

И.Ф. Мингазов, В.В. Ботвиновский. - Сб. научн.-практ. работ "АГИС-Здоровье". - Новосибирск, 2006. - С. 23-28.

8. Нильсон С. Анализ данных в Excel / С. Нильсон.- М., 2002. - 150 с.

9. Трубина М.А. Инновационные методы и технологии в оценке биотропности погоды / М.А. Трубина// Аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ. - 2008. - №4. - С. 24-26.

10. Хабарова О.В. Влияние космофизических факторов на биосферу / О.В. Хабарова// Биомедицинские технологии и радиоэлектроника. - 2002. - № 2. - С. 25-39.

11. Чижевский А.Л. Земное эхо Солнечных бурь / А.Л. Чижевский. - М.: Мысль, 1973. - 348 с.

12. Чижевский А.Л. Космический пульс жизни. Земля в объятиях Солнца. Гелиотараксия / А.Л. Чижевский. - М.: Мысль, 1995. - 697с.

13. Электронный ресурс: www.sidc.oma.be

Резюме

Луговський О.Д. Взаємозв'язок сонячної активності та захворюваності на вірусний гепатит А у великому промисловому регіоні.

Виявлено значущу лінійну залежність між рівнем захворюваності на вірусний гепатит А (ВГА) в Луганській області і циклічним зміною рівня сонячної активності. Встановлено, що межі коливань максимумів сонячної активності по роках і межі коливань захворюваності ВГА накладаються один на інший з запізненням на 3 роки.

Ключові слова: великий промисловий регіон, вірусний гепатит А, сонячна активність, кореляційний зв'язок.

Резюме

Луговсков А.Д. Анализ взаимосвязи солнечной активности и заболеваемости вирусным гепатитом А в крупном промышленном регионе.

Выявлена значимая линейная зависимость между уровнем заболеваемости вирусным гепатитом А (ВГА) в Луганской области и циклическим изменением уровня солнечной активности. Установлено, что пределы колебаний максимумов солнечной активности по годам и пределы колебаний заболеваемости ВГА налагаются один на другой с запаздыванием на 3 года.

Ключевые слова: крупный промышленный регион, вирусный гепатит А, солнечная активность, корреляционная связь.

Summary

Lugovskov A.D. Relationship of solar activity and the incidence of viral hepatitis A in a large industrial region.

Found a significant linear relationship between the incidence of viral hepatitis A (VHA) in the Luhansk region and the cyclic changes in solar activity level has also been established that the limits of variation of maximum solar activity over the years and the incidence of VHA fluctuation limits are imposed on one another with a delay of 3 years.

Key words: large industrial region, viral hepatitis A, solar activity correlation.

Рецензент: д.мед.н., проф.Г.В.Бесполудіна

УДК 616.89 - 008.447 - 053.6 - 037: 614.1

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПРОГНОЗ ФОРМИРОВАНИЯ РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Т.П. Мозговая

Харьковский национальный медицинский университет

Введение

Вопрос ранней диагностики и профилактики расстройств поведения у подростков актуален до настоящего времени [4].

Анализ литературных данных, посвященных изучению этиопатогенетических механизмов гиперкинетических расстройств и расстройств поведения у подростков свидетельствует о сложности данной проблемы и необходимости проведения комплексных, мультимодальных исследований [1]. Необходимость поиска мероприятий по совершенствованию первичной и вторичной профилактики непсихотических психических расстройств в детском и подростковом возрасте продиктована их выраженной социальной дезадаптацией и формированием агрессивного поведения [3]. Перспективным является проведение исследований по поиску прогностически значимых факторов, тем более, что исход расстройств поведения во многом зависит от этиопатогенетических механизмов, от характера течения и выраженности симптомов [2]. Следует обратить внимание на существующий в литературе дефицит работ, направленных на изучение прогностических факторов формирования социальной дезадаптации у подростков, что существенно затрудняет и снижает эффективность предложенных мероприятий. Кроме того, в имеющейся литературе не изложены вопросы индивидуального прогноза формирования расстройств поведения и социальной дезадаптации у подростков на ранних этапах развития заболевания [1].

Связь работы с научными программами, планами, темами. Проведенное исследование выполнено в структуре НИР Харьковского национального медицинского университета "Вивчення системних механізмів індивідуальної неспецифіч-

ної стійкості до стресу", (№ держреєстрації 0101U001910).

Цель исследования - определение прогностически значимых факторов формирования расстройств поведения у подростков и разработка индивидуального прогноза.

Материал и методы исследования

Исследование проведено на базе детского отделения психиатрической больницы. Обследовано 202 подростка мужского пола в возрасте от 11 до 15 лет, госпитализированных по поводу гиперкинетических расстройств и расстройств поведения; критерии диагностики соответствовали рубрикам F90 и F91 МКБ-10. В работе использовались клинический, клинко-психопатологический, психодиагностический, нейрофизиологический и статистический методы.

Полученные результаты и их обсуждение

В базу данных вошли результаты клинического, клинко-психопатологического, психодиагностического и нейрофизиологического исследований. Проведение дисперсионного анализа исходило из общеизвестного представления о мультифакторности происхождения гиперкинетических расстройств и расстройств поведения у подростков. Как правило, влияние этиологических факторов на формирование расстройств может быть неравноценным. Закономерно возникает вопрос определения влияния действующих факторов или их совокупности на формирование гиперкинетических расстройств и расстройств поведения [5].

Проведенный дисперсионный анализ позволил выявить основные прогностические признаки, играющие ключевую роль в формировании социальной дезадаптации у подростков.

Из общей структуры действующих факторов были учтены лишь достоверно высокозначимые факторы ($P < 0,05$), влияние которых составляло от 95,1% до 100%. Автором сделано исключение для фактора - курение подростков, диагностическая ценность которого составляла 93,6%. Данный подход обоснован высокой медицинской и социальной значимостью влияния пагубной привычки на подростковый организм.

Согласно программы статистического анализа, показателю диагностической ценности каждого фактора соответствует значение прогностического коэффициента, что дает нам возможность опре-

Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології

делить количественное значение каждого показателя (табл. 1); по условиям программы с контрольной цифрой "13" в сумме, включающей значения прогностического коэффициента, становится возможным определить совокупность факторов, способных обеспечить формирование социальной дезадаптации и на раннем этапе сделать максимально точный прогноз для каждого подростка.

Таблица 1

Прогностические признаки социальной дезадаптации у подростков с гиперкинетическими расстройствами и расстройствами поведения

№ п/п	Диагностические признаки	Уровни	Больные (n=202)	
			Значимость %	Прогностический коэффициент
1.	Наличие СВД	Да	100	-4,935
		Нет	0	1,299
2.	Тревожно-депрессивный синдром	Да	100,0	-5,114
		Нет	0,0	1,231
3.	Вялая реакция зрачков на свет	Да	100	-4,837
		Нет	0	3,835
4.	Высокая судорожная активность	Да	100	6,696
		Нет	0	-3,231
5.	Дисфункция нижнестеволовых структур	Да	100	5,222
		Нет	0	-1,755
6.	Перенесенные детские инфекции	Да	100	-2,624
		Нет	0	2,445
7.	Эмоционально-волевая неустойчивость	Да	100	7,117
		Нет	0	-3,900
8.	Высокая экстраверсия	Да	100	-4,603
		Нет	0	1,008
9.	Дистонический тип РЭГ	Да	99,9	4,129
		Нет	0,1	-1,574
10.	Симпатикотония (ВИ Кердо)	Да	99,8	-1,100
		Нет	0,2	4,571
11.	Асимметрия, повышение, понижение сухожильных рефлексов	Да	99,8	-1,459
		Нет	0,2	3,359
12.	Физическое развитие со снижением роста	Да	99,7	6,378
		Нет	0,3	-0,911
13.	Пассивная подчиняемость	Да	99,7	6,378
		Нет	0,3	-0,911
14.	Парасимпатикотония (ВИ Кердо)	Да	99,5	4,355
		Нет	0,5	-1,008
15.	Неблагополучная семья	Да	99,5	3,723
		Нет	0,5	-1,113
16.	Понижение МО хрпи	Да	99,0	3,459
		Нет	1,0	-0,985
17.	Патологическое снижение физического развития	Да	99,0	9,052
		Нет	1,0	-0,595
18.	Уровень мелатонина <7,345	Да	98,7	-4,110
		Нет	1,3	0,542
19.	Умеренная интроверсия	Да	98,4	6,470
		Нет	1,6	-0,591

Екологічні проблеми експериментальної та клінічної медицини

20.	Повышение МО крови	Да	98,3	-3,681
		Нет	1,7	0,568
21.	Низкий уровень подвижности нервных процессов	Да	98,3	8,578
		Нет	1,7	-0,520
22.	Асимметрия носогубных складок	Да	98,0	-3,054
		Нет	2,0	0,676
23.	Субклинический вар-т СВД	Да	97,7	1,203
		Нет	2,3	-1,823
24.	Высокий и сверхвысокий уровень подвижности нервных процессов	Да	97,0	-0,661
		Нет	3,0	3,873
25.	Высокая эмоциональная неустойчивость	Да	95,6	2,097
		Нет	4,4	-0,903
26.	Наличие тиков	Да	95,2	5,568
		Нет	4,8	-0,440
27.	Задержка темпом полового развития	Да	95,1	7,439
		Нет	4,9	-0,375
28.	Курение	Да	93,6	2,640
		Нет	6,4	-0,652

Как видно из табл. 1 прогностические признаки социальной дезадаптации представлены клиническими симптомами (клинический уровень) и показателями социально-психологического уровня. Из клинических признаков прогностически значимыми являются: сформированный синдром вегетативной дистонии, наличие дисфункции вегетативной нервной системы с нарушением церебральной гемодинамики; наличие тревожно-депрессивного синдрома, пассивной подчиняемости и эмоционально-волевой неустойчивости; перенесенные детские инфекции, снижение физического развития по показателю роста и патологическое снижение физического развития, задержка темпов полового развития; наличие неврологической симптоматики в виде тиков, асимметрии носогубных складок, вялой реакции зрачков на свет, нарушения сухожильных рефлексов; нарушение биоэлектрической активности головного мозга с дисфункцией нижнестебельных структур и высокой судорожной активностью, наличие дистонического типа РЭГ; низкий уровень мелатонина в сыворотке крови.

Прогностические признаки социально-психологического уровня представлены наличием семейного неблагополучия, личностными особенностями в виде высокой экстраверсии и интровертированности черт характера; свойств нервной системы с низким, высоким и сверхвысоким уровнем подвижности нервных процессов; наличием высокой эмоциональной неустойчивости и вредной привычки - курение.

Выводы

1. Таким образом, статистически достоверные прогностически неблагоприятные факторы формирования расстройств поведения у подростков можно выявить на этапе доклинических проявлений и социальной адаптации подростка.

2. Используемая в настоящем исследовании программа позволяет выделить наиболее информативные сочетания признаков, свидетельствующие в пользу неблагоприятного исхода. Полученные результаты являются основой системы превентивных мероприятий.

3. Проблема изучения и проведение исследований по поиску информативных прогностических показателей продолжается.

Литература

1. Мозгова Т.П. Гіперкінетичні розлади та розлади поведінки у підлітків (патогенез, клініка, корекція, профілактика) : автореферат дис... докт. мед. наук / Т.П. Мозгова. - Харків, 2008. - 32 с.

2. Мостова О.П. Лікування дітей з гіперкінетичним розладом поведінки / О.П.Мостова, Д.Ю.Мостова // Укр. вісник психоневрології. - 2001. - Т.9, вип.1 (26). - С.57.

3. Проскурина Т.Ю. Модель технології діагностики пограничних нервно-психічних розстройств у дітей і підлітків шкільного віку / Т.Ю.Проскурина, Э.А.Михайлова, Т.Н.Матковская // Український вісник психоневрології. - 1999. - Т.7, вип. 1 (19). - С.86-87.

4. Синайко В.М. Девиация поведения как проявление дезадаптации подростков, лишенных родительского попечительства / В.М.Синайко, А.М.Кожина, И.В.Романова // Материалы международной конференции психиатров. - М., 1998. - С.101.

5. Славин М.Б. Методы системного анализа в медицинских исследованиях / М.Б.Славин. - М.: Медицина, 1989. - 304 с.

Резюме

Мозгова Т.П. *Индивидуальный прогноз формирования расстройств поведения у подростков.*

Прогнозирование формирования расстройств поведения у подростков возможно при условии использования соответствующих статистических методов. В настоящем исследовании был использован дисперсионный анализ, позволяющий определить прогностический коэффициент, выраженный в количественном значении. Последнее обеспечивает разработку индивидуального прогноза.

Ключевые слова: подростки, расстройства поведения, индивидуальный прогноз.

Резюме

Мозгова Т.П. *Индивідуальний прогноз формування розладів поведінки у підлітків.*

Прогнозування формування розладів поведінки у підлітків можливо за умови використання відповідних статистичних методів. У дійсному дослідженні був використаний дисперсійний аналіз, що дозволяє визначити прогностичний коефіцієнт, виражений у кількісному значенні. Останнє забезпечує розробку індивідуального прогнозу.

Ключові слова: підлітки, розлади поведінки, індивідуальний прогноз.

Summary

Mozgovaya T.P. *Individual prognosis of forming behavioural disorders at adolescents.*

Prognosing of forming behavioural disorders at adolescents is possible in condition of using appropriate statistic methods. In the present investigation was used dispersing analysis which helps to define prognostic coefficient, expressed in the amountable significance. The last guarantees cultivation of individual prognosis.

Key words: adolescents, behavioural disorders, individual prognosis.

Рецензент: д.мед.н., проф. Г.С.Рачкаускас

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ К ПРОВЕДЕНИЮ ПАНРЕТИНАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ ГЕМАТОРЕТИНАЛЬНОГО БАРЬЕРА

В.А. Науменко, Н. Н. Кушнир

ГУ "Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П.Филатова АМН Украины" (Одесса)

Вступление

В настоящее время сахарный диабет трактуется как комплекс заболеваний, обусловленных гипергликемией. Диабетическая ретинопатия (ДРП) - тяжелое проявление сахарного диабета, которое при естественном течении приводит к необратимой слепоте [10]. По данным разных авторов выполнение панретиальной ЛК не только приостанавливает процессы неоваскуляризации и глиоза, но и приводит к частичному или полному исчезновению новообразованных сосудов [5,7].

Показанием к проведению панретиальной ЛК является наличие препролиферативной стадии ДРП, так как эффективность лазерного лечения в этой стадии ДРП составляет 80-90 % в течение года. Кроме этого, значительно снижается риск развития пролиферативной ДРП, которая все же развивается в 35-50 % случаев после проведенного лечения в течение 5-7 лет [4,6,10]. Высокая эффективность своевременно проведенной панретиальной ЛК и возможное прогрессирование ДРП в отдаленные сроки даже после выполнения панретиальной ЛК требует определения объективных критериев для более раннего выполнения панретиальной ЛК.

Несмотря на то, что после проведения панретиальной ЛК возможно ухудшение контрастной световой чувствительности сетчатки вследствие разрушения нейросенсорного слоя и пигментного эпителия сетчатки, бесспорным является позитивное влияние лазерной коагуляции на гематоретикулярный барьер (ГРБ). Благодаря миграции и пролиферации клеток пигментного эпителия сетчатки и глиальных клеток формируется не фиб-