

23. Ожано, С. Медико-социальные аспекты заболеваемости средним отитом у детей в Камбоджи / С. Ожано // Вестн. оторинолар. — 2003. — № 1. — С. 41–48.
24. Osmá, U. The complications of chronic otitis media: report of 93 cases / U. Osmá, S. Cureoglu, S. Hosoglu // J. Laryngology & Otolology. — 2000. — Vol. 114 (2). — P. 97–100.
25. Pathogenesis of Middle Ear Cholesteatoma. A new model of Experimentally Induced Cholesteatoma in Mongolian Gerbils / T. Yamamoto-Fukuda [et al.] // Am J Pathol. — 2010. — Vol. 176 (6). — P. 2602–2606.
26. Sudhoff, H. Pathogenesis of attic middle ear cholesteatoma: Clinical and immunohistochemical support for combination of retraction and proliferation theory / H. Sudhoff, M. Tos // Am J Otol. — 2000. — Vol. 21. — P. 782–792.
27. Sudhoff, H. Cholesteatoma behind an intact tympanic membrane — histopathological evidence for a tympanic membrane origin / H. Sudhoff, F. Linthicum // Otol Neurotol. — 2001. — Vol. 22. — P. 444–446.
28. Notes on the microbiology of cholesteatoma: clinical findings and treatment / F. Ricciardiello [et al.] // Acta Otorhinolaryngol. — 2009. — Vol. 29 (4). — P. 197–202.
29. Swartz, J. D. Imaging of the temporal bone / J. D. Swartz, H. R. Hamsberger. — New York: Thieme, 1998. — Vol. 3. — P. 71–98.
30. Brook, I. Bacteriology and treatment of chronic otitis media / I. Brook // Laryngoscope. — 1979. — Vol. 89. — P. 1129–1134.
31. Otopathogenic Pseudomonas aeruginosa strains as competent biofilm formers / E. Wang [et al.] // Arch otolaryngol head neck surg. — 2005. — Vol. 131. — P. 983–989.
32. Chole, R. Evidence for microbial biofilms in cholesteatomas / R. Chole, B. Faddis // Arch otolaryngol head neck surg. — 2002. — Vol. 128. — P. 1129–1133.
33. Хоров, О. Г. Хирургическое лечение больных деструктивными средними отитами / О. Г. Хоров, В. Д. Меланьин. — Гродно: ГрГМУ, 2001. — 150 с.
34. Perez-Lazaro, J. Effectiveness assessment of otosclerosis surgery / J. Perez-Lazaro // Acta Oto-Laryng. — 2005. — Vol. 125, № 3. — P. 935–945.
35. Schuknecht, H. Histologic variants in otosclerosis / H. Schuknecht, W. Barber // Laryngoscope. — 1985. — Vol. 95. — P. 1307–1317.
36. Gordon, M. The genetics of otosclerosis: a review / M. Gordon // Am J Otol. — 1989. — Vol. 10, № 6. — P. 426–438.
37. Michaels, L. Origin and growth of otosclerosis / L. Michaels, S. Soucek // Acta Oto-Laryngologica. — 2011. — Vol. 131. — P. 460–468.
38. Chole, R. Pathophysiology of otosclerosis / R. Chole, M. McKenna // Otol. Neurotol. — 2001. — Vol. 22. — P. 249–257.
39. Лечебно-диагностический алгоритм кохлеарной формы отосклероза: метод. рекомендации / А. И. Крюков [и др.]. — М., 2010. — 14 с.
40. Аникин, И. А. Хирургическая тактика при повторных операциях на среднем ухе / И. А. Аникин // Рос. оторинолар. — 2008. — № 4. — С. 3–8.
41. Computed tomography and oto-sclerosis: a practical method to correlate the sites affected to hearing loss / B. Wycherly [et al.] // Ann Otol Rhinol Laryngol. — 2010. — Vol. 119, № 12. — P. 789–794.
42. Correlations between CT scan findings and hearing thresholds in otosclerosis / M. Marx [et al.] // Acta Oto-Laryngologica. — 2011. — Vol. 131. — P. 351–357.
43. Nauman, C. Otosclerosis: incidence of positive findings on high-resolution computed tomography and their correlation to audiological test data / C. Nauman, B. Porcellini, U. Fisch // Ann of Otol. Rhinol. Laryngol. — 2005. — Vol. 114, № 9. — P. 709–716.
44. Cavitating otosclerosis: clinical, radiologic, and histopathologic correlations / A. Makarem [et al.] // Otol Neurotol. — 2010. — Vol. 31, № 3. — P. 381–384.

Поступила 17.06.2014

УДК 616-055.1

## КЛЮЧЕВЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ МУЖСКОГО ЗДОРОВЬЯ (сообщение II)

К. М. Семутенко, И. А. Чешик, Т. М. Шаршакова

Гомельский государственный медицинский университет

**Цель:** установить ключевые детерминанты, определяющие состояние здоровья мужского населения.

**Материалы.** Публикации, содержащие информацию о ключевых факторах, влияющих на здоровье мужчин.

**Методы.** Проводился анализ, обработка и классификация полученных данных.

**Результаты и обсуждение.** В статье определены и систематизированы факторы, которые могут оказать влияние на здоровье мужского населения, определена степень модифицируемости данных факторов и возможности дальнейшего практического применения полученной информации.

**Заключение.** Большинство факторов, определенных в статье, являются модифицируемыми. Коррекция этих факторов путем обучения, изменения законодательства или другими научно-обоснованными методами может улучшить состояние здоровья мужского населения.

**Ключевые слова:** мужское здоровье, детерминанты мужского здоровья, продвижение здоровья.

## THE KEY DETERMINANTS OF MEN'S HEALTH (message II)

K. M. Semutenko, I. A. Cheszyk, T. M. Sharshakova

Gomel State Medical University

**Objective:** to determine the key determinants of health status of the male population.

**Material.** Publications containing information about the key factors influencing the men's health.

**Methods.** Analysis, processing and classification of the data.

**Results and discussion.** The article determines and systematizes factors that may affect the health of the male population, assesses the degree of modifiability of these factors and the possibility of further practical application of the received information.

**Conclusion.** Most of the factors detected in the article are modifiable. Their correction with the help of training, changes in laws or other evidence-based methods can improve the health of the male population.

**Key words:** men's health, determinants of men's health, health promotion.

### **Факторы, которые влияют на поведение мужчин и их отношение к своему здоровью**

Появлению рисков для мужского здоровья способствует и множество дополнительных факторов как непосредственно, так и опосредованно — через их влияние на поведение и взгляды мужчин. В этом разделе изучается, как влияют на состояние здоровья мужчин следующие факторы: биология и генетика, психофизиология, этническая принадлежность, социально-экономический статус, возраст, семейное положение, профессиональные вредности, безработица, лишение свободы, общественное мнение о мужественности, социальное воздействие на мужчин, средства массовой информации и реклама, медицинские знания.

#### Биология и генетика

Биология определяет развитие ряда полоспецифических проблем со здоровьем мужчин. Например, эректильная дисфункция, которая может быть результатом значительной эмоциональной перегрузки и межличностных конфликтов, отмечается почти у половины мужчин в возрасте от 40 до 70 лет и более чем у половины — старше 70 лет. Биологией также обусловлен повышенный риск смерти у мужского пола, который отмечается уже в ходе внутриутробного развития. Несмотря на то, что после зачатия на каждые 100 женских эмбрионов приходится 120–160 мужских, к моменту рождения соотношение снижается приблизительно до 106 к 100. Кроме того, в течение всей жизни среди мужчин и мальчиков выше риск смерти от врожденных аномалий [4]. Хотя некоторые исследования ставят под сомнение профилактическую роль эстрогена в развитии ишемической болезни сердца, биологически обусловленный недостаток эстрогена у мужчин может повышать риск развития заболевания за счет снижения у них по сравнению с женщинами уровня «хорошего» холестерина [23]. Аналогично фермент моноаминоксидаза, нейрорегуляторы и гормоны, такие как андрогены и кортизол обуславливают тягу к разнообразным сильным впечатлениям и испытаниям. Десятилетия исследований выявили связь подобных желаний (которые значительно чаще отмечаются у мужчин, чем у женщин) с рискованным вождением, с рискованной сексуальной активностью, употреблением алкоголя, наркоманией и курением, а также с занятиями экстремальными видами спорта и с криминальной активностью. Низкий уровень серотонина в мозге мужчин может быть ответственным за то, что они чаще выражают физическую агрессию. Однако, несмотря на то, что ряд биологических факторов опосредует риски для здоровья мужчин, исследования показывают, что весомость биологических факторов во влиянии на

гендерные различия в показателях заболеваемости и смертности относительно невелика.

Генетические факторы также повышают риск для мужчин. Например, у мужчин с наличием сердечной недостаточности и рака предстательной железы в семейном анамнезе значительно повышен риск развития этих заболеваний. Уровень моноаминоксидазы также четко детерминирован генетически.

#### Психофизиология

Предполагается, что психофизиологические реакции на эмоциональный стресс (такие как повышенная экскреция катехоламина, изменение частоты сердечных сокращений и уровня артериального давления) связаны с риском развития ишемической болезни сердца. Исследования подтверждают, что мужчины медленнее восстанавливаются после стресса, что может частично объяснить более высокую заболеваемость среди них ИБС и более тяжелое ее течение. Реактивность систолического артериального давления также более выражена у мужчин, чем у женщин.

Активация вегетативной нервной системы и последующий ответ сердечно-сосудистой системы рассматриваются как один из основных механизмов влияния стресса на физическое здоровье. Кроме того, есть веские доказательства связи между стрессом и нарушением функционирования иммунной системы организма. И несмотря на то, что очень сложно непосредственно выявить или изменить психофизиологические реакции на эмоциональный стресс, относительно легко скорректировать поведенческие и ситуационные факторы, которые стимулируют эти реакции.

#### Этническая принадлежность

Для нашей страны этот фактор не очень критичен, однако следует отметить, что существуют значительные различия в показателях смертности и заболеваемости среди мужчин различных этнических групп [7]. Разница между продолжительностью жизни афроамериканцев и белых мужчин в США даже превосходит разницу по данному показателю между мужчинами и женщинами: афроамериканцы умирают на 7 лет раньше, чем белые мужчины.

#### Социально-экономическое положение

Многочисленные исследования показали, что существует четкая взаимосвязь между плохим состоянием здоровья и низким социально-экономическим положением (СЭП) [7]. Мужчины, находящиеся в экономически неблагоприятных условиях, чаще не имеют отдельного жилья, более подвержены вовлечению в криминальную среду, чаще попадают под воздействие вредных факторов, получают недостаточно медицинской информации и подвергаются значительно более серьезным стрессовым

нагрузкам [4]. Однако взаимосвязь между СЭП и состоянием здоровья не ограничивается сравнением только очень бедных с очень богатыми людьми. Среди большинства этнических групп в США и Европе различия в состоянии здоровья сохраняются и при относительно небольшой разнице в социально-экономическом положении: здоровье людей со средним СЭП хуже, чем у людей с немного более высоким СЭП. Кроме того, при улучшении социально-экономического статуса здоровье людей обычно также улучшается.

#### Возраст

По данным статистических исследований, проведенных в США, наибольшая гендерная диспропорция в показателе смертности отмечается в возрастной группе от 15 до 24 лет [5]. Три из четырех случаев смерти в данной возрастной группе – это смерти мужчин. Подростки мужского пола получают на 174 % больше травм и значительно чаще госпитализируются по поводу серьезных травм, чем подростки женского пола. Смертельные травмы (несчастные случаи, убийства, суициды) составляют около 75 % случаев смерти в данной возрастной категории, а три из четырех подобных случаев смерти — это мужчины. Молодые мужчины значительно чаще, чем женщины подвергаются различным производственным рискам. Подростки мужского пола также значительно чаще заражаются ИППП. Большинство из этих заболеваний и причин смерти являются предотвратимыми, так как возникают в результате нежелания вести здоровый образ жизни и рискованного поведения. Лица мужского пола, например, начинают курить, употреблять алкоголь и наркотики в более молодом возрасте, чем подростки-девушки. Среди подростков частота случаев наркомании и токсикомании выше у лиц мужского пола. Кроме того, рискованное поведение, имевшее место в подростковом возрасте, очень часто является причиной болезней, травм и смертей, возникающих уже в зрелом возрасте [5].

#### Семейное положение

Семейное положение является важным фактором, влияющим на здоровье. У неженатых, овдовевших и разведенных мужчин больше серьезных рисков, чем у женатых. Кроме того, обычно они ведут менее здоровый образ жизни. Например, неженатые мужчины больше пьют и курят, едят меньше овощей и фруктов, у них больше риска заразиться ИППП, они реже обращаются к врачу, реже измеряют артериальное давление, они более подвержены суициду. Также были получены данные о том, что счастливый брак положительно влияет на долголетие. Более того, недавно были получены доказательства того, что корреляция со смертностью (и другими факторами риска, связанными

с неженатым положением) выше у мужчин, чем у женщин [6].

#### Профессиональные вредности

Профессии, которые выбирают мужчины, зачастую являются самыми опасными. Транспорт, энергетика, перерабатывающая промышленность, строительство — это те виды деятельности, в которых отмечается наибольший показатель смертности от травматизма, а во всех этих отраслях в качестве рабочей силы в основном задействованы мужчины. Среди работников милиции и спасателей абсолютное большинство погибших при исполнении служебных обязанностей — это мужчины. Однако травмы являются только одной из причин профессиональной заболеваемости и смертности. В США, например, приблизительно 32 млн работников подвергаются на рабочем месте воздействию одного или нескольких опасных химических соединений, в Республике Беларусь получить подобные статистические данные затруднительно. Пять профессий, в которых отмечается наибольший процент работников, подвергающихся воздействию химических веществ (в порядке убывания): строительство, сельское хозяйство, химическая промышленность, нефтепереработка и лесное хозяйство, а это те виды деятельности, к которым привлекаются преимущественно мужчины.

#### Безработица

Безработица является причиной ряда негативных влияний на состояние здоровья. Существуют доказательства того, что эти негативные влияния более выражены у мужчин, чем у женщин [5]. Взаимосвязь между безработицей и психологическими проблемами намного сильнее среди мужчин. И частота суицидов, связанных с безработицей и периодами экономического кризиса, выше среди мужчин, чем среди женщин. В нескольких проведенных среди молодежи исследованиях было установлено, что безработица или низкая оплата труда также являются факторами риска злоупотребления алкоголем, курения, наркомании, суицидов и несчастных случаев, причем преимущественно среди мужчин.

#### Лишение свободы

Более 30 тыс. человек в Беларуси находятся в государственных исправительных учреждениях. Заключение является группой риска по заболеванию туберкулезом, гепатитом и ВИЧ. Заболеваемость СПИДом в тюрьмах в 14 раз выше, чем в общей популяции. Уровень суицидов в местах заключения также повышен. Частота суицидов среди заключенных в несколько раз выше, чем в общей популяции, и почти все случаи подобных смертей происходят среди мужчин. Другие факторы, которые повышают риски для здоровья заключенных, включают насилие, тюремное медицинское обеспечение, плохое пи-

тание [7]. В России, например, даже с учетом того, что в государстве женского населения больше, чем мужского, в тюрьму мужчины попадают в 10–12 раз чаще женщин [24].

#### Общественное мнение о мужественности и социальное воздействие на мужчин

Белорусы и в целом славяне привержены взглядам, что мужчина должен быть независимым, самоуверенным, сильным, здоровым и крепким. Мужчины и мальчики испытывают сильное социальное давление, направленное на поддержание этих убеждений [5]. Мальчики чаще являются объектом насмешек со стороны сверстников, а родители наказывают их за проступки чаще и строже, чем девочек и меньше обращают внимания на нетипичное или нестереотипное (по мнению общества) для мужчины поведение, например, за жалобы на боль, за плач или просьбу о помощи. Обстановка, которая окружает мужчин с детства, часто способствует развитию нездоровых форм мужественности. Например, во многих мужских видах спорта проявление агрессии, риск для здоровья и терпение боли являются обоснованными и уважаемыми. С момента рождения родители и другие взрослые люди воспитывают девочек и мальчиков по-разному, что оказывает серьезное влияние на их здоровье. Несмотря на то, что мальчики подвергаются относительно большему риску, есть еще немало родителей, которые заботятся о безопасности сыновей меньше, чем дочерей, что может способствовать как развитию рискованного поведения у мальчиков, так и привычке к риску в дальнейшем. По сравнению с девочками мальчики нередко меньше окружены теплом и заботой. Несмотря на то, что зачастую они более восприимчивы психологически, мальчики меньше выражают чувство грусти, зато больше — злости; они воспринимаются как физически более сильные, их воспитывают более жестко; они привлекаются к более подвижным и соревновательным играм; их чаще наказывают физически. Мальчики чаще подвергаются насилию как дома, так и за его пределами. Мальчики чаще вовлекаются в такие виды деятельности и они вращаются в такой среде, которые дистанцируют их от родителей и отбивают желание обращаться за помощью. Подобный подход оказывает кратковременное и долговременное влияние на здоровье мужчин и мальчиков. Как отмечалось ранее, по сравнению с женщинами мужчины тяжелее выражают свои эмоции, чаще считают себя невосприимчивыми к рискам, вызванным вредными привычками, проявляют агрессию и реже обращаются за помощью.

#### Средства массовой информации и реклама

Обзор последних исследований показывает, что в средствах массовой информации про-

водятся четкие границы между здоровьем и здоровым образом жизни мужчин и женщин [7]. Например, в телевизионных передачах мужчины с избыточной массой тела появляются на экране в три раза чаще, чем женщины с подобной проблемой. В телепередачах и фильмах мужчины показываются курящими в семь раз чаще, чем женщины. Две трети ролей, связанных с употреблением алкоголя, являются мужскими, а в различных средствах массовой информации алкоголь, мужественность и рискованное поведение тесно взаимосвязаны. Мальчики на 60 % чаще, чем девочки изображаются как проявляющие физическую агрессию, а мужчины чаще, чем женщины применяют насилие, что обычно воспринимается как должное (это подтверждается, в частности, отсутствием показа каких-либо негативных последствий, связанных с таким поведением). Женщины обычно изображаются подверженными большему риску, более слабыми и незащищенными, тогда как мужчины предстают здоровыми и невосприимчивыми к рискам, несмотря на их рискованное поведение. Было установлено, что такое представление информации негативно влияет на здоровье. Например, существует связь между увиденным по телевизору насилием и последующим проявлением агрессии. Кроме того, показ употребления алкоголя в фильмах приводит к более благосклонному отношению к алкоголю в жизни. Исследования показывают, что многие публикации в СМИ усугубляют нездоровое и стереотипное гендерное поведение среди мужчин. Детские каналы также, к сожалению, чаще показывают проявляющих агрессию мужчин и мальчиков, чем женщин и девочек. Реклама алкоголя целенаправленно размещается в журналах и в телепрограммах, предназначенных преимущественно для мужской аудитории. Рекламодатели часто показывают мужчин, выполняющими опасные и рискованные действия. Табачные компании проводят параллели между курением и взрослением.

#### Медицинские знания

Исследования показали, что у мужчин намного меньший, чем у женщин запас знаний о здоровье в целом, об отдельных заболеваниях, таких как рак, ИППП, ишемическая болезнь сердца, а также о факторах риска их развития. Недостаток медицинских знаний приводит к низкому уровню обращаемости за медицинской помощью и к ведению нездорового образа жизни, например, к длительному нахождению под прямыми солнечными лучами, к незащищенным половым актам и т. д. У многих мужчин отсутствуют также знания о правильном питании и связанных с питанием факторов риска. Недостаток медицинских знаний среди мужчин частично объясняется отсутствием

программ обучения мужского населения в организациях здравоохранения, тогда как аналогичные программы для женского населения разработаны и используются уже давно [5].

#### **Медицинское обслуживание**

Система здравоохранения и смежные области обслуживания, связанные со здоровьем, оказывают существенное влияние на здоровье мужчин. В этом разделе обсуждаются следующие аспекты медицинского обслуживания: стоимость медицинских услуг, доступность медицинской помощи, влияние лечебных учреждений и научной методологии, взаимодействие «врач-пациент», гендерные ошибки врачей [4].

#### Стоимость медицинских услуг

Данный фактор оказывает наибольшее влияние на здоровье мужчин в странах с платной и страховой системами здравоохранения. В Республике Беларусь его влияние несколько ниже, но и здесь его необходимо учитывать, поскольку, несмотря на бесплатное медицинское обслуживание, ряд медицинских услуг, в том числе диагностических являются в нашей стране платными.

Согласно данным международных исследований, мужчины тратят меньше денег на медицинское обслуживание, чем женщины, в том числе на стоматологические услуги и лабораторную диагностику, несмотря на более высокий риск заражения ИППП [5]. И даже при планировании отдыха мужчины отдают предпочтение развлекательной составляющей, а не лечению, например, в санаториях или лечебницах.

#### Доступность медицинской помощи

Мужчины значительно чаще, чем женщины полагают, что получить медицинскую помощь достаточно трудно. Один из трех мужчин не посещает врача регулярно. Мужчины, проживающие в сельской местности, считают, что им сложнее получить медицинскую помощь, чем проживающим в городах. Проживание в сельской местности, однако, не объясняет гендерных различий в обращаемости за медицинской помощью. Среди сельского населения мужчины обращаются за медицинской помощью реже, чем женщины. Многие работающие мужчины считают проблемой недоступность организаций здравоохранения в нерабочее время и выходные дни, поскольку большинство из них не могут позволить себе посещение врача в будние дни из-за занятости. Кроме того, по мнению большинства мужчин, посещение лечебного учреждения при наличии, например, очередей может отнимать неоправданно много времени [7].

#### Влияние системы здравоохранения и научной методологии

Система здравоохранения и связанные со здравоохранением организации способствуют созданию мнения о мужчине как о здоровом и

не имеющем проблем индивиде. Исторически поощрялось повышенное внимание к здоровью женщин, а не мужчин. Например, обучение в области онкологической настороженности в течение двадцатого века было ориентировано в основном на женщин. Ряд научных методологических факторов и методов исследований также способствуют неправильному восприятию мужского здоровья. Например, во многих исследованиях при использовании поведенческих индексов здоровья при определении состояния здоровья мужчин недооценивается значимость влияния некоторых факторов (время сна, обращаемость за медицинской помощью и др.) на мужское здоровье, а многие факторы вообще не учитываются, хотя в исследованиях женского здоровья они фигурируют уже давно [5].

#### Взаимодействие «врач-пациент»

В ходе приема врачи уделяют мужчинам значительно меньше времени, чем женщинам; кроме того, мужчины обычно получают меньше назначений и процедур [4]. Им реже дают объяснения, и эти объяснения обычно короче, чем те, которые получают женщины. Мужчины также получают меньше информации от врачей. Несмотря на то, что мужчинам более свойственно рискованное поведение и они реже ведут здоровый образ жизни, врачи в ходе приема реже говорят с мужчинами о факторах риска и необходимости избегать их. Также мужчин реже, чем женщин обучают методикам самообследования. В США, например, менее 10 % врачей говорят о необходимости самообследования на предмет рака яичка, тогда как в 86 % случаев женщины получают рекомендации по самообследованию молочных желез [4].

#### Гендерные ошибки врачей

На диагностические и лечебные решения влияют гендерные ошибки врачей. Например, у мужчин реже диагностируются психические расстройства, их чаще регистрируют у женщин. Так, возможно, из-за того, что депрессия в два раза чаще отмечается у женщин, психиатры реже правильно диагностируют депрессию у мужчин [5]. Это может частично объяснять повышенную частоту суицидов среди мужчин по сравнению с женщинами. Гендерные ошибки также могут относиться к назначаемым препаратам: мужчинам реже, чем женщинам назначают психотропные препараты, зато чаще — препараты с более выраженными побочными эффектами.

#### **Заключение**

Обзор и краткое пояснение основных факторов, оказывающих влияние на мужское здоровье, могут иметь практическое применение в области организации здравоохранения, поскольку указывают на ряд проблемных вопросов, связанных с мужским здоровьем. Для со-

хранения и укрепления здоровья мужского населения необходимы социальные и культурные изменения, продвижение гендерной медицины и коррекция профессиональных медицинских взглядов на особенности мужского здоровья.

Несмотря на то, что в последние десятилетия за рубежом и в Республике Беларусь был принят ряд мер по решению данной проблемы, статистические показатели заболеваемости и смертности среди мужского населения говорят о необходимости их совершенствования. Риски, оказывающие влияние на здоровье мужчин, не снижаются, потому необходимо более активно внедрять новые методы, разрабатывать и научно обосновывать новые подходы к поддержанию мужского здоровья. Кроме того, стратегии изменения отношения к мужскому здоровью должны быть направлены не только на физиологию отдельного мужчины, но и учитывать социально-культурные, психологические и поведенческие факторы, которые оказывают влияние на мужскую популяцию в целом. Важно отметить, что социальные, психологические, поведенческие, биологические и генетические факторы не возникают и не воздействуют изолированно, они взаимосвязаны и часто могут стимулировать друг друга. Такая многофакторная природа рисков и комплексное взаимодействие факторов говорят о необходимости мультидисциплинарного подхода для минимизации их воздействия на мужское здоровье.

Необходимы многоплановые и междисциплинарные исследования, на основании которых можно будет сформировать стратегии действия. Несмотря на то, что за последнее десятилетие интерес к проблеме мужского здоровья неуклонно повышается во всем мире, в этой области относительно немного объективных данных. Необходимы как фундаментальные, так и прикладные исследования, а также междисциплинарное взаимодействие для создания интерактивных моделей в области мужского поведения, здоровья и заболеваний. В свою очередь, создание междисциплинарного подхода к исследованию мужского здоровья требует разработки методологических основ, учитывающих соответствующие факторы, дисциплинарные различия в оценке результатов, в исследуемых популяциях, в используемых методиках.

Большинство факторов, приводимых в статье, являются модифицируемыми. Коррекция их путем обучения, изменения законодательства или другими научно-обоснованными методами может способствовать улучшению состояния здоровья мужчин. Кроме того, как было отмечено выше, многие связанные со здоровьем взгляды и стереотипы мужчин (в том числе рискованное поведение) влияют не только на них самих, но и на других членов

общества. Поэтому коррекция перечисленных факторов, влияющих на мужское здоровье, не только улучшит состояние здоровья мужчин, но и обеспечит оздоровление общества в целом.

Однако простых и быстродействующих средств улучшения мужского здоровья нет и быть не может, нужна долгосрочная социальная и медицинская политика и систематическая подготовка мужчин к усвоению разнообразных гендерных ролей и минимизации связанных с ними социальных, психологических и медицинских рисков.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Статистический обзор Национального статистического комитета Республики Беларусь за 2012 год // Национальный статистический комитет Республики Беларусь [Электронный ресурс]. — 2013. — Режим доступа: <http://belstat.gov.by/homep/ru/indicators/population.php>. — Дата доступа: 19.03.2014.
2. Антипова, С. И. Гендерные проблемы онкологии в Беларуси / С. И. Антипова, В. В. Антипов, Н. Г. Шебеко // Медицинские новости. — 2013. — № 3. — С. 31–41.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed). — 2000. — Washington, DC: Gomez, 2007.
4. Courtenay, W. H. A global perspective on the field of men's health / W. H. Courtenay // International Journal of Men's Health. — 2002. — Vol. 1, № 1. — P. 1–13.
5. Courtenay, W. H. Key Determinants of the Health and the Well-Being of Men and Boys / W. H. Courtenay // International Journal of Men's Health. — 2003. — Vol. 2, № 1. — P. 1–30.
6. Courtenay, W. H. Behavioral factors associated with disease, injury, and death among men: evidence and implications for prevention / W. H. Courtenay // The Journal of Men's Studies. — 2000. — Vol. 9, № 1. — P. 81–142.
7. Courtenay, W. H. Gender and ethnic differences in health beliefs and behaviors / W. H. Courtenay, D. R. McCreary, J. R. Merighi // Journal of Health Psychology. — 2002. — Vol. 7, № 3. — P. 219–231.
8. Краснов, А. П. Статистика преступлений в качественной характеристике / А. П. Краснов. — М., 2003. — 56 с.
9. Department of Justice. Sourcebook of criminal justice statistics. — 2003. — № NCJ 208756. — Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
10. Department of Health and Human Services. Health, United States, 2000: With adolescent health chartbook (DHHS publication number 00-1232). Hyattsville, MD: U.S. Government Printing Office.
11. Kann, L. Youth Risk Behavior Surveillance / L. Kann, S.A. Kinchen, B.I. Williams [et al.] // United States Morbidity and Mortality Weekly Report. — 2008. — Vol. 47, № 3. — P. 1–97.
12. Dating violence against adolescent girls and associated substance use, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy, and suicidality / J. G. Silverman [et al.] // Journal of the American Medical Association. — 2001. — Vol. 286, № 5. — P. 572–579.
13. The health of adolescent boys: Commonwealth Fund survey findings / C. Schoen [et al.] // New York: Commonwealth Fund. — 2002.
14. Gender, stress and health. Psychology builds a health world: Research and practice opportunities / A. L. Stanton [et al.] // Washington, DC: American Psychological Association. — 2003.
15. Kopp, M. S. Why do women suffer more and live longer? / M. S. Kopp, A. Skrabski, S. Szedmak // Psychosomatic Medicine. — 1998. — № 60. — P. 92–135.
16. Потапчик, Е. Г. Доступность медицинской помощи для населения (по материалам мониторинга экономических процессов в здравоохранении) / Е. Г. Потапчик, Е. В. Селезнева, С. В. Шишкин. — М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2011. — 36 с.
17. Courtenay, W. H. Teaming up for the new men's health movement / W. H. Courtenay // Journal of Men's Studies. — 2000. — Vol. 8, № 3. — P. 387–392.
18. Ласый, Е. В. Гендерные различия психических расстройств, клинико-психопатологических характеристик и обращаемости за помощью лиц, предпринявших парасуицид / Е. В. Ласый, О. И. Паровая // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. — 2011. — № 3 (05). — С. 4–21.
19. Sandman, D. Out of touch: American men and the health care system / D. Sandman, E. Simantov, C. An // New York: Commonwealth Fund. — 2000.

20. McCreary, D. R. An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls / D. R. McCreary, D. K. Sasse // Journal of American College Health. — 2000. — № 48. — P. 297–304.

21. McCreary, D. R. Gender differences in relationships among perceived attractiveness, life satisfaction, and health in adults as a function of Body Mass Index and perceived weight / D. R. McCreary, S. W. Sadava // Psychology of Men and Masculinity. — 2001. — № 2. — P. 108–116.

22. Sun protection behaviors and stages of change for the primary prevention of skin cancers among beachgoers in Southeastern

New England / M. A. Weinstock [et al.] // Annals of Behavioral Medicine. — 2000. — Vol. 22, № 4. — P. 286–293.

23. Rosano, G. M. Oestrogens and the heart / G. M. Rosano, G. Panina // Therapie. — 2000. — Vol. 54, № 3. — P. 381–385.

24. Характеристика лиц, содержащихся в исправительных колониях для взрослых по состоянию на 2012 год // Федеральная служба исполнения наказаний Российской Федерации [Электронный ресурс]. — 2013 год. — Режим доступа: <http://fsin.su/structure/inspector/iao/statistika/Xar-ka%20ic%20soderghixsya%20v%20ik>.

Поступила 14.11.2014

## КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 617.58:616-005.6-076

### РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА У ХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОТИЧЕСКИМИ ЭПИЗОДАМИ В АНАМНЕЗЕ

<sup>1</sup>И. А. Санец, <sup>2</sup>В. В. Аничкин, <sup>1</sup>Н. И. Шевченко, <sup>2</sup>Ю. И. Ярец

<sup>1</sup>Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека, г. Гомель  
<sup>2</sup>Гомельский государственный медицинский университет

**Цель:** изучить приобретенные и врожденные (уровень протеина С) факторы риска венозного тромбоза у пациентов, имевших в анамнезе флеботромбоз.

**Материал и методы.** Объектом исследования были пациенты (n = 32) с хирургической патологией, имевшие в анамнезе эпизод ТЭЛА и (или) тромбоза глубоких вен нижних конечностей. У всех пациентов были проанализированы приобретенные и врожденные факторы риска венозного тромбоза. Рассмотрены следующие приобретенные факторы: возраст пациентов, ожирение, варикозная болезнь ног, сахарный диабет, хронические заболевания легких, онкология, курение, хирургические вмешательства и травмы в анамнезе, длительная иммобилизация, у женщин — прием эстроген-гестагенных препаратов. В качестве наследственного фактора, приводящего к флеботромбозу, был исследован уровень протеина С. Дополнительно в исследование были включены такие критерии риска ВТЭ, как ранние инфаркты и инсульты (до достижения пациентом 45-летнего возраста), осложнения беременности, катетеризация центральной вены, болезни печени, атеросклероз сосудов сердца и нижних конечностей, артериальная гипертензия.

**Результаты.** Наиболее частыми факторами риска были артериальная гипертензия — в 75 % случаев, варикозная болезнь ног — в 63 %, ожирение — в 56 %, атеросклероз сосудов различной локализации — в 44 % и сахарный диабет — в 38 %. Хронические заболевания легких и печени, переломы костей голени, курение, ранние инфаркты и инсульты, осложнение беременности, онкология встречались реже (6–31 %). Дефицит уровня естественного антикоагулянта — протеина С обнаружен у двух третей пациентов, имевших в анамнезе случаи венозного тромбэмболизма — 44 (39; 48) %.

**Заключение.** Выявление у пациентов, готовящихся к хирургическому вмешательству, приобретенных факторов риска и особенно определение уровня протеина С в сыворотке крови целесообразно использовать в качестве скрининговых тестов для оценки степени риска развития послеоперационного венозного тромбоза.

**Ключевые слова:** тромбоз глубоких вен нижних конечностей, тромбэмболия легочной артерии, факторы риска венозного тромбэмболизма, протеин С.

### THE PREVALENCE OF RISK FACTORS FOR VENOUS THROMBOSIS IN SURGICAL PATIENTS WITH THROMBOTIC EPISODES IN THEIR PAST HISTORY

<sup>1</sup>I. A. Sanets, <sup>2</sup>V. V. Anichkin, <sup>1</sup>N. I. Shevchenko, <sup>2</sup>Yu. I. Yarets

<sup>1</sup>Republican Research Center for Radiation Medicine and Human Ecology, Gomel  
<sup>2</sup>Gomel State Medical University

**Objective:** to study acquired and congenital (protein C level) risk factors for development of postoperative venous thrombosis in patients having phlebothrombosis in their past history.

**Material and methods.** The subject of the study was patients (n = 32) with surgical pathology having episodes of pulmonary embolism and/or deep vein thrombosis of the lower limbs in their anamnesis. Congenital and acquired risk factors for venous thrombosis were analyzed in all the patients. We studied the following acquired risk factors: the patients' age, obesity, varicosity of legs, diabetes mellitus, chronic lung diseases, cancer, smoking, previous trauma and surgery, long-term immobilization and also estro- and gestagenic contraceptives in women. The level of