

превышало этот показатель в контрольной группе, что свидетельствует об увеличении сократительной функции гладких миоцитов. С одной стороны, усиление моторной функции может быть обусловлено непосредственным (паракринным) воздействием метаболитов микробиоты, качественный и количественный состав которой изменяется в условиях приема антибактериальных препаратов [2-5]. С другой стороны, не исключается рефлекторный характер усиления сократительной функции кишки, возникающий вследствие активации рецепторов гуморальными факторами, в том числе выполняющими сигнальную функцию [1]. В пользу второго предположения свидетельствует усиление парасимпатических влияний блуждающего нерва у животных опытной группы. У крыс, принимающих линкомицин, было зафиксировано также увеличение частоты афферентной импульсной активности в волокнах этого нерва.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусова Е.А. Синдром избыточного бактериального роста в тонкой кишке в свете общей концепции о дисбактериозе кишечника: взгляд на проблему // Ж. Фарматека. – 2009. – № 2. – С. 8-16.
2. Левицкий А.П., Цисельский Ю.В., Ходаков И.В. Дисбиотические и провоспалительные эффекты сахарной нагрузки (экспериментальное исследование) // Міжнародний ендокринологічний журнал. – 2009. – Т. 23, № 5. – С. 137-141.
3. Смирнова Г.И. Современные принципы патогенетической терапии атопического дерматита у детей // Вопросы современной педиатрии. – 2006. – Т. 5, № 2. – С. 50-56.
4. Ford A.C., Spiegel B.M., Jalley T.N., Moayyedi P. Small intestinal bacterial overgrowth in irritable Bowel syndrome: systematic review and meta-analysis // Clinical Gastroenterology and Hepatology. – 2009. – Vol. 7, № 12. – P.1279-1286.
5. Ghoshal U.C., Shukla R., Ghoshal U. et al. The Gut Microbiota and Irritable Bowel Syndrome: Friend or Foe? // Quigley Hindawi Publishing Corporation International Journal of Inflammation – Vol. 2012 – ID 151085, 13 pages doi:10.1155/2012/151085.
6. Wouters T., Doré J., Lepage P. Does Our Food (Environment) Change Our Gut Microbiome ('In-Vironment'): A Potential Role for Inflammatory Bowel Disease? // Digestive Disease. – 2012. – Vol. 30, № 3. – P.33-39.

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ВРАЧЕБНОГО ПЕРСОНАЛА

Хурс О.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно

Введение. Состояние здоровья работников здравоохранения определяется преимущественно специфическим характером

производственной деятельности - влиянием вредных факторов рабочей среды (физических, химических, биологических, психофизиологических). Однако заболеваемость медицинского персонала, связь ее с профессиональной деятельностью является недостаточно изученной до настоящего времени проблемой [1, 2].

Цель: изучить особенности заболеваемости с временной утратой трудоспособности врачебного персонала в Гродненской области в 2011-2012 гг.

Методы исследования. Проанализирована структура заболеваемости с временной утратой трудоспособности по данным государственной статистической отчетности за 2011-2012 гг.

Исследование проведено на врачебном персонале (4895 единиц наблюдения) Гродненской области.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием программного пакета Statistica 6.0.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что показатель заболеваемости с временной утратой трудоспособности в динамике за 2 года увеличился на 5,4% и составил 606,51 дней на 100 работающих в 2012 г.

Среди заболеваний внутренних органов в 2012 г. наиболее часто регистрировали патологию органов дыхания – 16,06 случаев на 100 работающих, в 2011 г. – 19,27. Ведущее место в структуре патологии данного класса заболеваний занимали острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей, доля которых в 2012 г. составила 86,8% случаев, в 2011 г. – 79,2%. Выявленные особенности обусловлены повреждающим воздействием химико-биологических производственных факторов, сопровождающих деятельность медицинского персонала организаций здравоохранения.

Увеличилось на 16% количество случаев временной нетрудоспособности по поводу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани: в 2012 г. уровень показателя частоты составил 6,50 случаев на 100 работающих, в 2011 г. – 5,58. Самой распространенной патологией данного класса болезней являлись неврологические проявления поясничного и грудного остеохондроза, удельный вес которых в 2012 г. составил 56,6%, 2011 г. – 53,9%.

Отдельно проанализирована заболеваемость по болезням системы кровообращения. Уровень заболеваемости увеличился на 13%: в 2012 г. было зарегистрировано 4,59 случаев на 100 работающих, в 2011 г. – 4,0.

К 2012 г. уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности в связи с болезнями органов пищеварения по сравнению с 2011 г. увеличился на 8% и составил 2,59 случаев на 100 работающих (в 2011 г. – 2,39), в том числе болезнями желчного пузыря и желчевыводящих путей – на 16% (в 2012 г. – 0,77 случаев на 100 работающих, в 2011 г. – 0,65).

Также в анализируемом периоде отмечалась отрицательная динамика показателей заболеваемости с временной утратой трудоспособности в связи с болезнями мочеполовой системы. Уровень заболеваемости в 2012 г. составил 3,02 случаев на 100 сотрудников, в 2011 г. – 2,87. Основной нозологической единицей являлись болезни женских половых органов, доля которых в структуре патологии мочеполовой системы в 2012 г. составила 40,4%, в 2011 г. – 35,5%.

Показатель заболеваемости органов эндокринной системы в 2012 г. составил 0,48 случаев на 100 работающих, в 2011 г. – 0,46.

В 2012г. новообразования выявлены с частотой 2,58 случаев на 100 работающих, в 2011 г. – 2,06. Преимущественное распространение получили доброкачественные новообразования. Их доля в структуре данного класса болезней в 2012 г. составила 62,4%, в 2011 г. – 67,5%.

У обследованных сотрудников в 2012 г. средняя продолжительность временной нетрудоспособности на 100 работающих составила 11,10 дней, в том числе по классам болезней: органов дыхания – 7,27, системы кровообращения – 13,51, органов пищеварения – 12,19, костно-мышечной системы и соединительной ткани – 13,49, мочеполовой системы – 11,22.

В 2011 г. средняя продолжительность временной нетрудоспособности на 100 работающих составила 9,54 дня, в том числе по классам болезней: органов дыхания – 7,14, системы кровообращения – 12,44, органов пищеварения – 11,96, костно-мышечной системы и соединительной ткани – 13,80, мочеполовой системы – 12,01.

Выводы. Таким образом, выявленные особенности структуры и динамики заболеваемости с временной утратой трудоспособности врачебного персонала Гродненской области свидетельствуют об ухудшении состояния здоровья медицинских работников.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гарипова Р.В. Совершенствование системы мониторинга за состоянием здоровья медицинских работников // Казанский мед. журнал. – 2011. – Т. 92, № 1. – С. 78-82.
2. Меркулова Г.А., Пегова Е.В., Тулупова М.С. Использование компьютерной технологии ДГКТД-01 для оценки здоровья медицинских работников // Вестник РУДН, серия медицина. – 2010. - № 4. – С. 333-337.

СВОБОДНЫЕ АМИНОКИСЛОТЫ ПЛАЗМЫ И ЭНТЕРОЦИТОВ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА: ОБЩЕЕ И РАЗЛИЧИЕ

***Шейбак В.М., Николаева И.В., Павлюковец А.Ю.,
Смирнов В.Ю.***

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно

Введение. Желудочно-кишечный тракт является активным секреторным и пролиферирующим органом, и хотя он составляет только 3-6% массы тела, в нем осуществляется оборот 20-35% белков организма. Муцин, секретлируемый в верхних отделах кишечника, может перевариваться, а его аминокислоты реабсорбируются и сохраняются в энтероцитах. При воспалительных заболеваниях кишечника, таких как язвенный колит и болезнь Крона, муциновый слой, покрывающий энтероциты и продукция муцина часто нарушены. Очевидно, что это будет оказывать существенное влияние на обеспеченность аминокислотами энтероцитов толстого кишечника. Поскольку аминокислотный спектр плазмы крови во многом определяется активностью процессов абсорбции, эти изменения могут оказывать выраженное воздействие на формирование дисгомеостаза в организме.

Считают, что источниками аминокислот для энтероцитов толстого кишечника является в незначительной степени транспорт аминокислот из просвета кишечника, а в большей степени – аминокислоты плазмы крови и аминокислоты,