

УЧРЕДИТЕЛИ

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»
Департамент Смоленской области по здравоохранению
Департамент здравоохранения Брянской области
Министерство здравоохранения и социального развития Калужской области

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор
И.В. Отвагин

Заместители главного редактора

В.Н. Дорощенко, А.А. Касьянов, О.А. Козырев,
Ю.А. Кондратьев, А.А. Пунин
Редакционно-издательский отдел
В. М. Остапенко

Координаторы по регионам

Е.А. Ярошук (Смоленск), В.А. Исаев (Калуга), К.Е. Воронцов (Брянск)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

А.В. Авчинников, А.В. Бельков, Р.С. Богачев,
А.Г. Грачева, А.С. Доронин, А.Е. Доросевич,
Л.В. Козлова, А.В. Литвинов, Р.Я. Мешкова,
В.А. Милагин, О.В. Молотков, В. Г. Плешков,
В.П. Подпалов, В.А. Правдивцев, В.Н. Прилепская,
А.С. Соловьев, И.Н. Ступаков, Г.Н. Федоров,
С.Н. Фетисов, И.И. Щеголев, Я.Б. Юдельсон

АДРЕС РЕДАКЦИИ

214019, г. Смоленск, ул. Крупской, 28,
Медицинская академия, научная часть,
тел. (4812) 55-31-96,
e-mail: nau@sgma.info

ИЗДАТЕЛЬ

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов

Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ № ФС 77-25261 от 03.08.2006

Отпечатано в ОАО
«Смоленская городская типография»
г. Смоленск, ул. М. Жукова, д.16.
Тел.: (4812) 38-28-65, 59-99-07, 38-14-53
Тир. 300 экз. Заказ № 3679

СОДЕРЖАНИЕ

ОТВАГИН И.В.
90 лет научной, клинической и педагогической деятельности смоленской государственной медицинской академии 2

ВЕСТИ РЕГИОНОВ

КОНДРАТЬЕВ Ю.А.
Перспективные направления развития системы регионального здравоохранения..... 4
ДОРОЩЕНКО В.Н.
Выпускники смоленской государственной медицинской академии в лечебных учреждениях Брянской области..... 6

АКТОВАЯ РЕЧЬ

ПРАВДИВЦЕВ В.А.
От периферического нервного волокна к нейрону головного мозга: путь развития 8

КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

БОРСУКОВ А.В., МАМОШИН А.В.
Современные клинические возможности малоинвазивных манипуляций под ультразвуковым контролем 12

ВОЛОДЬКИН В.В., ХАРКЕВИЧ Н.Г.
Принципы хирургического лечения паховых грыж..... 16

МИЛЯГИН В.А., АБРАМЕНКОВА Н.Ю., АГЕНКОВА О.А.
Лечение трудноконтролируемой артериальной гипертензии..... 18

НИКИФОРОВСКИЙ Н.К., СТЕПАНЬКОВА Е.А., ПОКУСАЕВА В.Н., ЛУКИНА Н.В.
Антенатальная охрана здоровья плода. Достижения и проблемы 22

ЛЕГОНЬКОВА Т.Н., СТЕПИНА Т.Г., ПАНАСЕНКОВА Е.В., ВОЙТЕНКОВА О.В.
Региональные особенности распространенности дефицита цинка у беременных женщин и детей: современные подходы к коррекции 24

НАРЕЗКИН Д.В., АЛИБЕГОВ Р.А., ИГНАТЬЕВ С.В., СЕРГЕЕВ О.А., МАРКОВА Я.А., ПРОХОРЕНКО Т.И.
Ненатальная герниопластика в лечении ущемленных вентральных грыж 27

НОВИКОВ В.Е.
Фармакология зубиотиков 29

ЦЕПОВ Л.М.
Стоматологический факультет смоленской государственной медицинской академии: размышления о некоторых итогах работы и возможных перспективах развития 34

ШКИТИН В.А., ПАНИСЯК Н.А.
Принципы лечения асциты у больных циррозом печени..... 39

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

АЛИБЕГОВ Р.А., НАРЕЗКИН Д.В., СЕРГЕЕВ О.А., ПРОХОРЕНКО Т.И., ЖВИТИАШВИЛИ И.Д.
Выбор и оценка способов формирования панкреатодигестивного анастомоза при проксимальных резекциях поджелудочной железы 43

ВАТОЛИНА М.А.
Частотный и веп-анализы медикаментозных средств, используемых в лечении больных шизофренией на стационарном этапе..... 45

ДЕРЕВЦОВ В.В.
Вариабельность ритма сердца в динамике первого года жизни у детей от матерей с анемиями..... 47

КОСОВА А.А., БОРСУКОВ А.В., ФЕТИСОВ В.М., ЛЕОНОВ С.Д.
Возможности малоинвазивной биомпедансометрии узловых образований щитовидной железы под ультразвуковым контролем: пилотные результаты 49

КУФТОВ В.С., ЕРШОВ Н.И., КОЗЫРЕВ Н.А., ДЕШПИТ А.В.
Интрадуральная экстрамедуллярная нейронтрансгенная киста в шейном отделе. Результат лечения и обзор литературы..... 51

ПАВЛОВИЧ Т.П., АРТЕМЕНКО Н.А.
Качество жизни пациентов врачей общей практики и врачей-терапевтов участковых . 54

СЛАБКЯЯ Е.В., МЕШКОВА Р.Я., РЯБИКОВА Е.С., ВАВИЛЕНКОВА Ю.А., КОНОВАЛОВА М.И., АКСЕНОВА С.А., АЛЕКСА Е.Н.
Аллергия к латексу и некоторые особенности профессионального риска у медицинских работников 58

САМОРОДСКАЯ И.В., ВАТОЛИНА М.А.,
Организационно-клинические аспекты оказания стационарной помощи при психической патологии у мужчин..... 60

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

С. В. НАГОРНАЯ
Роль института военкомов в жизни медицинского факультета СГУ в 1920-1922 гг. 64

31. Rauzzino M.J. Spinal neurenteric cysts and their relation to more common aspects of occult spinal dysraphism / M.J. Rauzzino, R.S. Tubbs, E. Alexander, P.A. Grabb, W.J. Oakes // Neurosurg. Focus. – 2001. – Vol. 10, N1. – P. e2.
32. Rivierer M. Kyste neuro-entérique intra-médullaire sans malformation associée. Un cas. / M. Rivierer, H. Duclos, J.D. Piekarski, P.H. Cornu, D. Elghosi, M.N. Ducerveau // Neurochirurgie. – 1989. – Vol.35, N3. – P. 191-195.
33. Rizk T. Acute paraplegia revealing an intraspinal neurenteric cyst in a child / T. Rizk, G.A. Lahoud, J. Maarrawi, R. Hourani, P. Jabbour, S. Koussa, N. Okais // Childs Nerv Syst. – 2001. – Vol. 17, N12. – P. 754-757.
34. Rotondo M. Intramedullary neurenteric cysts of the spine. Report of three cases / M. Rotondo, R. D'Avanzo, M. Natale, L. Pasqualetto, A. Bocchetti, L. Agozzino, A. Scutto // J. Neurosurg. Spine – 2005. – Vol. 2, N3. – P. 372-376.
35. Rougerie C. Spinal neurenteric cyst revealed by a cauda equine syndrome / C. Rougerie, P. Chazerain, F. Arthuis, V. Chich-eportiche, J.M. Ziza // Presse Med. – 1999. – Vol. 28, N5. – P. 229-230.
36. Sacata H. Neurenteric cyst of the craniocervical junction in an infant / H. Sacata, M. Fujimura, M. Iwasaki, T. Tominaqa // Neurol. Med. Chir (Tokyo). – 2008. – Vol. 48, N2. – P. 86-89.
37. Sasani M. Excision of an asymptomatic cervical intradural neurenteric cyst through the anterior approach: a study of two cases and a review of the literature / M.Sasani, A.F. Ozer, B.T. Oktenoqlu, K. Peker, M.H. Bozkus, A.C. Sarioglu // Spine J. – 2007. – Vol. 7, N6. – P. 720-727.
38. Sharma R.R. Cranio-spinal enterogenous cysts: clinico-radiological analysis in a series of ten cases / R.R. Sharma, R.R. Ravi, N.T. Gurusinghe, C. Coutinho, A.K. Mahapatra, J. Sousa, S.J. Pawar // J. Clin. Neurosci. – 2001. – Vol. 8, N2. – P. 133-139.
39. Shenoy S.N. Spinal neurenteric cyst. Report of 4 cases and revive of the literature / S.N. Shenoy, A. Raja // Pediatric Neurosurg. – 2004. – Vol. 40, N6. – P. 284-292.
40. Song J.K. Lateral approach to a neurenteric cyst of the cervical spine: case presentation and review of surgical technique / J.K. Song, B.B. Burkey, P.E. Konrad // Spine. – 2003. – Vol. 28, N4. – P. E81-85.
41. Takase T. A recurrent intradural cervical neurenteric cyst operated on using an anterior approach: a case report / T. Takase, M. Ishikawa, S. Nishi, T. Aoki, E. Wada, H. Owaki, T. Katsuki, H. Fukuda // Surg. Neurol. – 2003. – Vol. 59, N1. – P. 34-39.
42. Takemi K. A case of cervical intramedullary neurenteric cyst / K. Takemi, S. Kubo, N. Ibayashi, M. Ikeda, T. Ohta, T. Yonezawa // No Shinkei Geka. – 1984. – Vol. 12, N4. – P. 539-543.
43. Trehan G. Neurenteric cyst: an unusual congenital malformation of the spinal canal / G. Trehan, G. Soto-Ares, M. Vinchon, J.P. Pruvo // J. Radiol. – 2003. – Vol. 84, N4. – P. 412-414.
44. Tuzun Y. Neurenteric cyst of the upper cervical spine: excision via posterior approach / Y. Tuzun, Y. Izci, G. Senqul, F. Erdogan, S. Suma // Pediatric Neurosurg. – 2006. – Vol. 42, N1. – P. 54-56.
45. Whiting D.M. Cervical neurenteric cyst associated with Klippel-Feil syndrome: a case report and review of the literature / D.M. Whiting, S.M. Chou, C.F. Lanzieri, I.H. Kalfas, R.W. Hardy // Clin. Neuropathol. – 1991. – Vol. 10, N6. – P. 285-290.
46. Yasuda M. Disseminated neurenteric cyst / M. Yasuda, H. Nakagawa, H. Ozawa, C. Inukai, T. Watabe, J. Mizuno, M. Takayasu // J. Neurosurg. Spine. – 2008. – Vol. 9, N4. – P. 382-386.

УДК 616 – 056.24: 614.23./25

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ И ВРАЧЕЙ-ТЕРАПЕВТОВ УЧАСТКОВЫХ

ПАВЛОВИЧ Т.П., АРТЕМЕНКО Н.А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск
УО «Витебский государственный медицинский университет», г. Витебск

Оценка качества жизни (КЖ) – новое и перспективное направление медицины и здравоохранения, которое позволяет точно оценить нарушение состояния здоровья пациента, ясно представить суть его клинической проблемы, определить наиболее рациональный метод лечения, а также оценить его ожидаемый результат по параметрам, которые находятся на стыке научного подхода специалистов и субъективной точки зрения пациента, при этом оценивая все составляющие здоровья [1, 3, 6].

Сфера применения оценки КЖ в медицине охватывает широкий круг проблем и включает: а) общую оценку состояния не только конкретного здорового или больного человека, но и популяции в целом; б) изучение влияния на здоровье производственных, социальных и других факторов, а также профилактических и реабилитационных программ; в) оценку эффективности лечения; г) разработку индивидуализированной программы терапии; д) комплексную экспертизу трудоспособности; е) клиниче-

ские испытания новых медикаментозных и немедикаментозных методов лечения [2, 4, 5].

В работе рассматриваются проблемы состояния здоровья лиц, обслуживаемых ВОП и ВТУ посредством оценки их качества жизни.

Целью исследования явилась оценка качества жизни пациентов, обслуживаемых ВОП и ВТУ, и выявление влияния на его уровень медико-социальных факторов.

Объектом исследования послужили пациенты амбулаторно-поликлинических организаций всех регионов Республики Беларусь.

Объем выборки составил 900 пациентов (450 человек – ВОП, 450 – ВТУ, в возрасте от 15 до 75 лет). Исследуемая группа формировалась методом направленного отбора.

В исследовании применялся международный сертифицированный опросник Medical Outcomes Study Form (SF-36). Опросник SF-36 включает 36 вопросов, которые характеризуют два компонента здоровья – физический и психологический. Компоненты оцениваются с помощью 8

шкал здоровья: физическая работоспособность, социальная активность, степень ограничения физической работоспособности и социальной активности, психическое здоровье, энергичность и утомляемость, боль, общая оценка здоровья. Опросник SF-36 обеспечивает количественное определение ЮК по указанным шкалам [7, 8]. При этом величины показателей могут колебаться от 0 до 100 баллов, чем выше показатель, тем лучше качество жизни.

Выявлено, что качество жизни пациентов, получавших медицинскую помощь как у ВОП, так ВТУ, является низким. Величина психологического компонента здоровья не отличается в зависимости от того, какого специалиста респондент посещает. У пациентов ВОП он составил 41,4 б., тогда как у обслуживаемых ВТУ 40,9 балла. (табл. 1).

Таб. 1. Шкалы психологического компонента качества жизни пациентов, (M±m, баллы)

Группы	Психологический компонент здоровья (ПКЗ)	Жизненная активность (ЖА)	Психическое здоровье (ПЗ)	Социальное функцие (СФ)	Роль эмоциональное функцие (РЭФ)
ВОП	41,4±0,44	50,8±0,94	55,9±0,85	68,1±0,95	71,2±1,81
УТ	40,9±0,44	48,8±0,84	54,6±0,81	64,9±0,97	78,0±1,78
Дост-ть различий	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p<0,05	p<0,01

Составляющие психологического компонента здоровья имеют различную направленность.

Однако, достоверные различия выявлены только в величинах показателей социального функционирования и ролевого эмоционального функционирования. Также выявлена зависимость только этих двух составляющих психологического компонента здоровья (СФ, F=5,5, p<0,05; РЭФ, F=7,1, p<0,01) от особенностей обслуживания – общая врачебная практика или территориально-участковая служба. Так СФ у пациентов ВОП значимо выше и составило 68,1 балла. Пациенты, обслуживаемые ВТУ, оценили свой уровень по данному показателю в 64,9 балла. Это свидетельствует о том, что пациенты ВОП более социализированы, имеют возможность больше общаться и решать свои жизненные вопросы не только с окружающими, но и с лечащим врачом. По показателю «ролевое эмоциональное функционирование» пациенты ВТУ имели более высокий уровень, чем посещающие ВОП.

Значения шкалы «социальное функционирование» отражает степень ограничений в социальной жизни, «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» позволяет судить о влиянии эмоционального состояния на повседневную деятельность. Данную позицию можно объяснить тем, что человек на фоне низкой жизненной активности и недостаточного психического

здоровья пытается компенсировать свое самочувствие эмоциональной составляющей. Следовательно, пациенты ВОП более свободны в социальном плане, тогда как пациенты ВТУ за счет эмоционального состояния более активны.

Профиль психологического компонента качества жизни отражает одинаковую тенденцию как у пациентов ВОП, так и ВТУ – смещение показателя в сторону РФЭС (рис. 1).

Так же, как психологический компонент здоровья, физический компонент ниже среднего. ФКЗ одинаков у пациентов ВОП и ВТУ и составил 47,1 и 46,9 балла соответственно. Согласно принятой методике, показатели четырех шкал опросника – физическое функционирование, ролевое функционирование, интенсивность боли и состояние здоровья – характеризуют физический компонент здоровья (табл. 2).

Значимых различий в зависимости от особенностей обслуживания в показателях, составляющих ФКЗ, не выявлено. Физическое функционирование отражает, насколько физическое состояние человека ограничивает в течение дня выполнение физических нагрузок, т.е. характеризует диапазон посильной физической активности. У респондентов этот показатель выше среднего, что свидетельствует о достаточных физических возможностях пациентов.

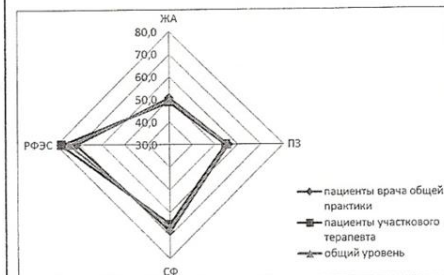


Рис. 1. Профиль психологического компонента качества жизни пациентов ВОП и ВТУ (баллы)

Таб. 2. Шкалы физического компонента качества жизни пациентов, (M±m, баллы)

Группы	Физический компонент здоровья (ФКЗ)	Физическое функцие (ФФ)	Ролевое функцие (РФ)	Интенсивность боли (ИБ)	Общее состояние здоровья (ОСЗ)
ВОП	47,1±0,35	65,6±1,28	66,5±1,90	55,3±1,15	46,6±0,75
УТ	46,9±0,38	63,2±1,35	70,9±1,97	56,1±1,16	45,0±0,75
Дост-ть различий	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05

Значения по шкале «ролевое функционирование» несколько выше, чем по шкале «физическое функционирование», т.е. поведение человека больше обусловлено ролевым участием в принятии жизненных решений, чем физическим состоянием пациента. Шкала «состояние здоровья» показывает значения субъективной оценки общего состояния своего здоровья. Самооценка опрошенными «состояния своего здоровья» несколько ниже среднего уровня, причем достоверных различий в группах не выявлено. Данный показатель нивелирует вклад значений трех компонентов в ФКЗ и обуславливает его уменьшение ниже среднего значения.

Профиль физического компонента качества жизни отражает одинаковую тенденцию как у пациентов ВОП, так и ВТУ – смещение показателя в сторону РФ (рис. 2).

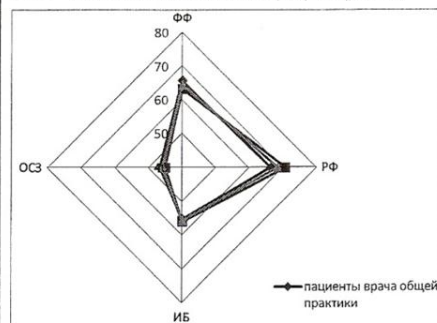


Рис. 2. Профили физического компонента качества жизни пациентов ВОП и ВТУ (баллы)

Если рассматривать качество жизни как категорию, с помощью которой можно оценить результаты медицинских технологий, нами выявлена зависимость ролевого функционирования от эффективности лечения и особенностей обслуживания (рис. 3). Имело место увеличение величины РФ у лиц с удовлетворительной эффективностью лечения обслуживаемых участковыми врачами, тогда как у пациентов ВОП данный показатель имел обратную тенденцию – с хорошей эффективностью лечения РФ было выше.

На величину показателей качества жизни пациентов врача общей практики и врача-терапевта участкового влияют как биологические факторы, так медицинские и социальные (табл. 3-4). Однако, кроме факторов которые оказывают значимое влияние как КЖ пациентов обоих специалистов, выявлены такие, которые только являются формирующими только у пациентов определенного специалиста. Так у посещающих врача общей практики выявлено влияние на ПКЗ только двух факторов – медицинской активности и режима работы, на его компонент

– ПЗ – график работы. Так, пациенты ВОП обращаются к врачу всегда, даже если неудовлетворены обслуживанием. Данную ситуацию можно объяснить тем, что ВОП, работая с пациентом как специалист, имеющий более широкую подготовку, решает большинство проблем в состоянии здоровья обслуживаемого населения.

Качество жизни респондентов, посещающих ВТУ, определяется большим количеством факторов. Причем выявлены компоненты КЖ, обусловленные социальной и эмоциональной составляющей пациента.

Полученные данные при опросе пациентов ВТУ свидетельствуют о влиянии как на ПКЗ, так и на его компонент – ПЗ двух факторов: отрасли и удовлетворенности заработной платой; на ЖА – образования и социальной принадлежности. Установлены более высокие значения по шкале социальное функционирование, чем по другим шкалам таких факторов, как отрасль и образование. Это обусловлено большой психо-эмоциональной и значительной умственной нагрузкой, необходимостью адаптации к социальным условиям, что определяет степень тревоги, депрессии, т.е. снижение эмоционального и поведенческого контроля у пациентов, обслуживающихся ВТУ. На уровень ФФ и РФ также установлено влияние такого фактора, как образование, а на ОСЗ – социальной принадлежности. Причем значение влияния такого фактора, как образование по шкале ФФ выше, чем по РФ. Следовательно, повседневная деятельность и посильная физическая активность ограничена физическим состоянием пациента. Это свидетельствует о том, что ВТУ не может компенсировать эти составляющие здоровья обслуживаемого контингента.

Выводы:

1. Уровень качества жизни пациентов, посещающих как ВОП, так и ВТУ, одинаков. Показатели ПКЗ и ФКЗ являются низкими.
2. Эффективность лечебных мероприятий связана с показателем ФКЗ – РФ. Причем у лиц с удовлетворительной эффективностью лечения, обслуживаемых ВТУ, имело место увеличение величины РФ. У пациентов ВОП данный показатель имел обратную тенденцию – с хорошей эффективностью лечения РФ было выше.
3. Качество жизни пациентов формируют различные факторы. ВОП решает большинство проблем в состоянии пациента, что нивелирует влияние на качество жизни многих факторов, тогда как ВТУ этого сделать не может.

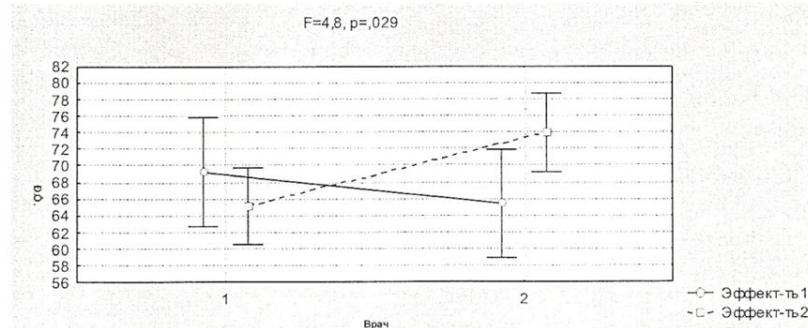


Рис. 3. – Уровень ролевого функционирования у пациентов ВОП и ВТУ в зависимости от эффективности лечебных мероприятий (М, 95%ДИ)

Таблица 3. Влияние факторов на показатели качества жизни пациентов врача общей практики (F, p)

Фактор	ПКЗ	ЖА	ПЗ	СФ	РФЭС	ФКЗ	ФФ	РФ	ИБ	ОСЗ
пол	-	F=7,4; p<0,01	-	-	-	F=9,1; p<0,01	F=8,7; p<0,01	-	F=12,8; p<0,001	-
возраст	-	-	-	-	-	F=1,7; p<0,01	F=2,0; p<0,001	-	F=1,6; p<0,01	F=1,6; p<0,01
медицинская активность	F=2,2; p<0,05	F=2,5; p<0,01	F=2,9; p<0,001	F=2,1; p<0,05	-	F=5,0; p<0,001	F=5,9; p<0,001	-	F=4,8; p<0,001	F=3,7; p<0,001
образование						F=2,3; p<0,05			F=2,6; p<0,05	F=2,5; p<0,05
социальная принадлежность	F=3,7; p<0,01			F=4,4; p<0,01		F=2,8; p<0,05	F=3,4; p<0,05			
количество мест работы		F=3,6; p<0,01	F=2,9; p<0,05	F=2,3; p<0,05		F=6,7; p<0,001	F=7,6; p<0,001		F=7,2; p<0,001	F=5,5; p<0,001
отрасль		F=3,6; p<0,05				F=10,8; p<0,001	F=13,4; p<0,001		F=8,3; p<0,001	F=12,3; p<0,001
стаж работы						F=2,6; p<0,01	F=2,7; p<0,01		F=2,4; p<0,01	F=2,2; p<0,05
график работы		F=2,9; p<0,05	F=3,7; p<0,01			F=7,3; p<0,001	F=9,7; p<0,001		F=7,3; p<0,001	F=6,4; p<0,001
режим работы	F=3,7; p<0,05	F=7,9; p<0,001	F=7,4; p<0,001	F=3,8; p<0,05		F=11,0; p<0,001	F=17,7; p<0,001		F=11,6; p<0,001	F=15,6; p<0,001
Удовлетворенность заработной платой 15				F=5,1; p<0,05		F=14,7; p<0,001	F=14,84 p<0,001		F=14,6; p<0,001	F=14,3; p<0,001

Таблица 4. Влияние факторов на показатели качества жизни пациентов участкового врача терапевта (F, p)

Фактор	ПКЗ	ЖА	ПЗ	СФ	РФЭС	ФКЗ	ФФ	РФ	ИБ	ОСЗ
пол	-	F=6,1; p<0,05	-	F=3,9; p<0,05	F=5,4; p<0,05	F=9,6; p<0,01	F=8,8; p<0,01	F=6,8; p<0,01	F=11,4; p<0,001	F=6,8; p<0,01
возраст				F=1,5; p<0,05		F=2,4; p<0,001	F=2,2; p<0,001		F=1,8; p<0,001	F=1,5; p<0,01
медицинская активность		F=2,84 p<0,05	F=1,9; p<0,05	F=4,3; p<0,001		F=8,7; p<0,001	F=7,3; p<0,001		F=5,7; p<0,001	F=4,3; p<0,001
образование		F=4,7; p<0,001		F=8,1; p<0,001		F=12,5; p<0,001	F=13,7; p<0,001	F=2,8; p<0,05	F=7,1; p<0,001	F=7,6; p<0,001
социальная принадлежность	F=2,5; p<0,05	F=3,4; p<0,01		F=4,34 p<0,01		F=3,4; p<0,05	F=4,34 p<0,01			F=4,0; p<0,01
количество мест работы		F=4,1; p<0,01	F=4,1; p<0,01	F=7,0; p<0,01		F=14,4; p<0,001	F=13,9; p<0,001		F=6,7; p<0,001	F=5,94 p<0,001
отрасль	F=2,9; p<0,05	F=3,9; p<0,01	F=3,7; p<0,05	F=8,8; p<0,001		F=24,2; p<0,001	F=20,0; p<0,001		F=10,7; p<0,001	F=7,1; p<0,001
стаж работы				F=2,1; p<0,05		F=3,7; p<0,001	F=3,2; p<0,001		F=2,8; p<0,001	F=2,3; p<0,01
график работы		F=3,9; p<0,001				F=13,6; p<0,001	F=10,9; p<0,001		F=10,6; p<0,001	F=5,6; p<0,001
режим работы		F=7,4; p<0,01	F=4,7; p<0,01	F=9,6; p<0,001		F=18,5; p<0,001	F=12,2; p<0,001		F=10,5; p<0,001	F=6,3; p<0,01
Удовлетворенность заработной платой	F=5,5; p<0,01	-	F=9,1; p<0,01	F=9,2; p<0,01	-	F=11,3; p<0,001	F=10,7; p<0,01	-	F=9,3; p<0,01	F=4,9; p<0,05

ЛИТЕРАТУРА

1. Бриликулов Н.Н., Сенкевич Н.Ю, Корнева А.Д. Применение опросника SF-36 для оценки качества жизни. Централь-ноазиатский медицинский журнал. 1998. № 4-5 – С.236-241.
2. Григорьева И.Н., Романова Т.И., Никитенко Т.М., Сединина Е.В., Симонова Г.И., Малютина С.К. Качество жизни у больных с ЖКБ и у пациентов без ЖКБ. //Матер. 11-ой Рос. Гастроэнтерологической Недели.-Москва –2005. – С.109.
3. Гурылева М.Э., Визель, А.А., Хузиева, Л.В. Оценка качества жизни больных с заболеваниями органов дыхания. // Проблемы туберкулеза. 2002. № 5. – С.55-61.
4. Новик А.А., Матвеев С.А., Ионова, Т.И. и соавт. Оценка качества жизни больного в медицине. // Клиническая медицина.- 2000. №2. – С. 10-13.
5. Шумилин В.В. Оценка качества жизни больных стенокардией.// Математическая морфология. //Электронный мате-матический и медико-биологический журнал.–Т. 5.–Вып. 4.–2006.

6. Anderson R. T., Aaronson N. K., Wilkin D. // Qual. Life Res. — 1993. — 2. — P. 369—395.
7. Ware J.E., Kosinski M., Keller S.D. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual // The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass.-1994.
8. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide //The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass.-1993.

УДК 616. — 056.3:678.061

АЛЛЕРГИЯ К ЛАТЕКСУ И НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РИСКА У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

**СЛАБКAYA E.B., МЕШКОВА P.Я., РЯБИКОВА E.C., ВАВИЛЕНКОВА Ю.А.,
КОНОВАЛОВА М.И., АКСЕНОВА С.А., АЛЕКСА Е.Н.**

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия Росздрава»

г. Смоленск

По эпидемиологическим данным, аллергия к латексу среди населения нашей планеты встречается у 1% людей, среди медицинских работников — почти в 10 раз чаще (5-17%), а у больных со Spina bifida — 24-60%. Наблюдается неуклонный рост этого вида аллергии. К концу XX века только в США количество аллергических реакций на латекс стало возрастать в геометрической прогрессии. Это сопоставимо с темпами увеличения числа больных, пораженных ВИЧ-инфекцией. Появившееся выражение “аллергический СПИД” как нельзя лучше отражает актуальность этой проблемы. По данным литературы, в развитых странах повышенной чувствительностью к латексу страдает до 6% людей [4,5,11,12].

Первые резиновые изделия из латекса (обувь, мячи, фляги и др.) были изготовлены в XV веке. Первыми учеными, которые описали каучуконосное дерево *Hevea brasiliensis* и послали образцы резины для изучения ее свойств в Париж, были La Condamine и Fresneau (1736-1747 гг.) [3].

В настоящее время известно более 2000 видов каучуконосных растений, но 99% всего латекса получают из млечного сока тропического дерева гевеи бразильской. Основу латекса составляет углеводород, окруженный цитозолем, содержащем в большом количестве протеины, липиды и фосфолипиды. Латекс-сырец на 30-40% состоит из углеводородного вещества и на 2-3% — из белков. В составе латекса насчитывают до 250 различных высокомолекулярных пептидов, а также липиды, карбогидраты и минеральные вещества. Жидкий латекс находится между корой дерева и древесиной и собирается путем нанесения глубоких надрезов на коре дерева. При сборе сырья добавляют небольшое количество аммиака, чтобы предотвратить накопление производимой бактериями кислоты, поскольку она может вызвать сворачивание жидкого латекса. Затем сырье претерпевает ряд изменений путем обработки вулканизаторами, катализаторами, антиоксидантами и консервантами. Готовые резиновые изделия обрабатывают пудрой и антикоагулянтами, предохраняющими их от повреждения. В качестве пудры используют кукурузный крахмал, тальк, нитрат кальция. Частицы пудры могут адсорбировать латексные аллергены и при встряхивании перчаток обеспечивать их миграцию в окружающую среду, в результате чего латекс приобретает свойства аэроаллергена [3].

До сих пор точное число латексных аллергенов неизвестно, однако часть из них получена в чистом виде и

охарактеризована по молекулярному весу, аминокислотному составу и аллергенной активности (хевеин, прохевеин, пататин, эндолаза, хитиназа, профилин и др.) [1,4,5]. В состав международной номенклатуры вошли аллергены латекса от Hev b 1 до Hev b 11. При этом аллергены Hev b 1, Hev b 2, Hev b 3, Hev b 5, Hev b 6.01 и 6.02 описаны как «главные», высоко реактивные, вызывающие кожные реакции у большинства пациентов с латексной аллергией. В составе латексных перчаток преобладают аллергены Hev b 5 и Hev b 6 [4]. Аллергенами могут служить также вещества, применяемые в технологии получения латекса и изготовления изделий: тетраметилтиурам, меркаптобензотиазол, дитиокарбаматы и другие.

По данным Всемирной торговой организации, латекс входит в состав более чем 40 тысяч изделий: медицинских и бытовых перчаток, катетеров, сосок, презервативов, воздушных шариков, шин, мебели, резиновых ковриков и обуви, игрушек, непромокаемой одежды и одежды из лайкры, колготок, противогазов, биндажей, лейкопластыря, жгутов, дренажей, стетофонендоскопов, прокладок поршней одноразовых шприцев, кислородных подушек, гемодиализного оборудования, синтепона и т.д. [8,9].

Латекс имеет общие антигенные эпитопы со многими пищевыми продуктами (авокадо, бананами, киви, инжиром, апельсинами, картофелем, томатами, морковью, фундуком, соей, абрикосами, вишней, сливой, сельдереем), растениями (табаком, соком фикуса и одуванчика, с пылью березы и полыни) и аллергенами плесневых грибов (*Cladosporium ssp.*, *Aspergillus ssp.*), что обуславливает различные клинические варианты перекрестной аллергии [4,5,11].

Выделяют 3 основных механизма гиперчувствительности к изделиям из латекса: 1 — немедленный (IgE-опосредованный) тип реакции; 2 — гиперчувствительность замедленного типа (ГЗТ); 3 — ирритативный неаллергический тип реакции. Первый вариант развивается чаще у людей с признаками атопии в ответ на основные аллергены латекса. При 2 и 3 вариантах гиперчувствительности реакция чаще обусловлена агентами, которые добавляют к латексу в процессе производства (тиурамы, карбаматы, тиазолы и т.д.) [3,4,5]. Наибольшую опасность представляет IgE-зависимый тип реакций на латекс, который может протекать в виде рецидивирующего аллергического дерматита или контактной крапивницы. Однако, лица, страдающие этими формами латексной аллергии, не