

1. Кардинально изменить финансирование детских и подростковых учреждений.
2. Регулярно выделить средства на текущие и капитальные ремонты общеобразовательных школ, дошкольных образовательных учреждений.
3. Выделить средства на приобретение новой мебели, ученических столов, компьютеров и т. д.
4. Улучшить оснащение школ спортивным инвентарем, оборудованием, медицинские кабинеты инструментарием.
5. Своевременно решать вопросы по приобретению холодильного и технологического оборудования в столовые школ и ДОУ.

6. Разработать и внедрить в образовательных учреждениях новые технологии профилактики и укрепления здоровья учащихся, основанные на повышение функциональных резервов организма.

Таким образом, только комплексное решение проблем медицинского обеспечения детей и подростков позволит добиться сохранения здоровья подрастающего поколения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Боев В.М., Утенина В.В., Быстрых В.В., Утенин В.В., Перепелкин С.В., Сетко А.Г., Куксанов В.Ф. Дисбаланс микроэлементов как фактор экологически обусловленных заболеваний // Гигиена и санитария-2001.-№ 5.-С.68.
2. Даутов Ф.Ф., Лысенко А.И., Яруллин А.Х. Влияние факторов окружающей среды на физическое развитие детей дошкольного возраста // Гигиена и санитария-2001.-№6.-С.49-51.
3. Милушкина О.Ю. Состояние здоровья и санитарно-эпидемиологическая характеристика условий воспитания и обучения детей и подростков в Российской Федерации // Здоровье населения и среда обитания.-2003.-№9.-С.1-2.
4. Онищенко Г.Г. Стратегия обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в условиях социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2010 года // Гигиена и санитария-2002.-№2.-С.3-14.
5. Протокол № 4 заседания Межведомственного координационного Совета по охране здоровья детей и подростков в образовательных учреждениях при Правительстве Республики Башкортостан (18 марта 2004 г.)

НЕПРЕРЫВНОЕ ВНУТРИСОСУДИСТОЕ СВЕРТЫВАНИЕ КРОВИ И ЛИПОПЕРОКСИДАЦИЯ ПРИ НЕКОТОРЫХ НАРУШЕНИЯХ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Сулкарнаева Г.А.

*Тюменская государственная
медицинская академия*

Одна из причин кровоточивости при оперативном лечении тиреотоксического зоба, не связанная с анатомическими особенностями щитовидной железы /ЩЖ/, - нарушения гемостаза [В.В.Янголенко, 1991; Kramann e.a., 1997; Morishita e.a., 1998; McIvor e.a.,

2000]. Гипокоагулемии при тиреоидном токсикозе находили и в экспериментах [Niessen e.a., 1996], связывая её со снижением активности прокоагулянтов. Однако четкого представления о характере и механизме гемостатических изменений не сложилось, не исключено и их вторичное происхождение. Сложности возникли при изучении роли липопероксидации /ЛПО/ в патогенезе тиреотоксикоза, так как ЛПО связано с состоянием гемостаза [А.Ш.Бышевский и др., 1994-2004], как и многие другие патологии.

Сдвиги ЛПО при разных тиреоидных состояниях сопряжены с нарушениями функции ЩЖ, участвующей в регуляции этого процесса [Fitch e.a., 1999], гипертиреоз характеризуется интенсивной ЛПО [Constantini e.a., 1998], а антиоксиданты при дисфункции ЩЖ, вызванной прооксидантом, способствуют сохранению мембранных структур ее клеток [Chaurasia, Kar, 1997]. Тиреоидные гормоны, проявляя себя как антиоксиданты *in vitro*, тормозят оксидацию липопротеидов низкой плотности [Sundaram e.a., 1997], активация ЛПО изменяет доступность генома синтеза тиреоглобулина [Lonigro e.a., 2000], малые дозы тиреоидных гормонов угнетают ЛПО, а большие угнетают антиоксидантную защиту [Bozhko e.a., 1990]. Таких противоречий много, однако, несомненно, что ЛПО - один из адаптивных процессов, изменения интенсивности которого зависят от характера заболевания [В.И.Николаев и др., 1995], что влияние ЛПО на разные ткани не одинаково, как и её сдвиги при разных тиреоидных состояниях [И.Е.Попова, 1999; Venditti e.a. 1998].

Отдельные наблюдения свидетельствуют, что антиоксиданты позитивно влияют на функцию ЩЖ, а прооксиданты вызывает противоположный эффект [Р.Г.Алборов, 2001; Mutaki e.a., 1998]. Показано, что при разных формах тиреопатии в тканях увеличено содержание липоперекисей [Bech e.a., 1996; Rom-Bugoslavskaja e.a., 1998], а антиоксидантная система угнетена [Durak e.a., 1996], что мишень антигипертиреозных средств (пероксидаза ЩЖ [Orgiazzi, Millot, 1994]) имеет отношение и к использованию йода, и к продукции перекисей в железе, что тиролиберин тормозит липидпероксидазную активность в ЩЖ [Joseph e.a., 1989]. Есть и косвенные признаки влияния ингибиторов пероксидазы ЩЖ на пероксидацию в ней [Chaurasia, e.a., 1996-1998] и сведения о свойстве тиролиберина изменять пероксидацию [Kos e.a., 1995].

Несомненно, что ЩЖ - важный регулятор ЛПО и её функционирование также зависит от ЛПО. Уже более 10 лет наша лаборатория совместно с клиницистами накапливает данные, свидетельствующие о связи гемостаза и ПОЛ, о возможности ограничивать гемостатические сдвиги при некоторых заболеваниях, протекающих с явлениями гипероксидации, снижать опасность тромбозов и повышать толерантность к тромбину природными антиоксидантами из класса витаминов [С.Л.Галян, 1993; И.А.Зарубина, 1998; Л.С.Лошкарева, 1999], ограничивать эффект прооксидантов на тромбоциты [И.А.Дементьева, 1998; И.В.Ральченко, 1998], усиливать эффекты антиагрегантов [Д.С.Марченко, 1998; Л.С.Лошкарева, 1999], ограничивать гемокоагуляционные сдвиги у больных с остеосинтезом длинных трубчатых костей

[А.А.Вакулин, 1994], у беременных с поздним гестозом [В.А.Полякова, 1994, А.В.Соловьева, 1999; Е.А.Винокурова, 1999], у больных, подвергшихся аорто-бедренной и бедренно-подколенной реконструкции в связи с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей [К.В.Горбатилов, 1998], у женщин, оперированных по поводу миомы матки и у женщин с гестозом [Т.П.Шевлюкова, 1995-2000], у беременных с хроническим гепатитом [Д.Т.Каюмова, 2001]. Существенен эффект антиоксиданта селмевита [Ю.Ф.Удалов и др., 2000].

Зависимость между гемостазом и ПОЛ, сведения о гемокоагуляционных сдвигах при тиреотоксикозе, позитивное влияние антиоксидантов на гемостаз определили актуальность выполняемой нами работы, цель которой изучить динамику изменений гемостаза, ЛПО и антиоксидантной активности в плазме и тромбоцитах при разных тиреоидных состояниях, с тем, чтобы оценить целесообразность коррекции антиоксидантами гемостатических сдвигов при гипертиреозе. Решались следующие задачи. 1. Изучить до оперативного вмешательства, а также в послеоперационном периоде гемостаз и ЛПО у больных диффузным токсическим зобом /ДТЗ/ с повышенным уровнем в крови трийодтиронина /Т₃/ и тетрайодтиронина /Т₄/; 2. Изучить гемостаз и ЛПО у таких же больных, терапия которых дополнялась антиоксидантом (селмевитом); 3. Параллельно изучить гемостаз и ПОЛ у здоровых доноров; 4. Изучить в динамике изменения в коагуляционном и тромбоцитарном гемостазе при гипо-, гипертиреозе и тиреотоксикозе у экспериментальных животных на фоне обычного рациона; 5. Изучить в динамике изменения в коагуляционном и тромбоцитарном гемостазе при гипо-, гипертиреозе и тиреотоксикозе на фоне угнетения и активации ПОЛ введением про- или антиоксидантов с рационом; 6. Изучить возможные механизмы связи между тиреоидными гормонами и гемостазом.

В результате проведенных совместно с клиниками исследований установлено, что у больных с высоким содержанием в сыворотке крови Т₃ и Т₄, сопровождающим ДТЗ, наряду со снижением общей свертываемости, выявляются рост прокоагулянтных свойств тромбоцитов, активация непрерывного внутрисосудистого свертывания крови и ЛПО в плазме и тромбоцитах, и что глубина этих сдвигов тем значительнее, чем выше уровень тиреоидных гормонов.

Экспериментально показано, что на ранних этапах введения Т₄ происходит активация тромбоцитов (агрегационных свойств, реакции высвобождения и коагулирующей активности) и позднее – повышение общей свертывающей активности, сменяющееся при длительном введении её снижением при продолжающемся нарастании признаков ускоренного внутрисосудистого тромбинообразования.

Показано также, что степень повышения прокоагулянтной активности тромбоцитов, степень активации ЛПО и снижение в них антиоксидантной активности становятся заметнее с увеличением дозы Т₄.

Подтверждены с помощью ранее неиспользованных с этой целью моделей (гипо-, гипертиреоз и тиреотоксикоз) прямая зависимость между степенью активации ЛПО в тромбоцитах и ростом их прокоагу-

лянтных свойств, а также то, что торможение процессов ЛПО антиоксидантами уменьшает прокоагулянтную активность тромбоцитов.

Впервые установлено, что вызываемая тироксином активация тромбоцитов ограничивается ингибиторами циклооксигеназы, и что эффект этих ингибиторов проявляется с большей силой на фоне предварительного угнетения ЛПО антиоксидантами.

Кроме того, показано, что комплексный антиоксидант селмевит, содержащий в своем составе ловушки свободных радикалов, протектор сульфгидрильных групп и компонент ферментов антиоксидантной защиты (селен), ограничивает процессы ЛПО в тромбоцитах

Продемонстрирована эффективность селмевита как неспецифического средства коррекции гемостатических сдвигов, вызываемых повышенным уровнем тиреоидных гормонов в кровотоке, а также целесообразность его использования как дополнительного компонента терапии при оперативном вмешательстве по поводу диффузного токсического зоба / ДТЗ / (применение селмевита в составе обычной предоперационной терапии ограничивает при ДТЗ интенсивность послеоперационных гемостатических сдвигов, ускоряет восстановление гемостаза, уменьшает объем интраоперационной кровопотери).

ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С МАСТОПАТИЕЙ

Сухарев А.Е., Ермолаева Т.Н.,
Беда Н.А., Мамаева С.А.

Медико-юридическая консультация Астраханского филиала УРАО и Саратовской государственной академии права, Кафедра психологии Астраханского Государственного Университета, (Грантовая поддержка Российского гуманитарного научного фонда), Астрахань

Актуальной проблемой сегодня является ухудшение психосоматического состояния здоровья и качества жизни женщин. При этом увеличивается частота заболеваний молочных желез и других органов репродуктивной системы.

С целью оценки психосоматического статуса женщин репродуктивного возраста с заболеваниями молочных желез и разработки рекомендаций по коррекции отклонений, мы провели анализ амбулаторных карт и специальных анкет по модифицированному тесту ММРІ у 1920 пациенток маммологического кабинета в возрасте 15 – 60 лет, находящихся под наблюдением хирурга-онколога и психолога с 1992 г.

Характерными симптомами мастопатии являются боли в молочных железах во второй половине менструального цикла (до 84%), уплотнения в молочных железах (до 63%) и выделения из сосков вне периода лактации (до 37% случаев). По данным ультразвукового исследования, признаки мастопатии различной степени выраженности в структуре молочных желез встречаются у 86% женщин всех возрастных групп.

Частота сопутствующих хронических заболеваний при этом увеличивается с возрастом пациенток: