

Таким образом, можно предположить о наличии взаимосвязи между дерматоглифическими, соматическими проявлениями конституции человека и уровнями активности солнца, механизмы которой могут быть обусловлены задержкой и пролонгацией ростовых процессов на стадии формирования человеческого организма. Данные наблюдения, на наш взгляд, нуждаются в более углубленном и конкретном изучении.

Литература

1. Чижевский А.Л. Земное эхо солнечных бурь. – М.: «Мысль», 1983.
2. Монин А.С. Солнечный цикл. – Л.: Гидрометеониздат. 1980.

3. Витинский Ю.И. Прогнозы солнечной активности. – М.: Л., изд-во. Акад., наук СССР, 1983.

4. Борецкий В.М. Анализ взаимосвязей дерматоглифики и соматическим типом. В кн. Вопросы антропологии, Тезисы. – Тарту, 1985.

5. Никитюк Б.А., Зальшкин А.М. Процесс физического развития человека и циклы солнечной активности. Биоритмы и спортивная деятельность: тез. докл. – Кишинев, 1978.

6. Гладкова Т.Д. Дерматоглифический метод в антропологии, антропогенетике, медицине и криминалистике. – Москва, 1989.

7. Чистикин А.Н. Изменчивость структур кожного рельефа и реактивность организма: Дис. ... д-ра мед. наук. – Тюмень, 1996.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, СТАРОГО И НОВОГО ПОКОЛЕНИЙ

С.С. Кузьмин, С.В. Паначев, Е.Б. Новикова

Муниципальная городская клиническая больница № 1, ОКВД, г. Белгород

Заболеваемость населения инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), в настоящее время носит угрожающий характер. Несмотря на достигнутые успехи в лечении ИППП, наблюдается устойчивая тенденция к их увеличению, переходу в хроническую форму, появлению осложнений и, как следствие, – к снижению рождаемости за счет роста бесплодных браков.

Причины увеличения частоты заболеваемости ИППП обусловлены результатом негативных тенденций в социально-экономической сфере нашей страны, ростом безработицы, снижением уровня благосостояния основного числа граждан, увеличением численности лиц, входящих в группы риска, созданием рынка интимных услуг, повышенной миграцией беженцев и вынужденных переселенцев, несовершенством государственной системы первичной профилактики, отсутствием нормативных актов (ведомственных и межведомственных), что затрудняет проведение согласованных действий по санации наиболее уязвимых групп населения [1,2,4].

На современном этапе болезни, передаваемые половым путем, затрагивают все аспекты жизни человека (социальные, нравст-

венные, психологические и экономические), влияют на рождаемость, заболеваемость беременных, плода, новорожденных, детскую смертность, во многом определяют семейные отношения, поскольку нередко приводят к нарушению репродуктивной способности [3].

С целью изучения медико-социальных характеристик больных с инфекциями, передаваемыми половым путем, было проведено анкетирование данной категории больных по разработанной нами анкете, включающей 42 признака. В ходе анонимного анкетирования был опрошен 251 больной с ИППП нового поколения и 246 больных с ИППП старого поколения. Условно больные с ИППП нового поколения отнесены в первую группу, а больные с ИППП старого поколения, – во вторую группу.

При выяснении обстоятельств выявления данного заболевания пользовались следующими критериями: профосмотр, обнаружение инфекции во время лечения другого заболевания, выявление заболевания у полового партнера, при обследовании на бесплодие, обследование в связи с планированием беременности, признаки заболевания. Данные об обстоятельствах выявления представлены в табл.1.

Обстоятельства выявления ИППП ($p \pm m$, %)

Название	Первая группа	Вторая группа
Профосмотр	6,1±1,5	17,8±2,4
Обнаружение во время лечения другого заболевания	3,0±1,1	13,1±2,2
Выявление заболевания у полового партнера	9,9±1,9	26,0±2,8
Наличие бесплодия	6,2±1,5	-
С целью планирования беременности	26,4±2,8	4,8±1,4
Признаки заболевания	48,4±3,2	38,4±3,1

Как видим, у основной массы респондентов первой и второй групп обстоятельства выявления заболевания явилось наличие признаков заболевания ($p < 0,01$). Одним из важных положительных моментов является то, что в современных условиях обстоятельствами выявления заболевания у 26,4±2,8% первой группы явилось обследование на наличие ИППП при планировании беременности, и лишь 4,8±1,4% - у второй группы ($p < 0,001$). Практически в три раза меньше в первой группе по сравнению со второй, отмечаются такие обстоятельства выявления как профосмотр (6,1±1,5% и 17,8±2,4%) ($p < 0,001$), обнаружение инфекции во время лечения другого заболевания (3,0±1,1% и 13,1±2,2%) ($p < 0,001$), обследование в связи заболеванием полового партнера (9,9±1,9% и 26,0±2,8%) ($p < 0,001$).

Обращает на себя внимание тот факт, что значительный процент респондентов первой и второй группы не знают о сроках обращения за медицинской помощью от момента начала своего заболевания. Данный ответ достоверно выше в первой группе (42,4±3,1% против 27,4±2,8%) ($p < 0,001$). Сразу обратились за медицинской помощью 1,8±0,8% и 6,8±1,6% соответственно ($p < 0,01$). Около 14% первой группы и 6,2±1,5% второй группы ($p < 0,01$) обратились за ме-

дицинской помощью более, чем через 2 месяца, когда заболевание уже принимает хронический характер или появляются соответствующие осложнения.

При выяснении влияния данного заболевания на планы и возможность деторождения, выявлены существенные различия между респондентами первой и второй групп. Наличие данного заболевания повлияло на планы рождения ребенка достоверно выше у респондентов первой группы (36,0±3,0% против 8,9±1,8%) ($p < 0,001$). Отмечалось наличие бесплодия достоверно выше среди опрошенных больных первой группы (21,2±2,6% и 6,2±1,5%) ($p < 0,001$). Данное заболевание явилось причиной бесплодия, по мнению пациентов, у 58,7±3,1% респондентов первой группы и у 11,1±2,0% второй группы ($p < 0,001$), другое заболевание - у 9,2±1,8% первой группы, во второй группе данный вариант ответа отсутствовал. И ответили «не знаю» 32,1±2,9% в первой группе и 88,9±2,0% - во второй ($p < 0,001$).

Учитывая, что не всегда сразу удается поставить правильный диагноз, провели анализ времени постановки данного диагноза с момента обращения в медицинское учреждение. Сроки установления настоящего диагноза среди анкетированных представлены в табл.2.

Таблица 2

Сроки установления настоящего диагноза с момента обращения за медицинской помощью (в %)

Сроки установления	Первая группа	Вторая группа
1-5 дней	57,2	85,6
6-10 дней	21,8	13,0
11-30 дней	9,8	1,4
1-2 месяца	3,2	-
2-6 месяцев	0,8	-
6-12 месяцев	4,1	-
Более 1 года	4,1	-

У подавляющего большинства респондентов диагноз был установлен в первые пять дней, причем во второй группе процент больных достоверно выше ($85.6 \pm 2.2\%$ и $57.2 \pm 3.1\%$) ($p < 0.001$). В течение десяти дней установлен диагноз достоверно большему количеству респондентов второй группы ($98.6 \pm 0.7\%$ и $79.0 \pm 2.6\%$) ($p < 0.001$). У пациентов второй группы диагностирование заболевания завершилось через тридцать дней.

Считают, что полностью прошли лечение $86.4 \pm 2.2\%$ респондентов первой группы, $94.5 \pm 1.5\%$ респондентов второй группы ($p < 0.001$). Однако большее количество лиц в первой группе отметили, что не смогли пройти полноценное лечение в связи с его дороговизной ($8.6 \pm 1.8\%$ против $3.4 \pm 1.2\%$) ($p < 0.01$). На отсутствие специалистов по месту жительства, как причину непроведенного полноценного лечения, указали $4.0 \pm 1.2\%$ респондентов первой группы и $2.1 \pm 0.9\%$ - второй.

На рис. 1 представлен исход заболевания среди больных с ИППП нового и старого поколения.

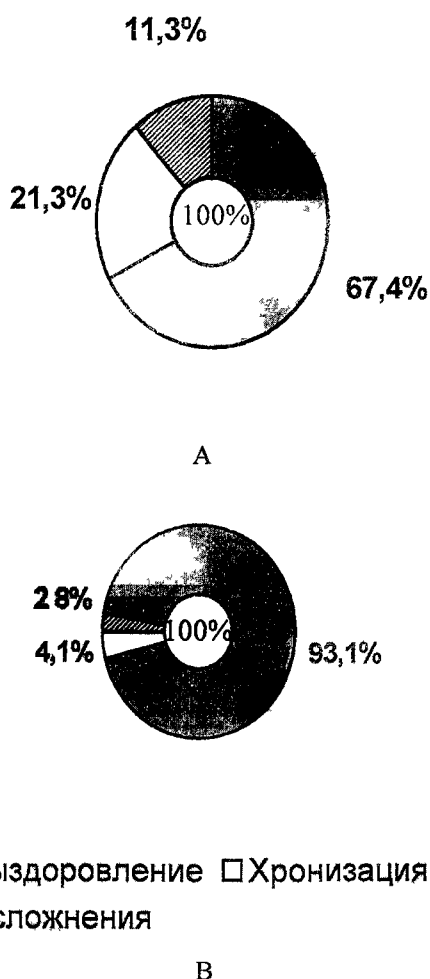


Рис. 1. Исход заболевания в первой группе (А) и во второй группе (В) в %.

Полное выздоровление, как один из исходов заболевания, характеризовало свое состояние достоверно большее количество опрошенных лиц второй группы ($93.2 \pm 1.6\%$ и $67.4 \pm 3.0\%$) ($p < 0.001$). Среди же первой группы выявлен достоверно выше удельный вес лиц, у которых произошла хронизация заболевания – $21.3 \pm 2.6\%$ и $4.1 \pm 1.3\%$ ($p < 0.001$) или возникли осложнения – 11.3 ± 2.0 и $2.8 \pm 1.0\%$ ($p < 0.001$).

На вопрос о том, послужило ли данное заболевание причиной инфицирования ребенка, утвердительно ответили $4.2 \pm 1.3\%$ респондентов первой группы, $2.7 \pm 1.0\%$ - во второй группе ($p < 0.05$). Достоверно большее количество пациентов первой группы отметили рождение детей с пороками развития: $4.2 \pm 1.3\%$ и $0.7 \pm 0.5\%$ ($p < 0.01$), а также мертворожденных детей: $5.1 \pm 1.4\%$ и $1.4 \pm 0.7\%$ ($p < 0.01$). Смертность детей на первом году жизни наблюдалась у $1.0 \pm 0.6\%$ респондентов первой группы и $1.4 \pm 0.7\%$ - второй ($p < 0.05$).

Выводы:

Таким образом, обстоятельствами выявления заболевания у респондентов с ИППП нового поколения чаще явилось обследование с целью планирования будущей беременности и наличие бесплодия, а у респондентов второй группы – профосмотры, обследование во время лечения другого заболевания, обследование в связи с заболеванием полового партнера. Достоверно большее количество пациентов с ИППП нового поколения не знают давности заболевания и обращаются за медицинской помощью, когда заболевание приобретает хронический характер, что явилось причиной бесплодия у 21.1% респондентов и повлияло на планы рождения детей у 36% (у больных с ИППП старого поколения – 6.2% и 8.9% соответственно). Отсутствие признаков заболевания и скрытое его течение оказывали более значимое влияние на удлинение сроков лечения и наступление выздоровления у больных с ИППП нового поколения.

Литература

1. Кисина В.И. Особенности клинических проявлений и терапии урогенитального кандидоза у женщин репродуктивного возраста //Вестник дерматологии и венерологии. – 1999 – №6 – С. 51-55.

2. Кубанова А.А. Стратегия и перспективы развития дерматовенерологической службы в Российской Федерации в 2001-2005 гг. (материалы доклада на VIII съезде дерматовенерологов России) //Вестник дерматологии и венерологии. – 2002. - №1. – С. 4-8.

3. Мавров И.И. Половые болезни. – М.: АСТ-ПРЕСС КНИГА. 2002. – 752 с.

4. Скрипкин, Ю.К. Общество и инфекции, передаваемые половым путем: поиск решений //Вестник дерматологии и венерологии. – 1999. – №6. – С. 20-22.

РОЛЬ СРЕДОВЫХ И ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА

О.А. Кузьмина, Ю.И. Афанасьев, М.И. Чурносков

Кафедра внутренних болезней №1 и кафедра медико-биологических дисциплин
Белгородский государственный университет
Белгород, 308015, ул. Победы, д.85. Медицинский факультет

Хронический бронхит (ХБ) является важнейшей проблемой современной пульмонологии. Распространенность ХБ в последние годы так велика, что это заболевание стало настоящим социально-экономическим злом большинства развитых стран мира, а высокие инвалидность и летальность от его осложнений выдвигают ХБ в число актуальнейших проблем клинической пульмонологии [14]. При этом следует учесть, что распространенность хронического бронхита по данным обращаемости в два раза ниже, чем по данным массового обследования населения. При обследовании он выявляется почти в 90% всех больных страдающих хроническими заболеваниями легких нетуберкулезной этиологии [10,37]. В развитых странах хроническим бронхитом страдают до 10% населения [8]. В Англии количество больных хроническим бронхитом составляет примерно 10 млн. человек. В возрасте 45 лет ХБ встречается у 38%, в возрасте 55 лет у 47% обследованных [38]. В США в соответствующих возрастных группах зарегистрировано 33% и 34% [49]. Экономический ущерб, наносимый обструктивной формой хронического бронхита, определяется тем, что трудовые потери, связанные с его обострениями, составляют около 2/3 всех потерь от хронических неспецифических заболеваний легких [4]. В Российской Федерации, по данным Лешуковича Ю.В., больные обструктивным бронхитом живут в среднем на 8 лет меньше по сравнению со

средними показателями продолжительности жизни [18]. Повышенное внимание к ХБ связано с тем, что эта болезнь приводит и к инвалидизации пациентов: среди больных, впервые получивших инвалидность в связи с заболеваниями бронхов, лица с ХБ составляют 49,2%, а из-за поздней обращаемости за врачебной помощью и неправильного лечения в 27,3% наблюдений пациентам уже при первом освидетельствовании устанавливается инвалидность II группы [15,35].

В условиях нарастающих в последние годы изменений окружающей среды, поступления в организм различных поллютантов и ксенобиотиков отмечен значительный патоморфоз ХБ. Изменились представления об этом заболевании, возникли значительные противоречия в его понимании, отсутствуют четкие дифференциально-диагностические критерии, а практический опыт свидетельствует о недостаточном уровне современной диагностики ХБ [17,28].

На вопросы этиологии этого заболевания в литературе имеются различные взгляды, но большинство исследователей указывают на значение в генезе ХБ целого ряда внешних и внутренних причинных факторов [13,24,29,39,43]. В этой связи важным представляется утверждение, что познание природы патологического процесса, его этиологии и патогенеза возможно лишь путем установления связей внешних воздействующих факторов с внутренними зако-