



Рисунок 2 — Зависимость высвобождения ^{137}Cs из сена от степени его измельчения. Логарифмические линии тренда

Заключение

В ходе проведения лабораторных опытов нами установлено, что за 4 часа экстракции из сена 1 класса в экстракт перешло в 1,79 раза больше ^{137}Cs , чем из сена 3 класса. При гниении клетчатки в ней происходит процесс микрофазного разделения лигнина и гемицеллюлоз, находящихся в состоянии вынужденного смешивания. Это приводит к дополнительной структурной активации клетчатки сена за счет увеличения свободного объема межфазных лигноуглеводных областей. Поэтому можно предположить, что клетчатка способна сорбировать на себя ^{137}Cs из водных сред.

Степень экстрагируемости ^{137}Cs из сена выше в кислой, чем в щелочных средах в 1,5 раза соответственно (при $p < 0,05$).

Механическое измельчение сена приводит к увеличению экстрагируемости из него ^{137}Cs на 60%.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Киришин, В. А. Ветеринарная радиобиология / А. Д. Белов, В. А. Бударков. — М.: Агропромиздат, 1986. — 175 с.
2. Development of a method to rapidly predict the availability of radiocaesium: Final report to Ministry of Agriculture Fisheries and Food / N. A. Beresford [et al.] // B. J. Howard. — №TO7051f1. — Grangeoven-Sands, 1991. — 51 p.
3. Георгиевский, В. И. Физиология сельскохозяйственных животных / В. И. Георгиевский. — М.: Агропромиздат, 1990. — 591 с.
4. Курилов, Н. В. Физиология и биохимия пищеварения жвачных / Н. В. Курилов. — М.: Книга, 1971. — 670 с.

Поступила 09.07.2008

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, ГИГИЕНА

УДК 614.2

КАЧЕСТВО ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ И ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ

В. Н. Ростовцев, И. Б. Марченкова, О. И. Рябкова, В. Е. Кузьменко

Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения, г. Минск

Предложена система базовых понятий для демографического анализа и понимания социальных аспектов демографических процессов. Разработаны модели для оценок качества здоровья семьи, репродуктивного потенциала семьи и демографического потенциала страны.

Ключевые слова: семья, демография, генетика, духовность.

QUALITY OF THE FAMILY HEALTH AND THE DEMOGRAPHIC POTENTIAL

V. N. Rostovtsev, I. B. Marchenkova, O. I. Ryabkova, V. E. Kuzmenko

Republican Scientific-and-Practical Center for Medical Technologies, Informatization, Administration and Management of Health, Minsk

The system of basic notions (concepts) for the demographic analysis and understanding of social aspects of demographic processes was proposed. Models on the evaluation of the quality of the family health, the family reproductive potential and the demographic potential of the country were developed.

Key words: family, demography, genetics, spirituality.

Введение

Демографическая проблема является сложной для анализа в объективном и субъективном аспектах. Субъективный аспект сложности заключается в различиях духовно-нравственных позиций специалистов в области демографии, которые соответственно своим позициям предлагают различные варианты анализа, интерпретаций и выводов. Объективный аспект сложности проблемы заключается в ее высокой концептуальной мерности, величина которой определяется числом предметных областей, концептуальный аппарат которых необходим для анализа проблемы.

Одна из наиболее адекватных аналитических экспликаций демографической проблемы представлена в публикации В. М. Медкова [1]. Он использовал, в основном, следующие концептуальные измерения:

- социально-теоретическое;
- социально-политическое;
- экономическое;
- социально-психологическое.

По всей видимости, чтобы претендовать на достаточную полноту рассмотрения демографической проблемы, необходимо повысить концептуальную мерность анализа как минимум вдвое, используя дополнительно в качестве основных концептуальных мерностей геополитическое, идеологическое, нравственное и медико-биологическое измерения.

Вместе с тем В. М. Медков совершенно точно идентифицирует главную детерминанту демографического процесса как состояние социального института семьи и, соответственно, главную причину демографической катастрофы как деградацию социального института семьи.

Анализ демографической динамики в России за 1986–1999 гг. показал, что если общее снижение нетто-коэффициента воспроизводства населения принять за 100%, то 99,4% этого снижения обусловлено падением рождаемости, а 0,6% — ростом смертности [2]. Этот факт убедительно свидетельствует, что рождаемость является главным демографическим ресурсом. Носителем этого ресурса являются семьи, а на вероятность его реализации влияет социум.

Отсюда следует необходимость понимания природы внутрисемейной детерминации ресурса деторождения. От этого понимания зависит эффективность разработки спектра основных социально-политических мер, направленных на рефлексивное стимулирование рождаемости.

Природа внутрисемейной детерминации ресурса деторождения является преимущественно нравственно-психологической, то есть первый и главный фактор — это нравственное здоровье семьи. Вторым фактором является

репродуктивное здоровье семьи, включая генетический и функциональный аспекты репродуктивного здоровья. Третьим фактором является качество жизни семьи, на которое влияют ее духовно-нравственные ценности, качество условий жизни, уровень жизни и другие социально обусловленные обстоятельства. Четвертым фактором является качество медицинской защиты семьи, в том числе и защиты будущей семьи, то есть медицинской защиты репродуктивного здоровья.

Все четыре фактора внутрисемейной детерминации ресурса деторождения находятся под существенным влиянием социума, можно даже сказать — под контролем социума.

Социальные ценности в виде популярных идеологем формируют духовно-нравственный статус молодых людей и молодых семей, соответствующую структуру потребностей семьи, создают стереотипы мнений и представлений о семье, смещают внутрисемейные ценности в сторону индивидуализма и материального потребления и приводят к соответствующей структуре семейных потребностей. В результате потребность супругов в детях проигрывает конкуренцию другим, в основном, материальным семейным потребностям.

Основной функцией семьи является качественное и количественное воспроизводство своего рода и своего народа. При этом воспроизводство качества своего рода и народа гораздо важнее, чем воспроизводство количества. Но даже при рассмотрении только количественного аспекта воспроизводства интуитивно понятно, что детность в семье предопределяется определенными качественными характеристиками здоровья семьи. Совокупность таких характеристик формирует качество здоровья семьи.

Результаты и обсуждение

Основными результатами, представляемыми в статье, являются три модели: 1) оценки качества здоровья семьи, 2) оценки репродуктивного потенциала семьи и 3) оценки демографического потенциала страны.

Оценка качества здоровья семьи. В демографическом контексте наиболее очевидными и безусловно доказуемыми являются три аспекта качества семьи: генетический, функциональный и духовно-нравственный. Эти три компонента соответствуют трем аспектам здоровья: генетическому, физическому и духовному [3]. Очень важно понимать, что указанные аспекты качества здоровья семьи не являются аддитивными компонентами, а взаимно усиливают (или ослабляют) друг друга. Отсюда следует, что модель для оценки качества здоровья семьи должна быть мультипликативной. В рамках каждого аспекта необходимо оценить

соответствующий статус семьи: генетический, функциональный и духовно-нравственный. Если каждый статус оценивать по 10-балльной шкале, то модель для оценки удобно представить в следующем виде:

$$K3C = \frac{ГЗС \times ФЗС \times ДНЗС}{K1} (\%) \quad (1),$$

где: КЗС — качество здоровья семьи;

ГЗС — генетический статус здоровья семьи;

ФЗС — функциональный статус здоровья семьи;

ДНЗС — духовно-нравственный статус здоровья семьи;

К1 — нормировочный коэффициент (содержательно его значение равняется произ-

ведению максимальных значений градаций для ГЗС, ФЗС и ДНЗС, т.е. 1000; для представления КЗС в шкале процентов вычисленное значение необходимо умножить на 100, в результате К1 принимает значение равное 10).

Оценка генетического статуса здоровья семьи должна проводиться на основе семейного (родового) анализа обоих супругов и учитывать (качественно) сегрегационный и мутационный генетический груз. Шкала оценки может быть, например, следующая (таблица 1).

Оценка функционального статуса здоровья семьи проводится на основе медицинского обследования обоих супругов и учитывает репродуктивно значимые болезни. Шкала для оценки функционального статуса семьи приведена в таблице 2.

Таблица 1 — Шкала оценки генетического статуса здоровья семьи

Признаки	Баллы
Признаков генетического груза не выявлено	10
Аутбридинг у прабабушек и прадедушек	9
Аутбридинг у бабушек и дедушек	8
Аутбридинг у родителей	7
Врожденные уродства и (или) хромосомные болезни у родителей или их родственников 1–2 степени родства	6
Моногенные болезни у родителей или их родственников 1–2 степени родства	5
Сочетание пп. 2–4	4
Сочетание пп. из 2–4 и п.5	3
Сочетание пп. из 2–4 и п.6	2
Сочетание п.5 и п.6	1

Таблица 2 — Шкала оценки функционального статуса репродуктивного здоровья семьи

Признаки	Баллы
Репродуктивно значимой патологии не выявлено	10
Репродуктивно значимая патология сердечно-сосудистой системы	9
Репродуктивно значимая патология эндокринной системы	8
Воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта	7
Воспалительные заболевания репродуктивной сферы	6
Дегенеративные состояния репродуктивной сферы	5
Сочетание пп. 2–4	4
Сочетание пп. из 2–4 и п.5	3
Сочетание пп. из 2–4 и п.6	2
Сочетание п.5 и п.6	1

Для оценки духовно-нравственного статуса здоровья семьи можно с успехом адаптировать методы выявления подверженности и оценки индивидуальных рисков реализации рискованного полового поведения [4]. Эти методы опираются на индивидуальные оценки основных нравственных ценностей.

В целом модель качества здоровья семьи обеспечивает диапазон оценок от 0,1 до 100%.

Концептуальная и модельная экспликация понятия качества здоровья семьи позволяют приступить к принципиальному решению следующей задачи: оценке репродуктивного потенциала семьи.

Оценка репродуктивного потенциала семьи.

Репродуктивный потенциал семьи можно представить в форме следующей модели для его оценки:

$$РПС = \frac{КЗС \times КЖС \times КМЗС}{K} (\%) \quad (2),$$

где: РПС — репродуктивный потенциал семьи;

КЗС — качество здоровья семьи;

КЖС — качество жизни семьи;

КМЗС — качество медицинской защиты семьи;

К — нормировочный коэффициент.

При использовании шкалы % для всех входящих в формулу показателей $K = 10000$.

Для оценки качества жизни семьи целесообразно использовать метод оценки индивидуально-качества жизни согласно работе [5], который основан на определении качества жизни, зафиксированном в документах Всемирной организации здравоохранения [6]. При этом за качество жизни семьи следует принимать качество жизни того из супругов, чья индивидуальная оценка меньше.

Качеством медицинской защиты семьи мы называем уровень полноты медико-профилактических мероприятий, предшествующих зачатию и рождению ребенка. Модель для оценки КМЗС может включать: 1) оценки уровня знаний, необходимых будущим маме и папе; 2) оценку процесса планирования зачатия; 3) оценку мероприятий по онтогенетической пренатальной профилактике.

Оценка демографического потенциала страны. Демографический потенциал страны определяется суммой репродуктивных потенциалов семей, находящихся в детородном возрастном периоде. Соответственно, на основе репрезентативных выборочных исследований репродуктивного потенциала семей, принадлежащих к основным социальным категориям населения, легко оценить общий демографический потенциал страны.

Рассмотрение демографической перспективы страны с позиций анализа компонент репродуктивного потенциала семьи позволяет характеризовать главные социальные переменные, которые влияют на динамику рождаемости в количественном и качественном аспектах (таблица 3).

Таблица 3 — Характеристика влияния социума на воспроизводство качества и численности населения

Основные характеристики социума	Воспроизводство качества населения	Воспроизводство численности
Идеологический статус	7	5
Нравственный статус	8	7
Статус института семьи	9	10
Статус медицинской профилактики	6	4
Культура брачного выбора	10	2
Гигиеническая культура	5	3
Уровень социальной справедливости	3	8
Уровень социального оптимизма	4	9
Уровень социальной защиты	2	6

В таблице 3 представлена экспертная оценка авторов в баллах и дается общее представление о степени влияния основных характеристик социума на воспроизводство качества и численности населения.

В демографическом контексте идеологический статус социума определяется местом и ролью идеологии здоровья в идеологической системе общества, а также уровнем содержательного развития идеологии здоровья в данном обществе.

Нравственный статус общества определяется тем, какие места в иерархии нравственных ценностей общества занимают такие категории, как совесть, долг, честь, целомудрие, чистота, верность и др. в их семейно-родовом преломлении.

Статус института семьи определяется не только юридическим закреплением прав семьи в обществе, но и тем приоритетом, который реально имеют права семьи перед правами личности и самого общества.

Статус медицинской профилактики проще всего оценить по доле бюджетного финансирования отрасли здравоохранения, выделяемой на цели медицинской профилактики. В настоящее время в странах СНГ эта доля не превышает 4%, что в 5–7 раз ниже оптимального

уровня. Именно этот статус определяет эффективность программ медицинской защиты семьи в случае их формирования.

Остальные характеристики социума, приведенные в таблице, являются вполне очевидными по своему содержанию.

Заключение

Предложенные модели составляют новый аспект системного оценивания демографических процессов. Этот аспект является содержательным, в противоположность формальному аспекту системного оценивания, в рамках которого используют ту или иную репрезентативную систему демографических и социальных показателей. Содержательным этот аспект является в силу непосредственного оценивания семьи как единственной системы воспроизводства и, одновременно, косвенного оценивания социальной надсистемы. Содержательный аспект по определению является фундаментальным и представляет большие возможности для понимания, интерпретации и формирования стратегий позитивного развития демографического процесса.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Медков, В. М. Демография: учебник. — М.: ИНФРА-М, 2004. — 576 с.

2. Борисов, В. А. // Демография. — М., 2005. — С. 282.
3. Ростовцев, В. Н. Основы здоровья. — Мн.: Минсктип-проект, 2002. — 111 с.
4. Протько, Н. Н. Метод выявления подверженности рискованному половому поведению как основа адресной первичной профилактики рисков / Н. Н. Протько, В. Н. Ростовцев, И. Б. Марченкова // Матер. Респ. науч.-практ. конф. «Актуальные вопросы теоретической и практической медицины». — Гомель: Уч-

реждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», 2006. — Т. 2. — С. 71–73.

5. Ростовцев, В. Н. Метод оценки индивидуального качества жизни / В. Н. Ростовцев, Т. В. Калинин, И. В. Машенко // Медицина. — 2007. — № 1. — С. 48–51.

6. Здоровье-21: основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ (Европейская серия по достижению здоровья для всех). — № 6. — 310 с.

Поступила 21.01.2008

СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

УДК 616.151.514-071

ГЕМАТОМА ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ У БОЛЬНОГО ИНГИБИТОРНОЙ ФОРМОЙ ГЕМОФИЛИИ А

Н. В. Тишкова

Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека, г. Гомель

Представлен случай забрюшинной гематомы крупных размеров у больного ингибиторной формой гемофилии А, протекавшей с рядом осложнений как аутоиммунного, так и компрессионного характера.

Ключевые слова: гемофилия А, ингибитор, забрюшинная гематома.

A LARGE SIZE EXTRAABDOMINAL BLOOD CYST IN A HAEMOPHILIA A PATIENT WITH INHIBITOR

N. V. Tishkova

Republican Research and Practical Center for Radiation Medicine
and Human Ecology, Gomel

The case of an extraabdominal blood cyst in a haemophilia A patient with inhibitor is presented. The large size blood cyst development caused various complications.

Key words: haemophilia A, inhibitor, extraabdominal blood cyst.

Введение

Наиболее опасная локализация гематом при гемофилии — забрюшинная. Забрюшинные гематомы возникают внезапно после более длительной, чем обычно физической нагрузки, поднятия тяжестей или резкого сгибания (разгибания) в поясничном отделе позвоночника. В начале гематома располагается либо субпериостально, либо в толще m. iliopsoas. Если гематома выходит за пределы мышцы, она быстро распространяется по забрюшинному пространству, достигая огромных размеров, проникает на бедро, часто вызывая сдавление и парез бедренного нерва, сгибательную контрактуру тазобедренного и коленного суставов. В начальной стадии забрюшинная гематома по симптоматике может напоминать острый аппендицит, почечную колику, ущемленную бедренную грыжу, однако для гематомы более характерен распирающий характер болей, нарастание анемии. В фазу прогрессии с ростом гематомы может

возникнуть смещение и сдавление мочеточника и петель кишечника с развитием транзиторной олигурии и пареза кишечника, возникают нарушения гемодинамики. В развернутой стадии гематома достигает 14–16 см в диаметре, выходит за пределы большого таза, сдавливая мочеточник и вызывая олигурию, прогрессирующую динамическую кишечную непроходимость. В фазе осложнений развивается анурия, стойкая непроходимость кишечника, тяжелая интоксикация, геморрагический шок [1, 2].

У части больных (как правило, с тяжелой формой заболевания) забрюшинные гематомы не рассасываются, но развиваются в псевдоопухоль [2, 3, 4].

Развитие у части больных гемофилией резистентности к заместительной терапии связано с выявлением у них ингибиторов к факторам свертывания VIII и IX. Введенный пациенту фактор свертывания, с одной стороны, инактивируется ингибитором, с другой — стимулирует синтез но-