

ния основной артерии (51,4%), чем правый — (26,6%). Кроме того, существуют анатомически неблагоприятные типы формирования основной артерии в краниовертебральном переходе. Это относится к горизонтальному и извитому ходу позвоночных артерий, сочетающемуся с низким стоянием миндалина мозжечка; синдромам позвоночных артерий, наблюдающихся при дискогенных конфликтах и их извитостью, низким стоянием миндалина мозжечка. В большинстве случаев установленного диагноза гипертонической болезни (103 случая из 131) при углубленном анализе была выявлена патология краниовертебрального перехода, требующая неврологического подхода в терапии, а не стандартного снижения артериального давления по установленным схемам.

В причинно-следственных связях повышения артериального давления крайне важно учитывать возможные причины ишемии ствола, что позволяет добиваться большего успеха в лечении как самой гипертонии, та и её осложнений.

ВОЗМОЖНЫЕ МОДЕЛИ УЛУЧШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ СИБИРИ НА ПРИМЕРЕ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОСРЕДСТВОМ ОБУЧАЮЩИХ ПРОГРАММ

Лукьянёнков П.И.

*НИИ кардиологии Томского научного
центра СО РАМН, Россия,
paul@cardio.tsu.ru*

Наш опыт по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), в частности, артериальной гипертонии, свидетельствует о том, практическая реализация такой работы имеет затруднения на этапах внедрения. Сегодня у врачей не вызывает сомнения ролевая концепция основных факторов риска ССЗ, которая десятилетия назад могла ещё как-то оспариваться. По крайней мере то, что касается основных факторов риска и их работы в плане ухудшения здоровья населения, уже нужно считать убедительно доказанным.

Однако этот, не нами выдвинутый, но имеющий право на жизнь тезис до сих пор (со времен Лукомского П.Е.) не нашел должного отражения в профилактических государственных программах, поскольку анализ ситуации по заболеваниям и факторам риска свидетельствует об ухудшении здоровья населения, а не об

улучшении его — и это несмотря на технологический прорыв и развитие медицины!

По результатам проведенных ранее нами экспедиций, включавших развернутый кардиологический скрининг в Алтайском крае (г. Бийск), Центральной Азии (Тува, Монголия), Западной Сибири (Томская область, г. Томск, Кемеровская область — г. Междуреченск), мы можем привести данные о распространенности основных факторов риска, которые не свидетельствуют об их уменьшении. Так, по курению они составили 72,2% (мужчины — 61,5%, женщины — 10,7%), пограничной артериальной гипертонии достигли 40% уровня, а артериальная гипертония определялась у 17% мужчин и 22% женщин средних возрастных групп. Избыточная масса тела при индексе Кетле более 29 в группе 30-59 лет составила у мужчин 36,2%, а у женщин — 47,7%. Гиперхолестеринемия по популяции в целом выявлена в 30,5% случаев, а отягощенная наследственность по ССЗ в обследованных группах лиц достигала 35%.

Исходя из того, что комбинация факторов риска резко увеличивает число случаев с ишемической болезнью сердца и летальность, нами оценивалась доля лиц имеющих три основных фактора риска — (курение, артериальная гипертония, гиперхолестеринемия). В возрастном диапазоне старше 30 лет у мужчин она составила 44,8%, а у женщин — 32,7%. Анализ по нозологическим формам показал, что лишь 7% лиц не имели отклонений в состоянии здоровья.

Учитывая социальные аспекты здоровья и отсутствие стабилизации в состоянии дел отечественного здравоохранения, с большой уверенностью можно говорить об ухудшении общего показателя здоровья населения не только Сибири, но и России в целом. Об этом с убедительно говорилось в сентябре 1999 года на 2-м Съезде врачей Сибири, итогом которого явилась резолюция, пока оставленная, к сожалению, без внимания властей.

Мы по-прежнему, с завидным упорством, продолжаем вкладывать деньги в сохранение здоровья, а не в те позиции, которые могли бы его, исходя из современных концепций, улучшить. Мы по-прежнему занимаемся здоровьем больных, оставляя без особого внимания здоровье ещё пока здоровых лиц.

Вместе с тем, имеется теоретически обоснованная, но не доведенная до внедрения концепция сохранения здоровья. Она заключается, прежде всего, в профилактике ССЗ, как основной причине смертности населения, рассматриваемой вне зависимости от среднего и социального фактора. Это концепция, которая все шире и шире обсуждается под различными теоретическими выкладками — от создания мотивации

к здоровому образу жизни, до эпидемиологического мониторинга здоровья.

Сегодня должен быть выдвинут тезис не мониторинга и эпидемиологической оценки населения — хотя и эти позиции в плане отражения динамики здоровья населения важны, а концепция прямых профилактических мер; не теоретических рассуждений на тему здоровья, а концепция действия. Такая концепция должна быть начата с подачи медиков, поддержана и утверждена правительством и иметь под собой законодательную базу.

Такая концепция действия нами предлагается в виде внедрения образовательных программ, отражающих нарабатанный потенциал в медицине по профилактике основных неинфекционных заболеваний, в обязательные школьные программы. Население уже со школьной скамьи должно быть обучено такому поведению и образу жизни, таким навыкам, которые бы могли способствовать сохранению активного долголетия и здоровья. При этом за основу должна быть взята именно профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, с одной стороны — как наиболее важная в ряду причин смертности населения и определения продолжительности жизни, с другой — как наиболее отработанная на сегодня модель вмешательства.

Эта модель должна быть введена в ранг государственной задачи и внедрена с первых лет обучения ребенка. Только через образование, через пример и воспитание может быть создана мотивация на здоровый образ жизни и сохранение активного долголетия.

Такая модель образовательной программы для гипертоников, апробированная на базе практического здравоохранения в нескольких вариантах (вариант частной школы без поддержки государства, вариант с поддержкой финансирования) представляется нами для всеобщего обсуждения. Основным итогом внедренной образовательной программы на группе лиц, имеющих повышенные уровни артериального давления, явилось снижение уровня артериального давления, гиперхолестеринемии и индекса Кетле по наблюдаемым группам, а также уменьшение количества принимаемых препаратов, и как следствие этого — снижение общих затрат на лечение. Результатом такой работы стало также улучшение общего самочувствия обученных лиц и более редкая их обращаемость за медицинской помощью.

По результатам нашей работы можно с уверенностью сказать, что в этом вопросе свое слово пора сказать государству и муниципальной власти, которые должны принять концепцию оздоровления, направленную на профилактику ССЗ.

НОВЫЙ ПОДХОД К ОРГАНИЗАЦИИ СЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

**Маракасова Е.С., Ольшанский А.Я.,
Валеева А.Р., Волынская Е.В.,
Стаханова В.М., Казеева Т.Н.,
Осипенкова О.В., Валиуллин Л.Ф.,
Шевелёв Б.И.**

*Московская государственная
академия ветеринарной медицины и
биотехнологии им. К.И. Скрябина,
Москва, Россия,*

*Московский городской Центр
профилактики и борьбы со СПИД,
Москва, Россия,*

*ФГУ «Федеральный центр
токсикологической и радиационной
безопасности животных» Казань,
Татарстан, Россия,
Набережночелнинский
государственный педагогический
институт, Набережные Челны,
Татарстан, Россия*

Стандартная схема исследования для постановки лабораторного диагноза «ВИЧ-инфекция» применяемая в настоящее время включает следующие этапы: 1. единичный скрининговый иммуноферментный тест для первичного выявления специфических антител к антигенам ВИЧ; 2. конфирмация положительного результата (повторный ИФА-тест); 3. верификация (дешифровка) положительного результата с применением иммуно-вестерн-БЛОТа. При верификации сложных случаев в последние годы рекомендовано также применять ИФА-тест для выявления растворимого вирусного антигена р24. Однако, описанная схема априори имеет ряд недостатков: не подвергаются конфирмации отрицательные результаты; для материалов с сильным сигналом в ИФА (реактивность ≤ 2) возможно получение отрицательного результата в БЛОТе. Так, в лабораторном отделении (ЛО) МГЦ СПИД ежемесячно исследуют около 3500 проб и при этом примерно для 30 проб получают «ИФА-положительный — БЛОТ-отрицательный» результат.

Нами предлагается оптимизированная схема, где «ложноположительные» результаты полностью отсутствуют, а при осуществлении скрининга — не получается «ложноотрицательных» результатов и потерь материалов, содержащих специфические антитела. В силу этого на этапе скрининга образцы параллельно исследуются в двух и более ИФА-