

Эта реформа должна выражаться в том, что высшее образование должно отвечать запросам работодателей и рынку труда, готовить специалистов по конкретным заказам предприятий (77%); высшее образование должно опережать состояние рынка труда, готовить специалистов «завтрашнего дня» (46,2%); высшее образование должно научить будущих специалистов ставить и решать любые научно-технические, управленческие и социально-экономические задачи (38,5%); высшее образование должно стать более гибким,

легко перестраивать направление и содержание учебного материала вслед за научно-техническим прогрессом общества (30,8%); высшее образование должно базироваться на современных научных достижениях, информационных технологиях, быть более приближенным к требованиям наукоемкого инновационного производства (23,1%); высшее образование должно оставаться бесплатным для всех студентов, поскольку у родителей нет финансовой возможности платить за обучение детей (23,1%).

Медицинские науки

ВНУТРИСОСУДИСТОЕ СВЕРТЫВАНИЕ КРОВИ ПРИ АДЕНОМЭКТОМИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Алборов Р.Г., Казеко Н.И., Согрин Э.Н., Мелконян Г.З.

*ГОУ ВПО Тюменская государственная
медицинская академия
Тюмень, Россия*

После аденомэктомии предстательной железы нередко тромбгеморрагические осложнения, связанные, в частности, с поступлением в кровь активаторов фибринолиза и Ф.З из тканей простаты, мочевого пузыря и других травмируемых тканей.

Внутривенное введение животным экстракта из гомогената предстательной железы вызывает гиперкоагуляцию с потреблением фибриногена.

Обследование больных с аденомой предстательной железы выявило у них небольшую гиперкоагуляцию, обусловленную возрастом и сопутствующей кардиоваскулярной патологией. После аденомэктомии возникали коагуляционные сдвиги, характерные для ДВС переходной стадии. Назначение больным до и после операции комбинации витаминов А, Е, С, и Р в лечебных дозах (на фоне обычной терапии) ограничивало гемоконгуляционные сдвиги и ускоряло восстановление показателей состояния гемостаза до величин, выявленных перед операцией. Разнообразные оперативные вмешательства, как и воздействия, вызывающие напряжение гемостаза, протекают на фоне ускорения липидпероксидации. Поэтому эффект витаминов, относящихся по структуре к числу природных антиоксидантов, сопряжен с их антиоксидантными свойствами, подтвержденными в клинике.

Можно полагать, что при аденоме предстательной железы ускоряется липидпероксидация и активируется гемостаз, особенно в ранние сроки после аденомэктомии. Предположительно у этих больных ускорено внутрисосудистое свертывание крови. Однако детальнее это изучалось в последние 2-3 года совместно клиницистами и биохимиками. В этих работах изучалась интенсивность взаимодействия тромбин-фибриноген,

липидпероксидация и антиоксидантный потенциал у больных с аденомой предстательной железы до и после аденомэктомии на фоне обычной и включающей антиоксиданты терапии.

Установлено (94 больных), что при показаниях к плановой аденомэктомии повышено содержание продуктов деградации фибрина, растворимых комплексов фибринмономера, Д-димеров, фибриногена, фф. Р 3, Р 4, активирована липидпероксидация и снижен антиоксидантный потенциал. При назначении селмевита в предоперационный период ограничиваются сдвиги липидпероксидации, и растет антиоксидантный потенциал. После аденомэктомии ускоряется липидпероксидация и падает антиоксидантный потенциал, что сопровождается ускорением взаимодействия тромбин - фибриноген. У больных, получавших наряду с обычной терапией селмевит, сдвиги менее заметны и к моменту выписки из стационара приближаются к предоперационным значениям. Выделим наиболее важные, с нашей точки зрения, результаты исследований:

1. У больных с аденомой предстательной железы при наличии показаний к оперативному лечению ускорена липидпероксидация, снижен антиоксидантный потенциал, слабо выражены лабораторные признаки роста коагуляционной активности тромбоцитов и ускорения внутрисосудистого взаимодействия тромбин-фибриноген.

2. Предоперационная подготовка обычными приемами ограничивает перечисленные сдвиги особенно при дополнении обычной предоперационной подготовки комплексным антиоксидантом селмевитом.

3. После операции резко растет интенсивность липидпероксидации и степень снижения антиоксидантного потенциала, активируются тромбоциты, ускоряется взаимодействие тромбин-фибриноген и растет общая свертываемость крови. Постепенно ослабевая, эти сдвиги сохраняются до выписки больных из стационара.

4. При дополнении обычной терапии селмевитом (до и после операции) все сдвиги ограничиваются и к моменту выписки больных из стационара не обнаруживаются.

5. Одни из выраженных сдвигов после операции – быстро развивающаяся гиперкоагу-

лемия, сменяемая гипокоагулемией, обусловленной ускоренным тромбинзависимым превращением фибриногена, что подтверждено ускорением взаимодействия тромбин-фибриноген и транзитной тромбоцитопенией. При введении сел-левита эти явления ограничиваются.

Существенно, что сдвиги в гемостазе у больных с аденомой предстательной железы до и после аденомэктомии коррелируют со сдвигами липидпероксидации и находятся в обратной зависимости со сдвигами антиоксидантного потенциала, подтверждая представление о связи липидпероксидация-гемостаз, и свидетельствуя, что ускорение липидпероксидации и снижение антиоксидантного потенциала интенсифицирует взаимодействие тромбин—фибриноген.

СТРАТЕГИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Бабенко А.И.

*НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний СО РАМН,
лаборатория стратегического планирования в здравоохранении
Новосибирск, Россия*

Главной стратегической целью социально-гигиенических исследований является изучение взаимосвязи демографических, социальных, экономических, экологических процессов в обществе с развитием здоровья населения, распространенностью патологии, продолжительностью жизни людей, что требует познания всего жизненного потока, выраженного в чередовании человеческих поколений.

Формируется новая парадигма социально-гигиенических исследований, которая объединяет биологические, социальные, экономические ценности населения в единый критерий развития общества – человеческий капитал (ЧК), где устанавливается характер генерирования потока доходов в виде воспроизводства здоровья новых поколений.

В этой связи необходимо: определение приоритетов в социально-гигиенических исследованиях, обоснование синтезирующей и интегрирующей роли социальной гигиены в комплексных медицинских исследованиях, а также разработка показателей и критериев человеческого капитала (капитала здоровья) как элемента взаимодействия с другими науками.

На разных стадиях социально-экономического развития общества приоритет отдавался определенному виду капитала: производственному, административному, в последние 40-50 лет – социальному капиталу. Главной стратегией общества, которая поддерживает данный вид капитала, является семья. Через нее характер социально-экономических отношений оказывает

влияние на качество и продолжительность жизни поколений людей. При этом человеческий капитал рассматривается в качестве активов общества. Вклад в него оценивается как заем семьи на воспроизводство, образование, воспитание, развитие здоровья новых поколений с доходом в будущем.

Познание процессов развития ЧК связано с оценкой характера воспроизводства поколений людей, формирования семьи. В РФ за последние 60 лет (сформировалось два новых поколения) коэффициент суммарной плодовитости женщин (детности) сократился с 3,1 (1950 г.) до 1,3 (2008 г.), что свидетельствует о недовоспроизводстве детей в семьях.

По нашим расчетам в настоящее время 95,0% всех семей завершают рождение детей к 35-летнему возрасту женщин. В начале 50-х годов этот показатель был на уровне 41,2 года, что свидетельствует о сокращении «верхней» границы реального репродуктивного периода женщин на 6,2 года. В то же время наши исследования показывают, что у каждого нового поколения молодых женщин снижается планируемое число детей в оптимальном (до 30 лет) возрастном периоде с 0,94 до 0,55. Основными причинами такого отношения к реализации репродуктивной функции является увеличение периода профессионального становления молодых женщин, психологическая неготовность к деторождению, неопределенность будущего, проблемы со здоровьем уже имеющихся детей и сохранением своего здоровья.

Потери человеческого капитала в Сибири, по нашим расчетам, в настоящее время связаны на 27,1% с недовоспроизводством населения, на 55,3% - с преждевременной смертностью, а также заболеваемостью и инвалидностью - на 17,6%. Вследствие этого период использования трудового потенциала населения сокращается на 10-14 лет. По данным наших исследований, потери ВВП в результате сокращения трудового потенциала по «медицинским причинам» превышают величину консолидирования бюджета здравоохранения по разным регионам в 3-5,5 раз.

В настоящее время, несмотря на рост финансовых вложений в здравоохранение, потери ЧК на каждую единицу **приращения затрат** увеличиваются, что объясняется недостаточно эффективным управлением и планированием развития здравоохранения.

Снижение потерь ЧК во многом зависит от приоритетов нашего воздействия на окружающую и социальную среду, вклада в развитие сфер жизнеобеспечения населения. По результатам наших исследований установлена структура такого влияния (реального) на ближайшие годы: обеспечение здорового образа жизни - 38%; совершенствование системы здравоохранения - 33%; улучшение условий труда - 15%; охрана окружающей среды - 7%; медико-социальная реабилитация и оздоровление населения за счет рекреационных возможностей - 7%.