

ной стенки в мезогастральной области (индекс поперечных размеров — 100).

У мужчин и женщин площадь фаса передней брюшной стенки минимальна при проекции на основание, больше по плоскости, еще больше ($p < 0,001$) по кривизне и неравномерно распределена по отделам в зависимости от пола. Так, у мужчин 24,2%, а у женщин 23,0% площади передней брюшной стенки приходится на эпигастральную область, 61% и 59,4% — на мезогастральную, 14,8% и 17,6% — гипогастральную (соотношения — 1,6:4,1:1 и 1,3:3,4:1).

В сагиттальной плоскости передняя брюшная стенка у мужчин имеет более нисходящий характер профиля (рис. 1). Об этом свидетельствуют и статистически значимые ($p < 0,001$) различия индекса профиля (106,88 [104,93; 109,44] — у мужчин и 103,23 [101,01; 105,2] — у женщин). У мужчин также существенно ($p < 0,001$) большие значения основания передних размеров живота на всех уровнях.

По высоте и характеру поясничного изгиба у мужчин и женщин пожилого возраста достоверных различий не выявлено. Независимо от пола поясничный изгиб плохо выражен и в большинстве случаев наблюдается плотное прилегание спины к поверхности основания.

Независимо от пола отмечается и выпячивание передней брюшной стенки относительно линии, проведенной от основания мечевидного отростка до лобкового симфиза, однако у пожилых мужчин оно сильнее выражено.

В горизонтальных плоскостях площадь и характер поперечных сегментов брюшной стенки имеют значительные половые различия (рис. 2). Площади поперечных сегментов на всех уровнях статистически значимо ($p < 0,05$) больше у мужчин и меньше — у женщин. У пожилых мужчин брюшная стенка более симметрична, за исключением поперечного сегмента мезогастральной области на уровне

не пупка, где, как и у женщин, отмечается превалирование правой его половины над левой. У женщин брюшная стенка характеризуется левосторонней асимметрией поперечных сегментов эпигастральной и гипогастральной областей и правосторонней — поперечного сегмента мезогастральной области на уровне пупка.

При анализе конфигурации эпи- и гипогастральной областей выявлены половые различия и по значениям углов. Так, эпигастральный угол у пожилых мужчин достоверно больше ($90,52 \pm 8,68$), а гипогастральный — меньше ($86,9 \pm 7,5$) чем у пожилых женщин ($85,83 \pm 9,62$ и $108,28$ [102,86; 112,72] соответственно). Об этом свидетельствует и индекс подчревья, большие значения ($33,83 \pm 5,49$) которого характеризуют у мужчин пожилого возраста более высокую и узкую гипогастральную область и широкую и низкую ($26,11 \pm [24,11; 28,24]$) у женщин.

Комплекс половых особенностей живота и передней брюшной стенки отразился на таком интегративном показателе, как объем живота, который существенно ($p < 0,001$) больше у пожилых мужчин ($21,22$ [18,13; 25,21]) и меньше у пожилых женщин ($16,2$ [14,48; 20,33]).

Как показали наши исследования, в целом у мужчин пожилого возраста (61-74 лет) преобладают продольные и поперечные, фасные и профильные размеры передней брюшной стенки, объем живота и расширенная вверх форма живота. У женщин пожилого возраста (56-74 лет) отмечается меньшее выпячивание передней брюшной стенки и расширенная вниз форма живота. Выявленные особенности конфигурации передней стенки живота у пожилых мужчин и женщин имеют не только теоретическое, но и практическое значение, так как могут помочь по внешней форме живота, конфигурации его передней стенки обоснованно предположить патологию передней брюшной стенки и внутренних органов и наметить их пути профилактики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Винник Ю.С., Петрушко С.И., Горбунов Н.С. и др. Хирургия грыж передней брюшной стенки. — Красноярск: Поликом, 2008. — 396 с.
2. Горбунов Н.С., Чикун В.И., Илларионова А.В. Соединительнотканый остоу передней брюшной стенки. — Красноярск: Кларетанум, 2003. — 88 с.
3. Горбунов, Н.С. Лапарометрическая диагностика. — Красноярск, 2000. — 68 с.
4. Лаврова Т.Ф. Клиническая анатомия и грыжи передней брюшной стенки. — М.: Медицина, 1979. — 104 с.
5. Решетняк В.К. Возрастные и половые различия восприятия боли.// Клинич. геронтология. — 2003. — №6. — С. 34-38.
6. Санигурский Г.Ю. Морфометрические показатели передней брюшной стенки человека по данным ультразвукового исследования в норме и после некоторых оперативных вмешательств: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Хабаровск, 1993. — 12 с.
7. Семенова Л.К. Анатомия и проекция мышц, сосудов и нервов передней стенки живота в связи с возрастом и индивидуальной изменчивостью.// Вопросы морфологии и физиологии. — М., 1959. — С. 52-101.
8. Rettenbacher T., Hollerweger A., Macheiner P, et al. Abdominal wall hernias: cross-sectional imaging signs of incarceration determined with sonography.// Am. J. Roentgenol. — 2001. — Vol. 177. — P. 1061-1066.

Информация об авторах: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана-Железняка, 1 «Ж», тел. (391) 2201410, 2201377, 2201396, e-mail: a_zhuklina@mail.ru, samotesovpa@rambler.ru, nvt24@mail.ru

Жукина Вероника Владимировна — аспирант,

Горбунов Николай Станиславович — д.м.н., профессор кафедры, декан,

Самотесов Павел Афанасьевич — д.м.н., проф., заведующий кафедрой, первый проректор,

Тихонова Наталья Владимировна — к.м.н., доцент.

© ЛЫСАНОВ Ю.И., ШАМАНОВА Л.В. — 2011

УДК 614.2:616.36 — 002.6-08

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ: РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Юрий Иванович Лысанов, Любовь Викторовна Шаманова

(¹Департамент здравоохранения и социальной помощи населению Комитета по социальной политике и культуре Администрации г. Иркутска, начальник — И.И. Губанова; ²Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах; кафедра туберкулёза, зав. — д.м.н., доц. Е.Ю. Зоркальцева;

³МУЗ ЦРБ Иркутского района, гл. врач — Д.А. Николайчук)

Резюме. По данным ВОЗ, ежегодно в мире фиксируется до 2 млн. смертельных исходов острых, хронических гепатитов включая цирроз и гепатоцеллюлярную карциному. Низкая частота выявления отмечается в Северной, Западной и Центральной Европе, Северной Америке. Средняя частота — в Южной и Восточной Европе, Южной и

Центральной Америке. Низкая выявляемость отмечается в странах Азии и Африки. В статье проведён анализ современных взглядов на клинику и медицинскую географию вирусных гепатитов.

Ключевые слова: вирусный гепатит, вакцинопрофилактика, заболеваемость.

VIRUS HEPATITES: PREVALENCE AND DYNAMICS OF MORBIDITY

Y.I. Lysanov, L. V. Shamanova

⁽¹⁾Department of Health Care and Social Assistance for the Population of the Committee on Social Policy and Culture of Administration of Irkutsk-city; Irkutsk State Institute for Post-Graduate Medical Education;

⁽²⁾Central Hospital of Irkutsk Region)

Summary. On the data of WHO, annually in the world up to 2 mln. of fatal outcomes of acute and chronic hepatitis, including cirrhosis and hepatocellular carcinoma are registered. The low frequency of revealing is marked in Northern, Western and Central Europe and Northern America. Average frequency — in Southern and East Europe, Southern and Central America. Low revealing is marked in the countries of Asia and Africa. In the paper the analysis of modern views on the clinical course and medical geography of viral hepatitis has been conducted.

Key words: viral Hepatitis, vaccinal prevention, morbidity.

По данным ВОЗ, ежегодно в мире фиксируется до 2 млн. смертельных исходов острых, хронических гепатитов включая цирроз и гепатоцеллюлярную карциному. Низкая частота выявления отмечается в Северной, Западной и Центральной Европе, Северной Америке. Средняя частота — в Южной и Восточной Европе, Южной и Центральной Америке. Низкая выявляемость отмечается в странах Азии и Африки.

Вирусные гепатиты — это группа инфекционных заболеваний печени, вызываемых вирусами. Воспаление паренхимы печени является результатом цитокинопосредуемой активации синусоидальных клеток, экспрессии ими адгезионных молекул, дальнейшего локального высвобождения провосполительных цитокинов и мобилизации циркулирующих лейкоцитов [7]. В настоящее время наиболее полно изучены вирусные гепатиты А, В, С, D (дельта), Е. Выделяют ещё F, G, TTV, Sen, однако их роль в повреждении печени пока не доказана [9, 14]. Прогресс в открытии новых видов вирусных гепатитов, связан в первую очередь с открытием полимеразной цепной реакции. (ПЦР). Острые вирусные гепатиты (ОВГ) относятся к самым распространённым заболеваниям печени [18, 19].

По механизму заражения, биологическим особенностям возбудителей и характеру течения ОВГ разделяют на две группы. Первая — с пероральным механизмом заражения (гепатиты А, Е и предположительно F). Эти виды заканчиваются выздоровлением без формирования вирусносительства. Вторая группа — с парентеральным механизмом заражения (вирусы гепатитов В, С, D, G). Особенностью течения этих гепатитов является склонность к персистенции и развитию хронического поражения печени [9, 19].

Gepatit A. Вирусный гепатит А распространён повсеместно, уровень заболеваемости зависит от санитарно-гигиенического состояния отдельных территорий. Заболевание передаётся фекально-оральным путём, заканчивается выздоровлением и стойким иммунитетом. Тяжело протекает у грудных детей и пожилых людей. Патогистологические изменения в биоптате печени больных вирусным гепатитом А аналогичны таковым при всех вирусных гепатитах, отличие лишь в том, что меньше степень выраженности некроза. Основная масса гепатоцитов не повреждена, наибольший некроз незначительного количества паренхиматозных клеток и гистиоцитарная воспалительная реакция с перипортальной локализацией. Осложнения для вирусного гепатита А не характерны. Существует вакцина, обеспечивающая иммунитет на 15-20 лет (при применении двухдозовой схемы вакцинации). Вакцинацию применяют в группах риска, в частности у лиц, находящихся в эндемических областях, особенно в тропических странах, у работников общественного питания, канализационной службы, инфекционных и педиатрических отделений [11].

Gepatit E. Для России это заболевание редкое. Чаще встречается в Юго-Восточной и Центральной Азии,

в Северной и Центральной Африке, в Центральной Америке. Фекально-оральный механизм передачи, преимущественно водный путь распространения инфекции. Основной фактор, приводящий к поражению гепатоцитов — это цитопатическое действие. Механизм развития патологического процесса изучен недостаточно. Морфологические изменения в печени, не имеют каких-либо специфических, для вирусного гепатита Е, особенностей. Наблюдается диффузное поражение паренхимы и ретикулоэндотелиальной системы. Тяжёлые формы вирусного гепатита Е характеризуются обширными некрозами с полным нарушением структуры печёночной ткани.

Прогноз благоприятный, заболевание заканчивается выздоровлением большинства больных. Формирование затаяного и хронического гепатита не зарегистрировано. Наибольшую опасность это заболевание представляет для беременных женщин. Поражая женщину в последнем триместре, может привести к молниеносному течению болезни с развитием печёночной недостаточности и, возможно, к летальному исходу.

При профилактике особое внимание уделяют обеззараживанию воды. Беременным вводится специфический иммуноглобулин.

Gepatit B. Среди всех перечисленных вирусных гепатитов наиболее опасными и распространёнными являются гепатиты В и С. Именно они характеризуются непрерывным ростом заболеваемости и наиболее частым развитием осложнений. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, в мире насчитывается 300-350 млн. человек — носителей HBsAg, из них около 4 млн. в России [14, 17], а к 2000 году их число достигло 400 млн. человек [1]. В Северной и Западной Европе распространение хронической вирусной инфекции составляет менее 2%, Россия относится к странам со средней степенью распространённости HBV (ок. 3%). Наиболее неблагоприятная обстановка по вирус-

Таблица 1
Заболеваемость населения г. Иркутска
вирусными гепатитами В и С

Год	Заболеваемость вирусным гепатитом В на 100 тыс. населения	Заболеваемость вирусным гепатитом С на 100 тыс. населения
2000	41,2	21,2
2001	36,3	11,2
2002	16,8	4,6
2003	16,1	6,0
2004	13,4	4,6
2005	12,2	6,0
2006	8,8	4,7
2007	9,2	5,4
2008	8,3	3,1
2009	4,7	5,2

ному гепатиту В сложилась в 2002 г в Республике Тыва (показатель заболеваемости составил 65,1 на 100 000 населения), Камчатской области (56,1), Агинском Бурятском автономном округе (41,4), Республике Бурятия (29,1), Ханты — Мансийском автономном округе (28,2), Приморском крае (28,9), Новгородской (33,3), Ивановской (28,9), Новосибирской (28,8), Кемеровской (27,5), Читинской (24,5) областях.

В таблице 1 представлена заболеваемость вирусным гепатитом В по данным департамента здравоохранения г. Иркутска в период с 2000 по 2009 г. [12].

Таким образом заболеваемость гепатитом В в г. Иркутске за 9 лет снизилась на 88,6% ($p < 0,005$), однако контингент являющийся группой риска для заболеваемости вирусным гепатитом В не изменился. Темп роста составляет 11%, темп прироста — 89. В основном инфицируются лица молодого возраста из групп повышенного риска: наркоманы, гомосексуалисты, лица, ведущие беспорядочную половую жизнь, больные туберкулезом, а так же медицинские работники.

У взрослых заболевание протекает как бессимптомно (60-70%), так и с клиническими признаками (30-40%), заканчивается при адекватном иммунном ответе выздоровлением. У 6-10% развивается хронический вирусный гепатит В.

Поражение печени характеризуется цитолизом гепатоцитов, холестазом и мезенхиально-воспалительной реакцией. Проявление цитолитического синдрома отражается в повышении активности в сыворотке крови внутриклеточных ферментов АлАТ, АсАТ и др.

В настоящее время существует специфическая вакцинопрофилактика [1, 2, 9, 13, 14, 15, 16, 19]. Эффективность которой высока, однако не все группы риска охвачены данной профилактикой.

В таблице 2 показан охват профилактическими прививками детского и взрослого населения с 2006г. Иркутска.

Таблица 2

Охват профилактическими прививками против вирусного гепатита В детского и взрослого населения

Год	Дети, чел.	Взрослые, чел.
2006	56 438	57 594
2007	17 943	26 853
2008	10 550	55 747
2009	8 730	53 627

Gepatit C. В мире насчитывается около 500 млн. инфицированных вирусом гепатита С. Из них ежегодно умирает 8-10 тыс. больных. Уровень заболеваемости вирусным гепатитом С на 2002 г., в 3-5 раз превышает среднефедеральные значения в Ханты-Мансийском автономном округе, Камчатской, Ленинградской, Тюменской областях, Приморском крае, Санкт — Петербурге [4].

В таблице 1 представлена заболеваемость вирусным гепатитом С по данным Департамента здравоохранения г. Иркутска.

Таким образом заболеваемость вирусным гепатитом С за 9 лет снизилась на 75,5% ($p < 0,005$). Темп роста составил 25%, темп прироста — 75.

Примерно у половины из больных вирусным гепатитом С путь передачи инфекции неизвестен. К группам риска относятся наркоманы, заключённые, больные, получающие сеансы гемодиализа, медицинские работники, работающие в контакте с кровью, реципиенты донорской крови. Это заболевание у 15-20% больных

заканчивается выздоровлением. А у 85% пациентов приводит к развитию хронического гепатита С, протекает чаще бессимптомно, с нормальными или субнормальными показателями аминотрансфераз, и заканчивается через 10-15 лет циррозом или первичным раком печени. При этом у каждого пятого развивается цирроз печени, а у каждого двадцатого — гепатоцеллюлярная карцинома.

Скорость формирования цирроза зависит от ряда факторов: пожилой возраст при инфицировании, мужской пол, злоупотребление алкоголем (более 50 г/сут.), наличие коинфекции вирусов гепатита В и/или ВИЧ, избыточная масса тела (ИМТ более 28 кг/м²), гетерогенность по гену гемохроматоза, полиморфизм генов ряда цитокинов, играющих ключевую роль в фиброгенезе. Активация процессов фиброгенеза сопровождается снижением признаков воспаления, что приводит к нарушению структуры соединительнотканного каркаса печени, нарушаются процессы регенерации паренхимы печени с развитием ложных долек, что в свою очередь приводит к развитию цирроза печени. В основе развития фиброза лежит активация звёздчатых клеток, в процессе активации и превращения их в миофибробласты эти клетки накапливаются по ходу синусоидов и приобретают способность к частичному сокращению, что в свою очередь приводит к нарастанию давления в синусоидах и появлению, либо усилению портальной гипертензии. Фиброз при вирусных гепатитах в ранней фазе развивается в зоне портальных трактов, в результате они расширяются и имеют многоугольную форму.

Специфической профилактики вирусного гепатита С в настоящее время не существует [3, 5, 6, 8, 10, 13, 16].

Gepatit D. Вирусный гепатит D не встречается самостоятельно, для его развития необходимо наличие вирусного гепатита В. Следовательно, лица имеющие антитела против гепатита В, не болеют гепатитом D. Около 5% носителей HBs-антигена в мире (приблизительно 15 млн.чел) инфицированы HBD. Инфекция распространена в странах Африки, Ближнего Востока, в Южной Америке, Румынии, Турции, Западной Европе, Средней Азии, Молдавии и Казахстане.

Основным источником возбудителя заболевания вирусным гепатитом D являются лица с хроническими формами HBV-инфекции. Попав в организм носителя HBV, вирус дельта окружает себя оболочкой из HBs-антигена и в таком виде оказывает повреждающее действие на гепатоциты. Механизм повреждающего действия на клетки печени в настоящее время изучен недостаточно. Заболевание заканчивается выздоровлением — примерно в 75% случаев, смертью (25%) при фульминантной форме.

Профилактические мероприятия те же, что и при вирусном гепатите В. Вакцина против гепатита В обеспечивает защиту от HDV-инфекции.

Закключение: Заболеваемость инфекционными гепатитами на территории РФ остаётся достаточно высокой. Благодаря проведению профилактических прививок удалось снизить заболеваемость острыми вирусными гепатитами на 43,5%, в том числе вирусным гепатитом А — 40,9%, вирусным гепатитом В — 44,2%, вирусным гепатитом С — 57,5% [4]. В Иркутской области в течение последних 10 лет отмечается снижение заболеваемости вирусным гепатитом В на 88,6%, вирусным гепатитом С на 75,5%. Национальный проект «Здоровье», который действует с 2008 года оказал существенное влияние на усиление профилактических и лечебных мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдурахманов Д.Т. Хроническая HBV-инфекция. // Клиническая медицина. — 2002. — №4. — С. 20-25.
2. Баяндин Р.Б. Частота встречаемости маркеров генетического разнообразия и факторы риска инфицирования вирусным гепатитом В в различных группах населения Новосибирской

области и Алтайского края: Автореф....канд. мед. наук. — Кольцово, 2009. — 21 с.

3. Волчкова Е.В., Потеева С.А. Значение системы гистосовместимости у больных гепатитом. // Лечащий врач. — 2004. — №4. — С. 46-48.

4. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2002 году. // Здравоохранение Российской Федерации. — 2004. — №2. — С. 3-23.
5. Громова Н.И., Богомолов Б.Н. Клиническая эффективность этиотропной терапии хронического вирусного гепатита С. // Клиническая медицина. — 2003. — №1. — С.48-51.
6. Жаров С.Н. Альтернативные направления в терапии больных вирусными гепатитами. // Лечащий врач. — 2007. — №9. — С.50-53.
7. Ивашкин В.Т. Клеточная и молекулярная биология воспаления печени. // Рос. журнал гастроэнтерологии гепатологии колопроктологии — 1998. — №5. — С. 13-17.
8. Лопаткина Т.Н. Лечение вирусного цирроза печени в исходе хронического гепатита С. // Лечащий врач. — 2005. — №6. — С. 68-72.
9. Маевская М.В. Лечение хронических вирусных гепатитов. // Лечащий врач. — 2005. — №2. — С. 54-58.
10. Маянский Д.Н., Зубахин А.А. Клеточно-молекулярные механизмы формирования цирроза печени. // Рос. журнал гастроэнтерологии гепатологии колопроктологии. — 1998. — №6. — С.6-12.
11. Манс М. Вирусные гепатиты: реалии и перспективы лечения. // Рос. журнал гастроэнтерологии гепатологии колопроктологии. — 2001. — №4. — С.47-50.
12. Лысанов Ю.И., Аитов К.А., Погорелов В.И. Эпидемиологические аспекты и вопросы профилактики вирусных гепатитов // Журнал инфекционной патологии. — 2002. — №4. Т.9. — С.43-46.

13. Павлов Ч.С., Шульпекова Ю.О., Золотаревский В.Б., Ивашкин В.Т. Современные представления о патогенезе, диагностике и лечении фиброза печени. // Рос. журнал гастроэнтерологии гепатологии колопроктологии — 2005. — №2. — С.13-19.
14. Полунина Т.Е. Комплексная терапия вирусных гепатитов. // Лечащий врач. — 2005. — №9. — С.34-41.
15. Полякова Л.О., Болошинов А.Б., Безгдов И.В., Сергеева В.Н. Заболеваемость вирусным гепатитом А и дизентерией в семьях, проживающих в различных бытовых условиях гг. Улан-Удэ и Иркутска (сообщение 2). // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2006. — №7. — С.67-70.
16. Серов Н.А., Подымова С.Д., Постникова Т.Н. и др. Морфологическое состояние печени больных хроническим вирусным гепатитом при нормальном уровне активности аминотрансфераз. // Рос. журнал гастроэнтерологии гепатологии колопроктологии — 1999. — №4. — С.45-47.
17. Скворцов В.В., Тумаренко А.В. Проблемы современного лечения вирусных гепатитов. // Лечащий врач. — 2007. — №9. — С.73-77.
18. Хазанов А.И. Современные проблемы вирусных и алкогольных заболеваний печени. // Клиническая медицина. — 2002. — №3. — С.14-19.
19. Шульпекова Ю.О. Острый вирусный гепатит. // Лечащий врач. — 2005. — №2. — С.20-23.

Информация об авторах: 664531, Иркутская область, Иркутский район, с. Урик, ул. Муравьёва, д. 1А,
e-mail: doc-luba@yandex.ru

Лысанов Юрий Иванович — главный специалист — эпидемиолог,
Шаманова Любовь Викторовна — врач-терапевт.

© ГАСЬКОВА Н.П., ТАРМАЕВА И.Ю., СТЕПАНОВА Е.А., ГОЛЫШЕВА Н.А. — 2011
УДК 613.955

ФАКТОРЫ, ФОРМИРУЮЩИЕ ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Наталья Павловна Гаськова¹, Инна Юрьевна Тармаева²,
Елена Александровна Степанова², Наталья Александровна Голышева²

(¹Иркутская государственная сельскохозяйственная академия, ректор — к.э.н., доц. Ю.Г. Вашукевич, кафедра физического воспитания и спорта, зав. — А.И. Ракоца; ²Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н. проф. И.В.Малов, кафедра гигиены труда и гигиены питания, зав. — д.м.н. проф. Е.П. Лемешевская, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета, зав. — д.м.н., проф. П.М. Самчук)

Резюме. По результатам тестирования школьников г. Иркутска установлено, что у достаточно большого процента опрошенных имеются негативные факторы, отрицательно влияющие на здоровье.

Ключевые слова: школьники, здоровье, образ жизни.

FACTORS THAT INFLUENCE ON HEALTHY LIFE STYLE

N.P.Gaskova¹, I.Y.Tarmaeva², E.A. Stepanova², N.A. Golyшева²
(¹Irkutsk State Agricultural academy, ²Irkutsk State Medical University)

Summary. The results of school-aged Children testing showed that they have negative factors, which influence on the state of health. Numerous school-aged Children of Irkutsk have unhealthy life style.

Key words: school-aged Children, health, life style.

В настоящее время в нашем обществе значительно растет интерес людей к собственному здоровью. В России сейчас наблюдается снижение уровня здоровья всех возрастных категорий населения и особенную обеспокоенность вызывает детское население. За последнее время значительно выросла хроническая заболеваемость школьников, которая у 80% выпускников школ приводит к ограничению выбора профессии [2]. Поэтому, состоянию здоровья детей в настоящий момент уделяется особое внимание государства [1,3].

За последние годы в Российской Федерации, в Иркутской области в частности, отмечается существенное ухудшение показателей жизнеспособности населения. Так, значительно изменилось состояние здоровья детей и подростков: снизились показатели физического развития и приспособительных возможностей организма, увеличилась распространенность различных факторов риска.

Цель работы: проанализировать основные группы факторов, оказывающих воздействие на здоровье современных школьников.

Материалы и методы

Так как одной из групп факторов, оказывающих значительное воздействие на здоровье является образ жизни, нами оценивались показатели образа жизни школьников г. Иркутска в рамках международного проекта «Здоровье и поведение школьников» (Health Behaviour in School-aged Children), который проводит межнациональные обследования и организовал международную сеть под эгидой Европейского регионального бюро ВОЗ [4]. Цель программы — получить новый взгляд и расширить понимание о здоровье молодежи, благосостоянии и поведении, влияющем на здоровье в социальном контексте.