

## НАРУШЕНИЯ ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ

*Е.С. Шмелькова, Л.С. Кейдун, (Харьков)*

Атопический дерматит – наследственное заболевание, имеющее хронически рецидивирующее течение, в патогенезе которого ведущую роль играют процессы аллергии и нарушения иммунологической толерантности организма. Перекисное окисление липидов – естественный метаболический процесс, протекающий в каждом живом организме. Продукты перекисного окисления липидов являются представителями оксидантной системы и принадлежат к высокоактивным и токсическим веществам, которые значительно нарушают структурные компоненты клеток. В норме активность свободнорадикального окисления липидов регулируется многокомпонентной антиоксидантной системой, которая находится в динамическом равновесии с продуктами перекисного окисления липидов.

Состояние свободнорадикального окисления липидов оценивали по содержанию малонового диальдегида и диеновых конъюгатов в сыворотке крови и эритроцитах спектрофотометрическим методом. Под наблюдением находилось 30 больных атопическим дерматитом в возрасте от 16 до 37 лет, из которых 17 женщин и 13 мужчин.

Наибольшая активация процессов перекисного окисления липидов наблюдалась у пациентов с максимальной и высокой степенью патологического процесса. Констатировано увеличение уровня диеновых конъюгатов у этой группы больных в сыворотке крови на 64%, в эритроцитах – на 85%, концентрация малонового диальдегида повышалась в сыворотке на 54%, в эритроцитах – на 91%. У больных с умеренной степенью активности содержание диеновых конъюгатов в сыворотке оказалось увеличено на 38%, в эритроцитах – на 56%, а малонового диальдегида – на 42% и 67% соответственно.

Таким образом, можно говорить о том, что наибольшие патологические нарушения свободнорадикального окисления липидов выявлены у больных атопическим дерматитом в эритроцитах.

## БЕСПЛАТНАЯ, БЕЗОПЛАТНАЯ, ПЛАТНАЯ

*К.К. Васильев, (Сумы)*

В современной медицинской литературе имеется путаница в употреблении вынесенных в заголовок терминов применительно к медицинскому обслуживанию населения. Как известно, есть три основные системы здравоохранения: 1. частная медицина, 2. страховая (добровольное и обязательное) и 3. государственная. Они не являются альтернативными друг другу. Они взаимодополняют друг друга. Частнопрактикующий врач для богатых. Страховая медицина (добровольное) для зажиточных. Государственная (и страхо-

вая медицина в её обязательном варианте) - для бедных. Частная медицина платная. Страховая медицина (добровольное) безоплатная. При добровольном медицинском страховании взносы осуществляются с учетом рисков. Например, риск заболеть для 20-х меньше, чем для 70-летних. Поэтому 70-летние вносят денег больше в фонд добровольного медицинского страхования, чем 20-летние. Если обязательное медицинское страхование, то реализуется принцип общественной солидарности, происходит объединение рисков. Богатый обязан платить определенный процент из своих доходов и бедный вносит тот же процент от своего заработка. Таким образом, богатый платит намного больше и значит платит за медицинское обслуживание бедного. Для последнего медицинское обслуживание становится бесплатным. Почему-то некоторые считают, что государственная медицина безоплатная. Нет. Государственная медицина – по определению - бесплатная. Государственная медицина возникла из необходимости бесплатного медицинского обслуживания беднейших слоев населения. Тех слоев населения, которые не имели возможности обратиться не только к частнопрактикующему врачу, но и у которых даже не было денег для безоплатной медицины. Не случайно государственную медицину раньше – в досоветский период нашей истории - рассматривали как форму государственной благотворительности. Бесплатное лечение с бесплатной выдачей лекарства.

## МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ: НА ПОРОГЕ НОВОГО ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ

*К.К. Васильев, (Сумы)*

Смертность сельского населения значительно выше в сравнении с городским - 14 и 25 на 1000 соответствующего населения. Иначе говоря, на 50% больше. Заболеваемость его - не заболеваемость по данным обращаемости, а истинный уровень заболеваемости там так же выше в сравнении с городским населением. Доля лиц старше 60 лет среди сельского населения составляет 33%, а среди городского только – 18%. Потребность в медицинской помощи, стало быть, в селе больше, чем в городе. Это порождает проблемы в медицинском обслуживании крестьян. Представляется, что частнопрактикующий врач не найдет для себя пациентов в нашей нищей деревне. Бедность крестьян не даст возможность для развития и добровольного медицинского страхования. Поэтому государство должно обеспечить им бесплатную медицинскую помощь. Эта та группа населения, которой необходима поддержка государства.

Таким образом – 1. Потребность в медицинской помощи сельского населения больше, чем городского за счет большей доли пожилых, большей смертности и заболеваемости; 2. Для улучшения медицинской помощи сельскому населению необходимо создавать условия для развития частной меди-