суданом по Герксгеймеру для выявления жировых клеток, толудиновым синим по Нале для выявления гликозаминогликанов, ШИК-реакция по Шимицу-Куманото с контролями и сочетанная окраска по Риттеру-Олесону для выявления гликопротеинов). Морфометрически оценивали (по Г.Г. Автандилову [1]) объемные доли паренхимы и соединительнотканной стромы, внедольковой и внутридольковой соединительной ткани, волокнистых структур и основного вещества, жировых клеток, толщины структурных элементов соединительнотканной стромы (оболочек, межоболочечных прослоек, волокон и их пучков), мукоцитов и сероцитов в концевых отделах, внутридолькового и внедолькового сосудистого русла. Для оценки напряженности межструктурных отношений и механической прочности элементов стромы органа измеряли тканевое давление [2]. Полученные данные обработаны стандартными статистическими методами (достоверность отличий по Стьюденту, корреляционный анализ). Критический уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Структурные изменения ПЧЖ характеризуются неравномерностью развития, асинхронностью роста и обновления стромального и паренхиматозного компонентов желез (табл. 1).

У доношенных плодов и новорожденных объемная доля стромы больше, чем у взрослых, (внедольковой — почти в 2 раза, внутридольковой — в 1,5 раза), а паренхимы — в 1,5 раза меньше. Дольки имеют более округлые очертания. Тканевое давление в железе новорожденных девочек в 2,6 раза ниже, чем у взрослых, что связано со значительным содержанием в строме основного вещества, фибробластов, липоцитов, слабо развитых волокнистых структурами.

В грудном возрасте (до 1 года) в составе стромы возрастает количество волокон, толщина капсулы ПЧЖ увеличивается в 1,4 раза, а толщина междольковых прослоек уменьшается в 2,8 раза. Объем внутридольковой стромы возрастает в 1,5 раза, жировые клетки в ней почти не выявляются. Более чем в 2 раза возрастает размер долей железы и в 1,5 раза — размер долек. При этом доли несколько удлиняются (коэффициент формы 1,6), а дольки округляются, что свидетельствует об активных ростовых процессах.

Представленные данные свидетельствуют об адаптивной перестройке ПЧЖ в период от рождения до 1 года в связи с увеличением размеров органа. В процессе этой перестройки происходит рост паренхимы, сопровождающийся частичным разрушением и ослаблением стромы, а затем восстановление и формирование прочной стромы, обеспечивающей опору и трофику большей массе паренхимы.

В раннем детстве (до 3-х лет) в ПЧЖ толщина оболочек долей и капсулы уменьшается, но увеличивается общий объем стромы, толщина междольковых прослоек, содержание волокон в них, размеры долей ПЧЖ ($p < 0,01$) и количество внутридольковой стромы. Объемная доля паренхимы снижается в 1,5 раза, дольки удлиняются. Тканевое давление возрастает, что свидетельствует об увеличении механической функции стромы.

У девочек 1-го детства (4-7 лет) наблюдается тенденция к обновлению соединительнотканых структур ПЧЖ. Общее их содержание снижается, при этом объемная доля внутридольковой стромы уменьшается, а внедольковой — возрастает. Соединительнотканые волокна тонкие, много основного вещества с высоким содержанием кислых гликозаминогликанов, количество жировых клеток уменьшается ($p < 0,02$). Объем паренхимы увеличивается в 1,4 раза ($p < 0,01$). Таким образом, в строме железы одновременно идут два процесса: резорбция соединительной ткани и начальный этап синтеза основного вещества, что отражает перестройку стромы железы в соответствии с изменением потребности органа, которая определяется возросшим объемом паренхимы.

У девочек во 2-м детстве (8-12 лет) изменчивость стромы ПЧЖ неоднозначна, в 75% случаев наблюдается ускоренный вариант, а в 25% случаев — замедленный вариант. При ускоренном варианте регистрируется созревание и уплотнение стромы, внедольковая соединительная ткань максимально развита, количество волокон в ней увеличено, а основного вещества — снижено. Увеличение объема и прочности внедольковой стромы приводит к ограничению роста паренхимы и увеличению тканевого давления. При «замедленном» варианте развития ПЧЖ (25% девочек) объемная доля стромы меньше (внутридольковой на 25%, внедольковой на 15%). Для всех ее элементов характерна меньшая зрелость: высокое содержание основного вещества и тонких преколлагеновых и ретикулярных волокон, большое количество юных полиморфных фибробластов и очагов лимфоидной инфильтрации. Эти явления указывают на активно развивающуюся физиологическую регенерацию соединительной ткани, в отличие от ускоренного варианта развития железы, при котором у девочек этого же возраста соединительная ткань стромы уже завершила созревание.

В подростковый период (13-16 лет) объемная доля паренхимы железы увеличивается, а стромы — уменьшается, что свидетельствует об очередном этапе перестройки стромы железы в связи с ростом паренхимы. В строме ПЧЖ одинаково выражены признаки разрушения плотных, механически прочных элементов и образования новых волокнистых структур.

В юношеском возрасте (17-21 год) процессы новообразования завершаются, элементы стромы содержат более 75% волокнистых структур, приобретают признаки наибольшей зрелости и высокой механической прочности. Общий объем внедольковой стромы увеличивается в 1,5 раза, а объем внутридольковой стромы снижается на 17%, так же как и объем паренхимы. Почти вдвое увеличивается содержание жировых клеток.

В 1-м периоде зрелого возраста (21-36 лет) изменчивость стромального компонента ПЧЖ у большинства (75%) женщин характеризует начальный этап его перестройки — «разрушение» (табл. 1) на фоне роста паренхимы.

Во 2-м периоде зрелого возраста (36-60 лет) структура желез женщин 37-46 лет (50% случаев) отражает процесс созревания ее элементов. Объемная доля вне-

дольковой стромы увеличивается в 1,5 раза, содержание соединительнотканых тяжей в ней возрастает в 1,5–2,5 раза, а объем основного вещества не превышает 25–30%. За счет этого размеры долей и долек ПЧЖ возрастают, при этом доли удлиняются, дольки округляются. Объемная доля паренхимы уменьшается вдвое, хотя в отдельных участках уже закладываются эпителиальные «точки роста». Количество жировых клеток увеличивается в 4,3 раза. У женщин 48–54 лет (50% случаев) структура железы свидетельствует о завершении созревания стромы и начальном этапе ее перестройки («разрушения»). Объем внедольковой стромы уменьша-

У женщин пожилого возраста (61–75 лет) в 66,7% случаев наблюдался ускоренный вариант развития ПЧЖ, в 33,3% — замедленный. Структура ПЧЖ у большинства женщин характеризуется высокой зрелостью соединительнотканых элементов стромы, и относительно слабым развитием паренхимы, частично замещенной жировой тканью (табл. 1).

В старческом возрасте начинается «разрушение» соединительной ткани, ослабляется прочность стромы и уменьшается ее объемная доля. Волокна приобретают различные тинкториальные свойства, что свидетельствует об их частичной деструкции. Возрастает объем-

Таблица 1

Структурные параметры поднижнечелюстных слюнных желез женщин в онтогенезе

№ п/п	Возрастная группа	Доношен. плоды	Новорожденные	Грудной	Раннее детство (1–3 года)	1-е детство (4–7 лет), 80%
1	Объемная доля стромы, %	72,6±3,6	68±1,8*	61,7±2,7	73,1±3,1	67,0±2,0
2	Объемная доля паренхимы, %	27,4±3,2	30±1,7*	38±2,7	22,2±3,2	30,4±2,9
3	Внедольковая строма, %	48,9±3,1	46±2,8*	25,3±3,7	30,2±1,8*	35,6±2,7
4	Толщина капсулы, мкм	56,0±2,7	48,4±1,9	120,4±17	94,2±21,7	168,0±12,4
5	Толщина оболочек долей, мкм	6,1±1,2	16,1±2,8	17,8±2*	12,7±2,4	18,4±2,7
6	Междольковые прослойки, мкм	16,5±2,0	54,0±7,2	30,4±1,6	42,5±3,1	69,7±4,1
7	Волокна в капсуле, %	23,2±2,7	51,1±4,0	39,7±1,9	62,4±3,1	40,7±2,9
8	Волокна в междольковой строме	12,8±1,4	32,2±1,8	29,4±2,3	73,9±1,8	38,7±2,1
9	Липоциты, %	-	1,8±0,3	0,3±0,2	4,7±1,2	2,6±0,09
10	Тканевое давление, мм вод. ст.	-	18,1±2,9	27,3±2,0	31,8±1,9	28,2±3,0*
11	Объемная доля долек, %	51,1±3,1	53,6±3*	74,7±3,7	69,8±1,8	64,4±2,7
12	Размеры долей, мкм	1666±123 x 1800±320	793±12x 1502±212	1920±312 x 2880±624	3007±298x 6343±814	2900±511x 6000±317*
13	Размеры долек, мкм	336±14 x 630±82	182±14 x 308±22	600±43 x 1087±311	415±76 x 1114±106	517±32 x 717±69
14	Внутридольковая строма, %	23,7±2,9	21,6±0,5	36,4±1,7	42,9±1,3	31,4±1,9

№ п/п	2-е детство (8–12 лет)		Подростки (13–16 лет)	Юношеский (17–21)	Зрелый, 1-й (22–36 лет)	Зрелый, 2-й (36–60 лет)	Пожилой (61–75 лет)	Старческий (76–90 лет)
	75%	25%						
1	71,4±2,9*	53,8±1,7	62,8±1,6	70,1±2,8	47,2±3,8	59,3±2,7*	61,3±2,2*	58,2±1,7*
2	16,5±2,7	46,2±1,8	26,5±1,6	20,7±2,8	48,7±3,8	22,9±2,8	27,9±2,8	20,5±1,7
3	44,3±1,9	38,0±2,5*	24,6±2,7	37,5±2,9	25,6±3,2	39,5±9,8	33,4±1,9*	36,0±3,4*
4	240±29,4	190±14,8	600±94,0	391,9±42	153±12,4	426±47,4	120,6±13	114±3,0*
5	22,4±1,8*	15,1±3,9*	14,7±4,0	15,2±2,7*	12,7±3,1*	29,1±2,8	18,9±2,7	13,9±1,9*
6	72,2±3,0*	24,2±3,9	105±23,0	290±31,0	224±45,7*	310±47,8*	105±35,7	48,6±8,4
7	72,1±1,5	51,4±2,7	79,4±1,4	75,2±2,9	81,2±3,2	72,4±2,5	70,6±1,8	54,7±2,0
8	68,9±2,7	42,3±1,8	56,9±2,0	64,5±1,8	74,2±2,1	56,6±3,7	60,4±1,9	47,8±2,1
9	12,1±0,6	0,2±0,1	5,5±0,7	9,2±0,03	4,1±1,7	17,8±2,2	10,8±2,9	21,3±4,0
10	46,1±2,7	39,9±3,1	54,1±4,1	61,7±5,7	52,1±8,1	58,1±4,2*	74,5±2,4	40,3±2,9
11	55,7±1,9	72,0±2,5*	75,4±8,2	62,5±1,7	74,4±3,2	60,5±9,8*	60,4±1,9	66,6±12*
12	3980±470x 8207±1014	3100±227x 4086±1902	5600±110x 18000±3200	4080±217x 8980±290	4516±318x 8675±1002	5350±248x 11225±925	2626,0±100x 6225±813	3250±220x 5700±890
13	815±98x 1720±227	615±96x 927±107	1100±312x 2600±814	912±109x 1850±84	628±54x 1296±112	983±84x 1900±114	600±117x 1083±327	850±92x 1683±417
14	27,1±1,9	21,8±1,4	38,2±2,8	32,6±1,3	21,6±3,7	19,8±2,8*	27,9±1,6	22,2±1,7

Примечание: * — отличия недостоверны ($p > 0,05$).

ется на 7,1%, паренхимы — на 1,9%, содержание жировых клеток — на 4% ($p < 0,05$). Размеры долей и долек уменьшаются в 1,1–1,5 раза ($p < 0,05$). Структуры стромы разрыхлены, коллагеновые волокна грубые толстые, с неравномерной фуксинофилией. В дольках обнаруживаются юные фибробласты и новообразование лимфатических фолликулов.

На основании приведенных данных прослеживается очередной цикл перестройки железы. В первый период зрелого возраста интенсивно растет паренхима, что сопровождается дезорганизацией и частичным разрушением стромы. В первой половине второго периода зрелого возраста (37–46 лет) в ПЧЖ развиваются процессы новообразования элементов стромы, которые завершаются во второй половине (48–54 года) этого возрастного периода.

ная доля основного вещества, а количество жировых клеток достигает максимальной величины. Объемная доля паренхимы в этот период минимальна.

Анализируя возрастные изменения стромы ПЧЖ женщин в постнатальном онтогенезе, следует отметить неравномерность и асинхронность развития структурного органа. Изменения структурных элементов внедольковой соединительной ткани взаимосвязаны положительной корреляцией друг с другом и отрицательной корреляцией с объемной долей паренхимы. Эта закономерность обеспечивает сохранение структуры и функции органа при его перестройке в процессе физиологической регенерации, в которой отчетливо прослеживается цикличность. Каждый цикл состоит из 4 фаз, отражающих процесс обновления структурных элементов железы. Цикл начинается с частичного разрушения стро-

мальных элементов (фаза «разрушения»), результатом которого является снижение прочности стромы, но максимальное развитие паренхимы. Во вторую фазу цикла деструктивные процессы в строме сменяются активным новообразованием ее элементов (фаза «новообразования»), во время которой увеличивается количество волокнистых структур, постепенно нарастает объемная доля элементов стромы, но уменьшается доля паренхимы. В третью фазу цикла новообразованные элементы стромы созревают (фаза «созревания»), формируются плотные оболочки, в межоболочечной ткани утолщаются соединительнотканые тяжи, что увеличивает механическую прочность стромы. В четвертую фазу цикла строма обладает высокой прочностью и препятствует росту паренхимы, устанавливается временное равновесие в соотношении стромы и паренхимы (фаза «функционирования»), которое вскоре нарушается в связи с потребностью организма либо в увеличении размеров железы, либо в необходимости обновления клеток паренхимы, что стимулирует начало нового цикла.

Необходимо акцентировать внимание на временных периодах перехода фазы «разрушения» в фазу «новообразования» в каждом цикле, которые характеризуются ослаблением стромы и активным ростом паренхимы, что создает повышенный риск повреждения органа различными факторами. В постнатальном онтогенезе женщины эти периоды соответствуют возрасту 1 год, 6-8 лет, 16 лет и 28-36 лет. Наиболее сильно ослабление соединительнотканной стромы происходит в 28-36 лет, что дает основание считать этот возрастной период в онтогенезе женщин критическим и требующим повышенного внимания в клинической практике.

Таким образом, установлено, что в процессе роста и физиологической регенерации ПЧЖ происходит циклическое изменение соотношения стромы и паренхимы. Каждый цикл изменчивости структуры ПЧЖ состоит из 4 фаз: новообразование стромы, ее созревание, функционирование и разрушение. Временные периоды перехода фазы «разрушения» в фазу «новообразования» в каждом цикле характеризуются ослаблением стромы и активным ростом паренхимы, что создает повышенный риск повреждения ПЧЖ различными факторами.

CYCLICITY OF VARIABILITY OF STROMAL- PARENCHYMAL RELATIONS OF SUBMANDIBULAR SALIVARY GLAND IN WOMEN ONTOGENESIS

O.V. Kuvaeva

(Irkutsk State Medical University)

During growth and physiological regeneration of submandibular salivary gland there is a cyclic change of a parity of stroma and parenchyma. Each cycle of structure gland variability consists of 4 phases during which there is a new growth of stroma, its maturing, functioning and destruction. The time periods of transition from a «destruction» phase to a «new growth» phase in each cycle are characterized by weakening of stroma, and active growth of parenchyma, that creates the raised risk of this organ damage by means of various factors.

ЛИТЕРАТУРА

1. Автандилов Г.Г. Медицинская морфометрия. — М.: Медицина, 1990. — 384 с.
2. Макаров А.К., Белохвостиков Ю.П. Регистрация и моделирование тканевого давления в нормальных и патологически измененных органах. — Иркутск, 1987. — 67 с.
3. Серов В.В., Шехтер А.Б. Соединительная ткань. — М.: Медицина, 1981. — 312 с.
4. Тимченко Л.Д., Макарова Т.М., Восканян С.Э. Биологический возраст как номинант морфофункционального статуса в циклической изменчивости животных организмов // Росс. морф. вестн. — М., 2000. — Вып.1-2. — С.251-252.

ЗДОРОВЬЕ, ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© ГАДЖИЕВ Г.Д., ГРЕЧАНЫЙ Г.В. — 2007

ВЛИЯНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СОТРУДНИКОВ НАУЧНО- ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ ИНСТИТУТОВ ИРКУТСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА СИБИРСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК

Г.Д. Гаджиев, Г.В. Гречаный

(Иркутский государственный университет, ректор — д.х.н., проф. А.И. Смирнов, кафедра микробиологии, зав. — д.б.н., проф. Б.Н. Огарков; Больница Иркутского научного центра СО РАН, гл. врач — О.С. Вашкевич, отделение эндоскопической и ультразвуковой диагностики, зав. — Г.Д. Гаджиев)

Резюме. Проведен анализ воздействия производственных вредностей — факторов риска на состояние здоровья сотрудников научно-исследовательских институтов ИИЦ СО РАН. Выделено три группы факторов риска по степени их воздействия: высокой степени активности воздействия — подвержено воздействию 39% сотрудников; средней степени активности воздействия — 46,9% сотрудников, «относительно» слабой степени активности воздействия — 14,1% обследованных.

Ключевые слова: вредные производственные факторы, факторы риска, здоровье, научные сотрудники.